

Från fattigvård till valfrihet

Utvecklingen av vård och omsorg om äldre

Förord

Skriften är en berättelse om utvecklingen av vården och omsorgen om äldre. Den tar sin utgångspunkt i en tid då äldre människor som behövde samhällets insatser sågs som vårdobjekt utan egen vilja och möjlighet att bestämma över sitt liv. Utvecklingen från 1950-talet fram till 2000-talets ökade valmöjligheter illustrerar expansionen och moderniseringen av ett av samhällets stora välfärdsområden.

Åldrandet innebär för de flesta inte bara behov av hjälp att klara vardagen, åldrandet ger också mer eller mindre allvarliga hälsoproblem. Denna skärningspunkt mellan äldreomsorg och sjukvård, och därmed mellan kommuner och landsting, har alltid varit problematisk. Med många ömsesidiga beroendeförhållanden utgör vården och omsorgen om, framförallt de mest sjuka äldre, ett av samhällets mest komplexa system.

Att utgå från den enskildes behov av en sammanhållen vård och omsorg är lätt att säga men svårare att genomföra i verkligheten trots ett stort engagemang från beslutsfattare och verksamhetsansvariga i kommuner och landsting.

Vår förhoppning är att skriften ska utgöra underlag för en nödvändig diskussion om hur vi kan åstadkomma en bättre anpassad och sammanhållen vård och omsorg som ställer tydliga krav på helhetsgrepp och nytänkande, precis som inför Ädelreformen.

Skriften har tagits fram av Lena Hörngren på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting, avdelningen för vård och omsorg.

Stockholm i juni 2011



Håkan Sörman

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	6
Från fattighus till Ädel	8
Från långvård till LOV	12
Vilken hjälp får man?	20
De kallar oss brukare	24
Och sen då...?	27
När hände vad?	30

Sammanfattning

Rapporten beskriver svensk äldreomsorg under de senaste 100 åren. Bilden är tudelad. Å ena sidan ser vi en välfärdsutveckling från institutioner där de äldre saknade självbestämmande till en allt mer individualiserad omsorg med stor valfrihet.

Utvecklingen har varit möjlig tack vare bättre bostäder och medicinteknisk utveckling. Ålderssjukdomar som tidigare var handikappande kan idag botas. Å andra sidan har systemet misslyckats med att ta hand om gamla med flera olika sjukdomar.

Att åldras är inte en sjukdom. Men åldrandet innebär för de flesta inte bara behov av hjälp att klara vardagen, åldrandet ger också mer eller mindre allvarliga hälsoproblem. Denna skärningspunkt mellan äldreomsorg och sjukvård, och därmed mellan kommuner och landsting, har alltid varit problematisk.

1992 togs ett helhetsgrepp. Ädelreformen var tänkt att en gång för alla lösa problemen. Ansvar tydliggjordes. Kommunerna tog över sjukhem och långvårdsavdelningar. De gamla skulle inte behöva flytta i takt med att behovet av hjälp ökade, hjälpen skulle komma till dem.

Förändringarna var viktiga och nödvändiga, men inte tillräckliga. 20 år senare är bristande samverkan fortfarande ett problem i vården av de mest sjuka äldre. Problemet riskerar att förvärras i takt med att fler lever längre med sina sjukdomar och genom att fler utförare nu är inblandade i vården och i omsorgen av de gamla.

Äldreomsorgen är inte anpassad för dem som behöver den mest, de som behöver en kombination av specialistvård, primärvård och kommunal omsorg. Det är en grupp som kräver en stor del av vårdens och omsorgens resurser, utan att det får dem att må bättre. Tvärtom kan motverkande insatser från olika vårdgivare leda till att hälsan försämras.

Bristen på anpassad äldreomsorg har inte bara negativa konsekvenser för de gamla. Överbeläggningar skulle vara ett avsevärt mindre problem om det fanns en vårdform som är bättre anpassad till äldres behov än den högspecialiserade akutsjukvården.

För att åstadkomma en sådan vård krävs helhetsgrepp och nytänkande, precis som inför Ädelreformen. Öppenvården måste utformas så att man kan ta hand om de sköraste gamla utifrån deras individuella behov. Det behövs en palliativ vård som med empati och värdighet kan hantera de sista åren i en människas liv.

Enligt OECD-rapporten *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, är Sverige det land som satsar mest pengar på offentligt finansierad vård och omsorg av äldre. Vi är också det land som har

flest anställda i äldreomsorgen i förhållande till andelen av befolkningen som är äldre än 80 år. Det gör oss sannolikt till det land där man är minst beroende av anhöriga för att klara sig på äldre dar.

Det betyder inte nödvändigtvis att vi har den bästa äldreomsorgen.

Kvalitativa jämförelser och resultatmätningar finns inte på internationell nivå, men är på väg att bli ett allt viktigare styrinstrument nationellt. Alla inser att det inte räcker att satsa mycket om man inte vet att man satsar rätt, så att pengarna ger bra vård och omsorg. I synnerhet för dem som behöver det mest.

Inledning

Det goda samhället tar hand om sina gamla. Kvaliteten på äldreomsorgen är därför en mätare på hur samhället fungerar. 1949 kunde författaren Ivar Lo-Johansson i en serie artiklar i tidningen Vi avslöja hur illa det stod till med äldreomsorgen i Sverige. Kritiken riktade in sig på ålderdomshemmen, som han inte ansåg vara särskilt mycket bättre än fattighusen. Reportagen, i kombination med de efterföljande böckerna och radioprogrammen, förändrade inriktningen på svensk äldrepolitik. En planerad utbyggnad av institutionerna blev inte av. I stället blev inriktningen ”hemvård i stället för vårdhem”. En inriktning som fortfarande gäller även om den idag kallas kvarboendepincipen.

Mycket hänt har hänt sedan Ivar Los larmartiklar. I takt med att välfärden byggts ut och Sverige blivit ett bättre land att leva i har också situationen för de gamla förbättrats. Bostadsstandarden har höjts. Att även den som är gammal och sjuk ska ha en egen bostad med badrum och kokmöjligheter är en självklarhet. Den medicintekniska utvecklingen har gått framåt så att ålderssjukdomar som tidigare ledde till inläggning på sjukhem nu kan botas. Hemtjänsten hjälper även svårt sjuka att bo kvar hemma.

Aldrig förr har det funnits så många aktiva pensionärer som idag. Aldrig förr har åldersgruppen 65+ varit så engagerad. En vanlig onsdag i maj kunde man i en större landsortstidning hitta 50 olika aktiviteter för pensionärer. Dessutom bildar de den stabila basen i många andra föreningar och stöttar barn och barnbarn samt jämnåriga vänner och grannar. När de inte är ute och reser eller gör en kortare comeback på sina gamla arbetsplatser där deras tjänster inte sällan är efterfrågade. De som behöver hjälp av äldreomsorgen är ofta nöjda med de tjänster som erbjuds.

Fungerar sämst för dem som behöver det mest

Vid sidan om denna ljusa bild av dagens pensionärer finns också en betydligt dystrare. För de allra äldsta och sköraste gamla med omfattande vård- och omsorgsbehov fungerar samhällets insatser inte som de borde. Det är inget nytt problem, det är heller inget försummat problem. Åtskilliga initiativ har tagits, men hittills har det inte gått att få samverkande vård och omsorg för den här gruppen. En omsorg som gör att de slipper åka in och ut på akuten och slipper läkemedelsbiverkningar utan kan bli omhändertagna av någon som känner dem och deras krämpor och kan ta hand om dem den tid de har kvar.

Äldreomsorgen befinner sig alltid i dödens närhet. Även om allt görs för att värna de gamlas integritet, oberoende och valfrihet är detta ett ovedersägligt faktum man ogärna talar om. Ett faktum som en del inte har några problem med, men som skapar ångest hos andra. Ångesten kan också finnas hos personal och anhöriga. Hur gärna man än vill lindra och trösta finns där en gräns, som man själv också kommer att nå en dag.

I sin stridsskrift oroas Ivar Lo inte bara över standarden på ålderdomshemmen utan också för det växande antalet gamla. Han blickade fram mot det då avlägsna 1980 och förutspådde: ”Med åldringarnas katastrofala övertalighet följer bland annat försörjningsproblem av oanade mått”.

Lika avlägset som 1980 var för Ivar Lo 1949 är 2042 för oss idag . Precis som då pekar prognoserna mot ett oroande antal gamla och ett växande gap mellan behov och resurser. Det blev inte så illa 1980 som Ivar Lo befarade. Tack vare växande välstånd kunde samhället klara att ta hand om de gamla samtidigt som de yngre fick det bättre. 1960–1980 fördubblades såväl antalet 80-åringar som antalet platser på institutioner av olika slag. Samtidigt som hemtjänsten byggdes ut kraftigt.

Drömmar varvas med skräckscenarier

Få tror att vi kommer att uppleva samma tillväxt fram till 2042. Frågan är hur vi då ska ta hand om våra gamla och vilken vård och omsorg de kan förvänta sig av samhället. Det är en fråga som ofta tas upp, men som de flesta alltför snabbt skjuter ifrån sig. I synnerhet på den politiska nivån där den ytterst hör hemma. I debatten varvas drömmar om utopiska äldreboenden som erbjuder allt från salsakurser till vinprovning med skräckscenarier av äldreboenden som inte är värst mycket bättre än de Ivar Lo beskrev.

Hur det blir beror till en del på vad vi gör de kommande åren. Dock bör man nog räkna med att även på äldre dar ordna sin salsa och sitt rödvin på egen hand. Däremot kan ingen ordna sin egen vård vid demens eller andra sjukdomar som kräver omsorg dygnet runt. Debatten bör därför koncentreras på vad som kan göras den dag vi varken kan dansa eller dricka rödvin. När vi är helt beroende av andra och av samhällets stöd. Då visar det sig hur anständigt detta samhälle behandlar sina gamla och svagaste.

Den här skriften vill ge en bakgrund till denna nödvändiga debatt genom att med hjälp av rapporter och utredningar samt en barnbok och en diktsamling skildra den utveckling som varit från fattigstuga till valfrihet med några avslutande framåtblickar.

Från fattighus till Ädel

Kommunerna och deras föregångare socknarna har alltid varit det yttersta sociala skydds nätet. Inte minst har detta inneburit ett ansvar för de gamla. Längre lät man dem bo i små backstugor där de fick klara sin egen försörjning eller också skickades de runt i socknen som inhysehjon. I städerna fanns hospital för de svårast sjuka. När antalet gamla ökade dramatiskt på 1800-talet samlades de allt oftare på fattigstugor där de fick ta hand om varandra.

”Om du tänker dig en liten usel stuga med ett par rum och hela den stugan full med fattiga, utslitna gamla människor som bor där tillsammans i en enda röra av bara lort och löss och svält och elände, då vet du vad fattighjon är och fattigstuga. Den de hade i Lönneberga var väl inte värre än andra, men ändå var den ett förskräckligt ställe att hamna på, när man blev gammal och inte kunde klara sig själv längre.”

Astrid Lindgrens skildring av fattigstugan i Lönneberga, där Kommandoran styrde över de andra hjonen, beskriver vilket eländets plats detta var. Emil Svensson i Lönneberga såg som liten gosse till att hjonen en jul fick sig ett rejält skrovsmål, känt som tabberaset i Katthult. Hur denne Emil Svensson behandlade hjonen när han så småningom blev ordförande i kommunalnämnden förtäljer inte historien. Sannolikt såg han till att fattigstugan revs och ersattes av ett riktigt ålderdomshem.

Ålderdomshem med pampig yta och torftig insida

Ålderdomshemmen, som blev en kommunal skyldighet i 1918 års fattigvårds lag, var ofta bara ett namnbyte på fattigstugan, men ibland en materiell förbättring. När man byggde nytt blev det ofta pampiga byggnader. ”En del ser ut som slott, andra som schweizerier. En del har torn och krusiduller”, noterade Ivar Lo-Johansson från sin rundresa till svenska ålderdomshem 1949. Insidan var dock sällan någon vacker syn. Ålderdomshemmen innebar anstaltsboende utan något som helst privatliv eller självbestämmande. Så här beskrev Ivar Lo det typiska rummet:

”Det har spåntpanel, oljeyta eller tapet. Det har fyra sängar av militärmodell (som ibland kan vara sexton och ibland bara två). Fyra pinnstolar. Fyra nattduksbord. En byrå med fyra sorgfälligt låsta lådor. Fyra nattkärl. Fyra spottkoppar. Rummet har korkmatta på golvet och ofta även på bordet. I undantagsfall en tavla. Ibland en bordlöpare av papper på väggen. Juldekorationerna får hänga kvar i månader som enda prydnader. Grå filt. En gamling på var sängkant. Tre femtedelar kroniker, sinnessjuka eller sinnesslöa. Många orenar. Ingen vet vad han eller hon ska ta sig för.”

Fram till 1956 var åldringsvården en del av fattigvården. Detta innebar en stigmatisering, som präglade både personalens syn på de gamla och de gamlas syn på ålderdomshemmen. Det var inget boende man sökte sig till. Motståndet mot ålderdomshemmen

har bland annat skildrats av Vilhelm Moberg i berättelsen *Raskens efterlevenska*, som handlar om när sonen Jon och fattigvårdsnämndens ordförande kommer till den förfallna stugan för att övertala Raskens Ida att flytta. Att de säger att hon ska till ålderdomshemmet är inget som lurar henne. Inte heller lockas hon av ordförandens löften om skötsel, vård och mat på bestämda tider.

”Att dö på fattighuset... Det vore som allt vad en strävat och knogat för under hela långa livet hade varit alldeles fåfängt. Som om en skulle få evig skam till dagspenning efter livets dryga dagsverke.”

Dåliga bostäder tvingade fram flytt

Ida slapp flytta från sin stuga. När Jon och nämndordföranden kom för att hämta henne hade hon somnat in. Annars hade hon nog inte haft mycket att sätta emot den makt som sonen och kommunen samfällt utgjorde. Formellt var ålderdomshemmen frivilliga, men något alternativ fanns inte. Ur ett myndighets- och anhörigperspektiv, fanns det också goda skäl för att de gamla skulle flytta. Deras bostäder var inte sällan undermåliga.

”Man vill dock icke gärna tvinga in någon person i en anstalt, men blir han kvar i sitt elände, ådrager sig styrelsen stort ansvar och kan lätt bli skandaliserad. (...) Det är dock alltfjämt icke ovanligt att i tidningarna finna skildringar om ensamma personer, som hittats döda i sina bostäder såväl i städer som å landsbygd eller som omkommit vid vandringar och dylikt. Det kan icke vara förenligt med god samhällsvård, att sådant förekommer. Varje person, som läkare finner i behov av tillsyn, bör erhålla sådan. Och de virriga och sjuka bör samhället utan vidare ha rätt att taga hand om”, skrev Socialstyrelsen 1938.

För att ge de gamla bättre boenden utan att tvinga in dem på ålderdomshem började många kommuner på 1920-talet att bygga pensionärshem. Det var små hyreslägenheter med enkel standard. Det normala var rum med kokvrå, en liten toalett och badrum i källaren. De var mycket populära bland de gamla, eftersom man slapp institutionsregler och fattigvårdsstämpeln. I och med införandet av folkpensionen 1948 var det också fler som hade möjlighet att klara hyran.

Riksdagen hade 1947 beslutat om en kraftig utbyggnad av ålderdomshemmen, trots folkligt motstånd och hård kritik från de nybildade pensionärsorganisationerna. De planerna sköts i sank av Ivar Lo-Johanssons kampanj. Artiklarna i tidningen *Vi* var indignationsreportage, som i omfattning och ton vida överträffar det som görs idag. Riktig kraft fick kampanjen när den följdes upp av en serie radioföreläsningar. Då fick Ivar Lo den masspublik som behövdes för att det skulle bli politiskt tryck i frågan.

Ivar Los kritik stoppade utbyggnad

Socialstyrelsen försvarade ålderdomshemmen i det längsta men Ivar Los kraftfulla kritik innebar stopp för planerna på utbyggnad. I stället intresserade man sig för att hitta former för att ge de gamla hjälp i hemmet. ”Det måste vara riktigare att skura lägenheten åt en gubbe en gång i månaden än att köra iväg gubben till ålderdomshemmet”, som Ivar Lo uttryckte saken i radiodebatten. Socialstyrelsens representant oroade sig för personaltillgången. ”Om herr Lo-Johansson kunde skaffa fram 50 000 hushållerskor till gamla människor, då skulle vi börja kunna resonera om den saken”, invände byråchefen Ali Berggren i en radiodebatt.

1952 tillsatte socialminister Gunnar Sträng Åldringvårdsutredningen, som ledde till en lagändring fyra år senare där åldringvården skildes från fattigvården. Sedan dess har kvarboendepincipen varit styrande för äldreomsorgen. Röda korset i Uppsala var 1950 först ut med att bedriva hemtjänst, men även andra frivilligorganisationer, som kvinnogillan och socialdemokratiska kvinnoklubbar, engagerade sig. Efter en tid tog kommunerna över, även om det dröjde innan hemtjänst blev vanligt i glesbygd.

Hemtjänsten innebar starten för en ny yrkesgrupp, hemsamariterna. Socialstyrelsens förhågor om rekryteringsproblem besannades till att börja med inte. För många hemmafruar innebar deltidsjobb som hemsamarit ett välkommet första steg mot yrkeslivet och mot en egen inkomst. Deras erfarenheter var efterfrågade och utbildning inget krav.

”Vanligt husmorsvett och en ärlig vilja att hjälpa sina medmänniskor är i de flesta fall fullt tillräckligt och lämpligt som utrustning för en hemhjälp”, sammanfattade Stockholms fattigvårdsdirektör Helge Dahlström kravprofilen.

Inte bara gamla på ålderdomshemmen

Förutom institutionsprägel och tvångsintagningar utan lagstöd var klientelblandningen ett argument mot ålderdomshemmen. I synnerhet i mindre kommuner där det fanns få alternativ kunde hälften av platserna upptas av andra som kommunen hade skyldighet att ta hand om, främst psykiskt och fysiskt funktionshindrade. Många var också så fysiskt sjuka att de behövde mer vård än ålderdomshemmen kunde klara av. Som ett led av reformeringen av ålderdomshemmen blev de kroniskt sjuka från 1952 ett ansvar för landstingen.

Länge hade gamla som inte kunde klara sig själva setts som vårdobjekt utan egen vilja. 1957 kom riktlinjer som bröt den traditionen. För första gången ses de som individer, som även om krafterna tryter, ska kunna bo kvar i sin hemmiljö och ha inflytande över vilken service och omsorg de vill ha.

Under 1960-talet låg mycket av fokus på bostäderna. Många äldre, i synnerhet i glesbygd, bodde omodernt. För att förbättra läget lånade staten ut pengar till byggande av sjukhem och till bostadsförbättringar.

Perioden 1965-1981 byggdes både äldreomsorgen och långvården ut kraftigt. 1978 var andelen som fick hemtjänst som högst. Hemsjukvården ökade inte ut i samma takt, vilket innebar att valfriheten i praktiken inte var så stor. Långvården var inte riktigt lika illa sedd som de gamla ålderdomshemmen, men ändå något man i det längsta försökte undvika. Det var den sista anhalten, ett institutionsboende på flerbäddsrum utan särskilt mycket eget inflytande. Även dementa hamnade i långvården men för många blev mentalsjukhuset den sista bostaden. Någon behandling gavs inte utan vad som erbjöds var lugnande medel, en säng att ligga på nätterna och en stol att sitta på om dagarna.

Brist på samordning ett evigt problem

Utbyggnaden innebar förbättringar, men skapade också nya problem. I början av 1980-talet hamnade äldrevården åter i fokus. Mycket av kritiken handlade om brist på samordning. Kommunen hade sin personal, landstinget sin, som utförde sina uppgifter hemma hos de gamla. Den ena huvudmannen visste inte vad den andra gjorde och kommunicerade inte med varandra. Kritiken gällde också de stora opersonliga långvårdssjukhusen, de slitna sjukhemmen och de gamla ålderdomshemmen, som med sina små rum och trånga toaletter inte var byggda för hjälpmedel eller för mer omfattande vårdinsatser.

Detta var bakgrunden till en av de stora socialpolitiska reformerna i Sverige, Ädel, som genomfördes 1 januari 1992. Reformen innebar att kommunerna fick det samlade ansvaret för såväl omsorgen som den långvariga somatiska vården. Det skedde med ett års fördröjning efter stor vända och hårda förhandlingar mellan kommuner och landsting. Förändringen innebar att personal och ansvar överfördes från landstingen till kommunerna. Dessutom betonades ytterligare de gamlas rätt till inflytande. Kvarboendeprincipen skärptes så att också den som hade stora vårdbehov skulle ha möjlighet att bo kvar hemma.

Finansieringen och skatteväxlingen var en stridsfråga, men också frågan om den medicinska personalen skulle gå över från landstingen till kommunerna vållade strid. En strid som egentligen handlade om huruvida det skulle finnas en eller två huvudmän för sjukvården. Läkarna, var rätt oengagerade och avfördes snabbt från diskussionen. Däremot var striden hård om kommunen skulle få anställa sjuksköterskor eller om de skulle anlitas på konsultbasis.

Landstingsförbundet ville ha dem kvar och beskrev kommunerna som okunniga och ointresserade av sjukvård. ”De enda de kan något om är hemsamariter och hemtjänstassistenter”, varnade en landstingsföreträdare sjuksköterskorna. Deras fackliga organisation, som då hette SHSTF, idag Vårdfacket, lät sig inte skrämmas utan ansåg att kommunalt anställda sjuksköterskor var en förutsättning för att det skulle bli något verkligt innehåll i Ädelreformen.

Så blev det också när det gällde särskilda boenden, men hemsjukvården förblev i huvudsak landstingens ansvar. Det var nog så långt det gick att komma i det läget. Det var ändå en gigantisk förändring som genomfördes. 20 miljarder kronor växlades över, vilket motsvarade en femtedel av landstingens budgetar. 55 000 anställda bytte arbetsgivare och 31 000 sjukhemsplatser fördes över till kommunerna. Men det delade huvudmannaskapet levde kvar och har fortsatt att präglade vården och omsorgen om de mest sjuka gamla. Att man inte nådde ända fram och fick ett samlat ansvar redan 1992 ska dock inte förringa det faktum att Ädelreformen var en stor och nödvändig reform, som innebar avsevärda förbättringar.

Från långvård till LOV

Västra sjukhuset i Västerås började planeras 1967 och togs i bruk tio år senare. Det var ett långvårdssjukhus med 448 platser, 535 anställda och en väldig massa korridorer. Sjukhuset låg ödsligt långt utanför centrum och kändes som den sista utposten. När Västra sjukhuset öppnades lades det centralt belägna gamla sjukhemmet ner. Det var slitet och opraktiskt, men familjärt och saknat av den personal och de boende som var med vid övergången. Valborg Svärd som jobbat på sjukhemmet i 40 år beskrev sina känslor så här vid nedläggningen 1977:

*”Ären som gått och gett sjukhemmet färg
börjar nu snart försvinna.
En efter annan sin stav lägger ner,
vila från yrket vi finna.
Hur lycklig var tiden som nu är förbi.
Dagen var lång, ingen stress låg däri.
Lön i kontanter vi jagade ej.
Ära och makt ej vinna.
Sjukhemmet vad börjar bliva av Dig?”*

Sjukhemmets arbets- och vårdmiljö var dock allt annat än idyllisk. Bland annat saknades rinnande vatten på salarna. Att man skulle slippa köra vatten på vagnar framhölls som en stor vinst med flytten för den personal som stretade emot:

”Ingen av personalen ville flytta, trots att det skulle bli så bra. Vi skulle få vatten på salarna. Vi ansågs vara bakåtsträvare”, berättade vårdbiträdet Sirkka-Liisa Johansson vid en föreläsning hos Medicinhistoriska Sällskapet Westmannia 2006.

Västra sjukhuset hade inte bara vatten på salarna, det var även i övrigt toppmodernt utrustat, men tiden hade börjat gå ifrån det redan när det var invigningsklart. De stora anonyma långvårdssjukhusen var allt mer ifrågasatta.

Långvården blev Änglamark

I och med Ädelreformen 1992 blev Västra sjukhuset Västerås stads ansvar. Några vårdavdelningar byggdes om till ett ålderdomshem med 50 lägenheter, som döptes till Änglamark. Andra delar togs över av psykvården eller användes för verksamheter för funktionshindrade. Kvadratmetrarna används, men sannolikt har de styrande i såväl Landstinget Västmanland som Västerås stad ibland önskat att man sluppit hantera denna symbol för en svunnen äldreomsorg.

Liknande beskrivningar av strukturomvandlingen av äldreomsorgen kan göras med exempel från andra kommuner och landsting. Självstyret till trots har utvecklingen varit

i stort sett densamma i hela landet. Utöver lagstiftningen har de riktade statsbidragen bidragit till detta. 1964 lämnade regeringen propositionen *Angående åldringsvårdfrågor m.m (Prop 1964:85)*. Där framhölls att de stora olikheterna mellan kommunerna var otillfredsställande. För att råda bot på detta föreslogs statliga lån till byggande av sjukhem, förbättringslån för att höja boendestandarden samt statsbidrag för att bygga ut hemtjänsten och få i gång uppsökande verksamhet.

Det statliga stödet bidrog i hög grad till den kraftiga utbyggnaden under 1960- och 1970-talen. Dessa decennier beskrivs ibland som äldreomsorgens guldålder, men det var inte allt som glimmade under denna period.

- Inom hemtjänsten handlade det mera om kvantitet än kvalitet. Många fick hjälp från hemtjänsten med enklare hushållsgöromål som handling och städning. Men verksamheten kunde upprätthållas tack vare att det fanns en arbetskraftsreserv av kvinnor utan utbildning som accepterade deltidsjobb till låg lön. Arbetsgivarna ställde å andra sidan inga krav på utbildning.
- Arbetsmiljön var många gånger usel. I hemtjänsten tvingades personalen hjälpa gamla i trånga bostäder och badrum där det inte fanns utrymme för hjälpmedel. Äldershem och sjukhem var inte sällan gamla och dåligt utrustade.
- Antalet platser i boenden var relativt många i förhållande till antalet gamla i befolkningen, men standarden var låg. På långvården fick gamla människor tillbringa sina sista dagar i flerbäddssalar tillsammans med okända människor utan något som helst inflytande över sin vardag ens när det gällde vilka kläder de skulle ha.
- En hel del gamla ställde sig i kö och flyttade till institution för säkerhets skull, trots att de skulle ha kunnat bo kvar hemma om de fått hjälp av hemtjänsten. Då hade de sannolikt hållit sig friska längre och undvikit den hospitaliserings-effekt som är så vanlig hos dem som tvingas flytta.

Äldrepolitik och bostadspolitik hörde ihop

Att omsorgen gavs på fel nivå i kombination med de kraftigt ökande kostnaderna bidrog till att utbyggnaden bromsades in under 1980-talet. När Socialtjänstlagen trädde i kraft 1982 lagregleras för första gången hela äldreomsorgen. Självbestämmande och normalisering, det vill säga att kunna bo kvar i sin bostad, slogs fast som mål. Detta ställde krav på bostädernas utformning. De bostadspolitiska ambitionerna presenterades i utredningen Bo på egna villkor 1984, där det slås fast att även personer med stora vårdbehov har rätt till en fullvärdig bostad.

Länge släpade de gamlas boendestandard efter den övriga befolkningens. Utvecklingen av äldreomsorgen har därför många gånger haft bostadspolitiska motiv. Den statliga styrningen av äldreomsorgen via bostadspolitiken var en styrning på detaljnivå. En framsynt kommun som 1956 utrustade varje rum i ett nybyggt äldreomsorgshem med egen toalett kritiserades av Medicinalstyrelsen. På 1980-talet stred kommunerna med Socialstyrelsen och Boverket om de komplicerade reglerna för boendestandard, antal kvadratmeter och utformning av gemensamma utrymmen vid ny- och ombyggnader av äldreboenden.

Ädelreformen innebar inte bara att kommunerna blev huvudman för alla typer av särskilda boendeformer för service och omvårdnad, utan också en rejäl utbyggnad och standardhöjning av landets äldrebostäder. 1992-1996 satsade staten 3 miljarder kronor på stimulansbidrag för ny- och ombyggnad av gruppboenden och andra alternativa boendeformer. Nettotillskottet av dessa miljarder blev 20 000 nya äldrebostäder. Efter Ädel blev de särskilda boendena i allt högre grad boenden för gamla med omfattande behov av tillsyn dygnet runt, personlig och medicinsk omvårdnad och sjukvård. Många var dementa. De gamla som inte behövde så mycket omvårdnad kunde bo kvar i de

egna bostäderna, som i takt med att boendestandarden höjdes fungerade också när rörligheten minskade.

Den medicintekniska utvecklingen har inneburit en rad förändringar som var för sig är rätt odramatiska och idag tas för självklara. Men att vanliga ålderskrämpor kan åtgärdas eller hållas under kontroll har förändrat äldre människors vardag. Med starropererade ögon ser man tillräckligt bra för att sköta sitt eget hem. Med hjälp av rollator och kanske en ny höft- eller knäled kam man röra sig ute och sköta sina egna inköp. Lätthanterliga hörapparater minskar risken för isolering. Dessutom finns färdtjänst och fixarservice som underlättar vardagen. Blir man sämre kan man få ett larm och i takt med att behovet växer allt mer hjälp från hemtjänsten. De allra flesta är nöjda med detta och med att kunna bestämma över sig själv i den egna bostaden.

Men för många kommer en dag när minnet är så kort eller den fysiska förmågan så begränsad att man inte kan bo kvar hemma. I vissa kommuner kan man, enligt Öppna jämförelser, få en plats i särskilt boende utan väntetid, medan det i en kommun dröjde nästan nio månader. Kommuner som inte kan ordna en plats inom tre månader riskerar sanktionsavgift från Socialstyrelsen .

Antalet platser har i statistiken minskat med en femtedel under 2000-talet. Det beror i hög grad på att servicehus som förts över till kommunala bostadsbolag inte längre ingår i äldreomsorgens budget och därmed inte i statistiken. Dock finns de kvar som en resurs för äldre i kombination med hemtjänst. En annan förklaring till minskningen är att omoderna boenden avvecklats och resurser förts över till hemtjänst.

Allt kan inte åtgärdas med mediciner

Allt kan den medicintekniska utvecklingen inte göra något åt. Mot den oro, ångslan och ensamhet som för många följer i åldrandets spår finns inga effektiva mediciner eller hjälpmedel. Många, både gamla och anhöriga, drömmer om något annat ände äldreboenden som finns idag. En trygg bostad där det finns tillgång till gemenskap och service, när man själv vill och har behov av det. Servicehusen var tänkta som en sådan boendeform för relativt friska gamla som orkade delta i aktiviteter och gemenskap. Men i takt med att de boende blev äldre och skröpligare förändrades förutsättningarna. Samma sak riskerar att hända med dagens trygghetsboenden, dit man kan flytta och få viss service utan biståndsbeslut. Eller för den delen också med privata kategoribostäder.

”Det var bra i början, men numera är rollatorer och ambulanser de enda fordon man ser”, beskrev en boende i en sådan bostadsrättsförening den förändring området genomgått när de boende åldrats.

Systemets verkligt svaga länk är de gamla som har flera olika sjukdomar. Varje enskild verksamhet gör vad den ska, men för dem som behöver olika insatser från flera håll brister det alltför ofta. Bristerna beror inte på att kunskaper saknas. Alla, från regeringen till vårdbiträdena i hemtjänsten, vet att systemet inte fungerar bra för den här gruppen. Det beror heller inte på bristande resurser. De mest sjuka äldre står för uppskattningsvis hälften av hälso- och sjukvårdens och omsorgens samlade kostnader. Inte minst upptar dessa gamla mycket av akutsjukvårdens resurser trots att en akutmottagning snarast är att betrakta som en farlig plats för dessa gamla. Ett annat problem är omfattande läkemedelsbehandling, som sammantaget ibland leder till sämre hälsa.

27 akutbesök på 18 månader

En kvalitativ studie av 264 med flera olika sjukdomar i eget boende i åldern 75–96 år i 26 kommuner som följdes under 18 månader 2008-2010 visade bland annat:

- De flesta behöver hjälp med vardagssysslor som tvätt, städning och inköp men klarar toalettbesök, att förflytta sig inomhus och att äta själva.

- Trötthet, smärta, andfåddhet, muntorrhet och yrsel är de vanligaste symtomen. Ungefär var tredje säger sig också vara ledsen och lida av själslig oro.
- De är mest nöjda med anhörigstödet och med hemsjukvårdens insatser. Missnöjet gäller hur samarbetet mellan vård och omsorg fungerar samt akut-sjukvården.
- Hjärtproblem och endokrina sjukdomar är de vanligaste orsakerna till att man vårdas på sjukhus, vilket den undersökta gruppen gjort 3-174 dagar under perioden. Antalet akutbesök varierar mellan 1 och 27.
- Hjärtproblem är också den vanligaste orsaken till besök på vårdcentral. Smärta och värk samt läkemedelsfrågor är andra vanliga skäl att söka vård där.
- Nästan alla har någon anhörig som ställer upp med hjälp, vilket sannolikt är en förutsättning för att de ska kunna bo hemma. De anhöriga är missnöjda med för tidiga hemgångar från slutenvården, med bristande information och tycker att deras ansvar är för stort.
- Läkemedelsanvändningen är lika hög som för dem som bor i särskilda boenden, i snitt 9,4 preparat
- Läkemedelsuppföljning utifrån journalerna var svår att genomföra på grund av otydlig dokumentation, vilket väl är en del av problemet. Dock kunde man utläsa att överföringar mellan vårdgivare misstolkats, att ordinationer tappats bort och att helhetsansvar saknats när många läkare varit inblandade.

Sammantaget och var för sig visar detta på en rad punkter där samverkan mellan huvudmän och mellan olika vårdnivåer inte fungerar för dem som behöver specialvård, primärvård och kommunal omsorg. Mycket resurser satsas utan att det får de gamla att må bättre. Tvärtom kan olika insatser från olika håll leda till att hälsotillståndet försämraras. Brister inom omsorgen leder till behov av sjukvård och vice versa.

Primärvården fungerar inte som det var tänkt som en sammanhållande länk utan står för en liten del av insatserna. Behovet av specialiserad vård är stort, även om ett högspecialiserat sjukhus inte alltid är den rätta vårdformen. I brist på alternativ hamnar de gamla ändå där med sina sjukdomar, vilket inte ger dem rätt vård och får negativa konsekvenser för vården som helhet. Problemet med överbeläggningar skulle minska avsevärt om vården kunde organiseras så att gamla med flera sjukdomar och upprepat vårdbehov inte behövde anlita akutsjukvården annat än för verkligt akuta sjukdomar.

Bristande samverkan kring de mest sjuka äldre är ett till synes evigt problem, som har ägnats mycket mötestid, mycket projektpengar och mycket tankemöda under årens lopp. Ett problem där det har funnits mycket god vilja att hitta lösningar, men också en hel del revirhävande på olika nivåer som lagt hinder i vägen. Idag finns en beslutsamhet på nationell nivå att hitta lösningar för att vården för den här gruppen ska fungera bättre. Regeringen har utsett nationell samordnare för hemsjukvården och en äldresamordnare. SKL har detta som en prioriterad verksamhetsfråga. Ett treårigt projekt inleddes 2010 för att utveckla arbetet. En utgångspunkt är att det gäller att tänka nytt, men inte tro att det finns något quick fix, som en gång för alla och överallt löser problemet. Tonvikten ligger på att mäta resultat, lära av erfarenheter och att ta till vara forskningsresultat i vardagen.

Mätning sker i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret. Senior Alert mäter fall, trycksår och undernäring. Intresset är stort, på ett år har antalet kommuner som delta ökat från 17 till 250. Svenska Palliativregistret mäter hur vården i livets slutskede sköts. Även här deltar allt fler och ungefär 40 procent av de omkring 90 000 årliga dödsfallen registreras. Genom registren sprids kunskap och problem kan upptäckas, vilket bidrar till ett systematiskt arbetssätt och bättre kunskap om vilka metoder som fungerar bäst. Ett nätverk av utvecklingsledare över hela landet bidrar till att sprida resultaten från kvalitetsregistren. Därutöver pågår också, med stöd av statliga

stimulansmedel, 19 projekt där man prövar olika arbetssätt, till exempel samlokaliserad verksamhet, äldreteam, mobila team och äldrelots.

Äldresamordnare med svårt uppdrag

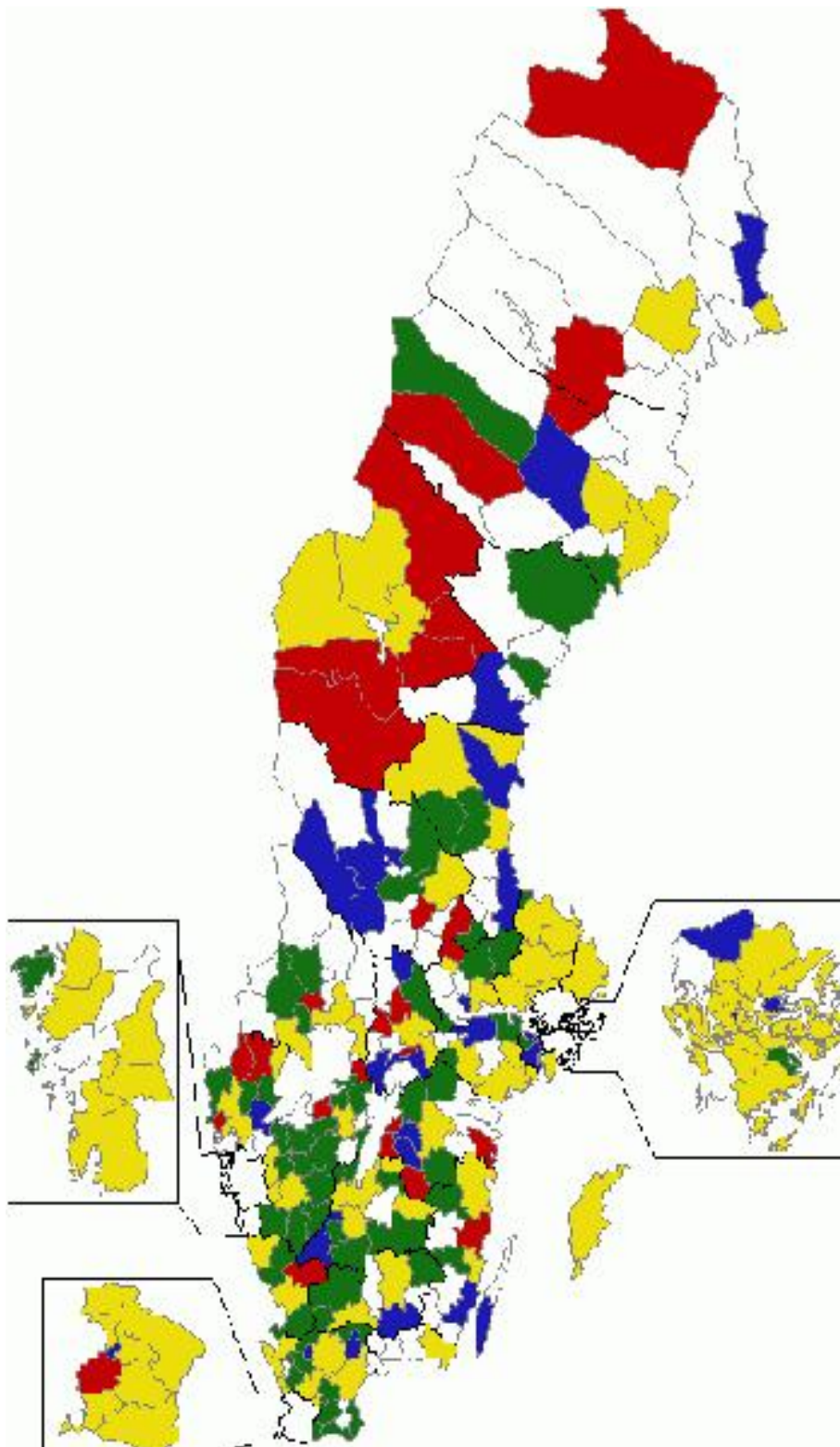
I januari 2011 tillsatte regeringen en äldresamordnare, Eva Nilsson Bågenholm, tidigare ordförande i Läkarförbundet. Samtidigt anslogs 3,75 miljarder kronor för att förbättra vården för de mest sjuka äldre. Äldresamordnaren har aviserat att pengar ska fördelas via prestationsbaserade statsbidrag. Detta har prövats inom landstingen med gott resultat, bland annat för att få ner vårdköerna. Inom kommunerna är det däremot ett nytt inslag. Avgörande för hur effektiv denna styrform blir är hur man lyckas hitta mätbara indikationer som leder mot de förbättringar man eftersträvar och vill belöna. En inte helt lätt uppgift har äldresamordnaren medgett.

Om prestationsbaserade statsbidrag är moroten i den statliga styrningen av äldreomsorgen kan föreskrifter och viten ses som piskor. 2003 beslutade riksdagen att skärpa tillsynen av äldreomsorgen genom att inrätta tjänster som äldreskyddsombud vid samfliga länsstyrelser. Samtidigt fick Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter ett vidgat uppdrag. För att göra tillsynen mera enhetlig övertogs uppgifterna helt av Socialstyrelsen från 2010. Socialstyrelsen genomförde under 2010 tillsyn 363 gånger på eget initiativ och 255 gånger efter anmälan från allmänheten. I 265 fall (42 procent) resulterade tillsynen i påpekanden eller krav på åtgärder.

De på ytan pampiga ålderdomshem som Ivar Lo-Johansson såg under sin resa genom äldreomsorgen i skiftet mellan 1940- och 50-tal var manifestationer av kommunal styrka och handlingskraft. Idag är det snarare arenabyggen som har den funktionen. De äldres boenden är en del av de vanliga bostadsområdena. Dessutom är det inte längre självklart att det är kommunen som driver verksamheten, även om den finansieras med offentliga medel. Privatiseringen av äldreomsorgen började i spåren av 1990-talskrisen, som ett sätt att öka effektiviteten och minska kostnaderna.

Till att börja med handlade det mest om entreprenadupphandlingar. I ett första skede konkurrerades ofta de offentliga utförarna ut av privata företag, som såg på verksamheten med nya ögon, ändrade scheman och rationaliserade och därför lyckades hålla nere kostnaderna. Med tiden har skillnaderna minskat, men kvalitetsdiskussionen intensifierats. Från 1997 är det i allt högre grad olika kundvalsmodeller som driver på privatiseringen. Idag sköts 15 procent av äldreomsorgen av privata utförare. Skillnaderna är dock stora mellan olika delar av landet. I vissa kommuner har alternativen nästan helt tagit över. I andra sköts verksamheten fortsatt helt i egen regi.

Lagen om valfrihetssystem (LOV) gäller sedan 2009. I april 2011 hade 212 kommuner fått stimulansmedel för att arbeta med införande av LOV. Hemtjänst är den verksamhet där de flesta vill prova LOV. Beslutsläget i landet framgår av kartan på sidan 15.



88 kommuner som infört LOV (gul färg)

69 kommuner som beslutat om att LOV ska införas (grön färg)

27 kommuner som ännu inte fattat beslut om LOV (blå färg)

28 kommuner som beslutat att inte införa LOV (röd färg)

Införandet av LOV innebär inte bara valfrihet för kommunens gamla utan också förändringar för såväl politiker och tjänstemän i kommunerna. Politikerrollen blir mer inriktad på att formulera kvalitetskrav, hitta system som kontrollerar att kraven följs och bestämma vad som ska göras om så inte sker. En annan central fråga är hur man ser till att det blir rättvis konkurrens mellan privata utförare och den egna verksamheten. Detta är i högsta grad ideologiska frågor, men annorlunda än de frågor politiker ställs inför när verksamheten drivs i egen regi och arbetsgivarrollen är tung.

LOV ökar pressen på kommunal verksamhet

För förvaltningen innebär de nya aktörerna att man måste se över verksamheten för att möta konkurrensen och för att klara verksamheten med nya budgetförutsättningar. Om ersättningen motsvarar genomsnittskostnaden, går den kommunala verksamheten nästan alltid med underskott. I alla fall till en början, efter en tid anpassar man verksamheten till de nya förutsättningarna.

På så vis är införandet av LOV effektivitetshöjande, men facket har protesterat mot att arbetet blir alltför pressat. Ofta är det kringtiden, alltså den tid som inte ägnas brukarna utan har avsatts för resor, dokumentation och planering, som man skär ner på. Alternativet att basera ersättningen på kommunens totala kostnad minskar trycket på den egna verksamheten, men leder ofta till att de privata utförarna gör stora vinster. Det kan leda till spänningar, som gör att systemet även om det i grunden är uppskattat börjar ifrågasättas.

Vad beror det då på att privata företag gör vinster där kommunala utförare som får samma ersättning går med underskott? Här är några förklaringar:

- De privata utförarna har fått ta över lokaler och andra resurser för ett pris som inte motsvarar det faktiska värdet. Är ett mindre problem idag eftersom kommuner och landsting lärt sig av misstagen och förbättrat prissättningen.
- I brist på marknadspriser utgår ersättningen från vad det faktiskt kostat att driva i egen regi, där ser de privata utförarna ett rationaliseringsutrymme som ger kostnadsbesparingar.
- Privat och offentlig verksamhet arbetar under olika juridiska förutsättningar när det gäller löneavtal, försäkringar och skatter, vilket gynnar de privata. Kommunala utförare av hemtjänst får till exempel inte erbjuda sina brukare tilläggs-tjänster med RUT-avdrag.
- Privata utförare bygger upp en ny verksamhet anpassad till de förutsättningar som gäller, medan de offentliga måste gå igenom en omställningsprocess, som tar tid och kräver resurser.
- Kommunen har ett helhetsansvar och kan inte differentiera och nischa in sig på begränsade och lönsamma delar av marknaden.
- Personalens engagemang och entreprenörstänkande är större i en liten och ny-startad verksamhet än i den stora kommunala apparaten, vilket ger större flexibilitet och nytänkande.

LOV är frivilligt för kommunerna, möjligen är det en frivillighet under galgen. Regeringen har gjort klart att tvingande lagstiftning väntar om inte LOV införts i alla kommuner till 2014. För landstingen är vårdval obligatoriskt inom primärvården sedan 2010. Möjligheten att kunna välja utförare är uppskattad, så att gå tillbaka till ett system med en ensam kommunal utförare är knappast möjligt. Däremot gäller det för kommunerna att förbättra systemet, både när det gäller hur ersättningen utformas och hur man ska hitta former för att följa upp kvalitet. Det måste vara tydligt vad man kräver och betalar för. Om inget sägs om samverkan mellan vårdcentraler och äldreomsorg lär ingen samverkan komma till stånd. Inte heller om inte ersättningssystemet ger incitament för samverkan. Ju fler utförare som är inblandade kring varje brukare desto större betydelse med tydliga regler som främjar samverkan. Kommuner och landsting måste

också ha kontroll över att de man betalar pengar till uppfyller sina skyldigheter mot samhället och mot sina anställda. Brukarna har rätt att förvänta sig att de som finns på listorna över godkända utförare är seriösa såväl när det gäller den omsorg som ges som när det gäller skattebetalningar och laglydnad.

Vilken hjälp får man?

Ragnar Thoursie är lyrikern som i 40 år var statstjänsteman vid Riksförsäkringsanstalten, senare Arbetsmarknadsstyrelsen. Han pensionerades som byråchef 1985 och återkom då som författare. Hans fjärde och sista diktsamling utkom 2009, då Ragnar Thoursie var 90 år. Den heter Sångerna från äldreomsorgen och ger med poetisk pregnans ett ovanligt brukarperspektiv. Den är också en hyllning till dem som står för den dagliga omsorgen. ”Hemtjänstens tappra välfärdsarmé”, som han kallar Raja. Addis, Eva, Mirja Nasi, Jami och de andra som skötte honom och andra gamla i Nacka kommun. En av dikterna heter Det vänliga biträdet:

*Stryker mig över ryggen.
Böjer knä och knyter mina skoremmar.
Ställer fram ett glas friskt vatten.
Ögontjänare? Eller
Bara ett vänligt biträde? Jehosif!
Inte bara!
Vänlighet – kanske det viktigaste.*

Mötet mellan den gamle, som behöver hjälp och den som har till yrke att hjälpa, är vad äldreomsorgen ytterst handlar om. Inte en gång och för en person, utan alla dagar för hundratusentals människor. För de ansvariga gäller det att skapa förutsättningar för att det mötet blir så bra som möjligt. Och att sätta in åtgärder när system eller människor brister så att de gamla inte får illa och förtroendet för verksamheten skadas.

Detta uppdrag har förändrats över tiden. I takt med att välfärdsstaten byggts ut har åtagandet och förväntningarna växt. På fattigvårdens tid förväntade sig ingen något mer än att det allmänna skulle se till att de gamla och medellösa hade tak över huvudet och inte svalt ihjäl. Vänlighet fanns det inte mycket utrymme för på de anstaltsliknande institutioner som äldreboenden länge utgjorde. Knappast heller värdighet. Idag uppmanar regeringen kommunerna att utforma lokala värdighetsgarantier. Att äldreomsorgen ska inriktas på att äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande är sedan 1 januari 2011 en del av socialtjänstlagen.

300 000 har hemtjänst eller särskilt boende

Ungefär 300 000 personer hade 2009 hemtjänst eller en permanent plats på särskilt boende. Det motsvarar drygt 18 procent av befolkningen som är 65 år och äldre. Under 2000-talet har såväl antalet platser i särskilt boende som andelen gamla som har denna boendeform minskat. Samtidigt har antalet personer som fått hemtjänst ökat. Andelen är dock oförändrad. De samlade kostnaderna för äldres vård och omsorg var 2009 162 miljarder, vilket i fasta priser är samma nivå 2009 som 2002. Kommunernas kostnader minskade under perioden, medan landstingens ökade.

Bakom de nationella totalsiffrorna finns stora lokala och regionala skillnader både när det gäller omfattning och innehåll. Skillnaderna har blivit synligare genom Öppna jämförelser, som Socialstyrelsen och SKL sedan 2010 publicerar gemensamt. Rapporten innehåller 30 indikatorer som belyser kvalitet utifrån sju olika aspekter, varav kostnader är en. Här är några av resultatet från 2010 års rapport:

- De gamlas helhetsomdöme om äldreomsorgen är gott.
- Bemötande och inflytande får goda omdömen, maten och möjligheten att komma ut sämre.
- Könsskillnaderna är påtagliga på flera områden. Fler kvinnor råkar ut för allvarliga fallskador och har olämplig läkemedelsbehandling.
- Få gamla är ensamma i dödsögonblicket. Allt fler anhöriga erbjuds eftersamtal.
- Den riskfyllda användningen av läkemedel har inte gått ner.

Det mest påtagliga i denna rapport, liksom i de tidigare, är dock de stora variationerna. I Arjeplog är 81 procent nöjda med maten, i Lidingö 26 procent. I Malung-Säter bedömdes hälsotillståndet tre månader efter en stroke som gott för 97 procent. i Sundbyberg var andelen 48 procent. I 39 kommuner görs läkemedelsgenomgångar för alla på särskilda boenden, i 20 kommuner görs det inte på någon. Bedömningarna av omsorgen som helhet varierar från 93 procent nöjda i Färgelanda till 51 procent i Storfors.

Öppna jämförelser visar hur pengarna används

Syftet med öppna jämförelser är att ge bättre insyn i den offentligt finansierade vården och omsorgen samt att skapa underlag för en lokal diskussion för att åstadkomma förändringar. SKL har, utifrån Öppna jämförelser och intervjuer med företrädare för kommuner med mycket höga och mycket låga resultat, identifierat åtta framgångsfaktorer. Dessa är:

- Att ge individuellt anpassad omsorg, vilket bland annat innebär att man arbetar aktivt med genomförandeplaner och har kontaktpersoner för brukarna.
- Att ha en välutvecklad personalstrategi, till exempel genom att satsa på kompetensutveckling, ha tydlig koppling mellan ökat ansvar och förbättrade villkor samt tänka framåt för att klara kommande rekryteringar.
- Att verksamhetsstyrningen är förankrad i organisationen. Det gäller att ha mål och visioner som är kända och accepterade samt att ha system som motiverar personalen att jobba för att nå målen.
- Att skapa en tydlig rollfördelning mellan politiker och tjänstemän. Alla ska veta vad som är deras uppgift och ta ansvar för den. Man har forum för dialog mellan politiker, tjänstemän och brukare.
- Att arbeta systematiskt med kvalitetsutveckling. Den politiska ledningen signalerar att kvalitet är viktigt och detta följs upp med hjälp av kvalitetsledningssystem samt systematiskt ta hand om synpunkter och klagomål.
- Att skapa en brukarorienterad organisationskultur. Alla medarbetare vet vilka de är till för och låter brukarnas behov styra vad man gör.
- Att samarbeta strukturerat med landstinget. Man har kommit överens om ansvarfördelningen och har rutiner för att tillgodose vård- och omsorgsbehov oavsett huvudmannaskap.
- Att samarbeta aktivt i kommunala nätverk. Man hittar andra att lära av och samarbeta med för att få hjälp med strategier och analyser samt för att hitta sätt att jobba effektivare.

För att äldreomsorgen ska bli erbjuda såväl professionell omvårdnad, som den vänlighet Ragnar Thoursie beskriver krävs välutbildad och engagerad personal. Regeringens mål är att all personal minst ska ha en grundläggande yrkesutbildning. Ett mål som bara Kinda, Bollebygd och Lekeberg klarar i Öppna jämförelser. Totalt har 80 procent av

äldreomsorgens personal utbildning, men variationerna är även här stora. I tre kommuner hade mindre än hälften utbildning.

Unga ratar vårdutbildningar

De nyutbildade i äldreomsorgen kommer i stor utsträckning från vuxenutbildningen där omvårdnadsprogrammet är störst och årligen utbildar ungefär 10 000 personer. Att jobba med gamla är inte längre något som lockar unga. 1980 var vårdlinjen ett av de populäraste gymnasievalen, som lockade 18 000 elever, 15 procent av de sökande. I Skolverkets preliminära genomgång av ansökningarna till det yrkesförberedande vård- och omsorgsprogrammet på det nya gymnasiet är andelen mellan 1,5 och 3,5 procent i de tre undersökta länen. Läsåret 2010/2011 går 2 750 elever omvårdnadsprogrammet, det är ungefär lika många som går fordonsprogrammet.

Närmare en tredjedel av personalen i äldreomsorgen är över 55 år. Det gör att pensionsavgångarna blir stora de kommande åren samtidigt som ungdomskullarna är små och behoven ökar på grund av att befolkningen åldras. Enligt Socialdepartementets beräkningar kommer det att fattas 65 000 årsarbetare i äldreomsorgen 2030.

Pensionsavgångarna är stora i flera av äldreomsorgens nyckelgruppen. Till exempel visar Arbetsförmedlingens beräkningar att två tredjedelar av distriktssköterskorna och nästan hälften av läkarna går i pension fram till 2025. Storstadslänen förväntas klara generationsväxlingen bäst, men i glesbygd kan problemen bli mycket stora. I exempelvis Pajala räcker det inte ens om kommun och landsting skulle lyckas rekrytera alla nyutbildade ungdomar. Man skulle ändå inte lyckas fylla upp luckorna efter dem som går i pension. Situationen är likartad i flera andra kommuner och inte bara i Norrlands inland.

Anhöriga tar ett stort ansvar

Anhöriga har alltid tagit en stor del av ansvaret för de gamla. Av tradition, av kärlek, av plikt känsla, av tvång eller en blandning av detta och allt annat som påverkar våra relationer. Den traditionella bilden är att vi tog bättre hand om våra anhöriga förr och att familjer i andra länder bryr sig mer om sina gamla släktingar än vad svenskar gör. Ingendera stämmer. De gamla i bondesamhällets undantagsstugor fick inte mycket omsorg. Anhörigas insatser i andra länder är inte bara ett uttryck för släktkärlek utan beror i hög grad på att äldreomsorg av kvalitet är så dyr att den är utom räckhåll för många.

De anhörigas insatser är av varierande slag. Allt från att finnas till hands och ge praktisk hjälp med inköp, hushållsarbete eller reparationer till dygnet-runt-vård av en dement maka eller maka. Den första typen utförs mest av kvinnor, medan partneromsorgen är mer jämlik. Äktenskap är det i särklass bästa skyddet mot att behöva flytta till institution.

Länge var detta en osynlig del av omsorgen, men idag erkänns betydelsen av de anhörigas insatser. I uppföljningen av Ädelreformen noterades behovet av stöd. Stimulanspengar anslogs. 100 miljoner kronor per år i tre år, kallad Anhörig 300. Detta ledde bland annat till att tjänster som anhörigkonsulenter inrättades och träffpunkter ordnades som komplement till dagvård och korttidsboenden. Sedan 2009 slås i Socialtjänstlagen fast att ”socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”.

Forskningen om anhörigvård har varit inriktad på sammanboende anhörigas situation, med tonvikt på demenssjuka. Den visar på att kommunernas anhörigstöd är viktigt, men att förutsättningarna är väldigt olika. Detta ställer krav på alla som jobbar med gamla att komma ihåg anhörigperspektivet. Alltså inte bara överlåta detta åt särskilda anhörigkon-

sulenter utan ha det med i ordinarie verksamheter som biståndsbedömningar, vårdplanering och palliativ vård.

Anhöriga har många gånger svårt att konkretisera sina behov, men de vanligaste önskemålen är avlösning, information, kunskap och, inte minst någon att tala med. ”Samtalet är kanske vårt mest underskattade anhörigstöd”, var en av slutsatserna i den kunskapsöversikt som Nationellt kompetenscentrum Anhöriga publicerade 2010. Där betonas också betydelsen av att de professionella vårdgivarna ser anhörigvårdaren som en expert på situationen och en partner i omsorgsarbetet.

Många anhöriga värjer sig mot att betraktas som hjälpsökande klienter och drar sig för att söka den hjälp de behöver och som finns att få. Praktiskt taget alla kommuner erbjuder korttidsvård och dagverksamhet. Men för att bättre svara upp mot de anhörigas behov borde flexibiliteten vara större. Att kunna komma med kort varsel, att inte behöva vara där klockan nio utan kunna ta sovmorgon och fler aktiviteter som gör män mindre ovilliga att gå dit är några exempel på vad som kan behöva göras för att underlätta för dem som har en tung och slitsam vardag.

De kallar oss brukare

Trots äldreomsorgens långa historia finns inget riktigt bra ord för dem som får del av tjänsterna. Omsorgstagare är för passivt. Kund för marknadsinriktat och politiskt belastat. Patient för sjukvårdspräglad. I brist på bättre har ordet brukare blivit allmänt vedertaget. Brukare är dock inget entydigt begrepp. Wikipedia anger ytterligare innebörder av ordet: gammaldags beteckning för arrendator, person som använder en drog utan att falla i missbruk samt användare av maskin eller annan nyttighet.

En i akademiska sammanhang ofta använd definition av ordet brukare kommer från Magnus Dahlbergs och Evert Vedungs Demokrati och burkarutvärdering från 2001 och lyder: ”Slutmottagare av offentlig nytthet (service eller vara) som får en service genom tilldelning och kan nyttja Strategi röst, men inte Strategi sorti”. En definition som dock tiden gått förbi åtminstone i de verksamheter som omfattas av Lagen om valfrihet LOV. Där kan ju brukarna inte bara protestera, argumentera och fylla i utvärderingar (Strategi Röst) utan också gå vidare till någon annan utförare (Strategi Sorti). Detta förändrar relationen mellan den som tillhandahåller och den som utnyttjar offentliga tjänster.

Aldrig förr har brukaren haft så stark ställning som idag. Man är inte längre ett hjon med mössan i hand utlämnad till andras välvilja. Man är heller inte hänvisad till en enda utförare, om man skulle drabbas av godtycke och dåliga planering, man kan byta. Dock går det aldrig att komma ifrån det som är åldrandets dilemma och därmed äldreomsorgens etiska ansvar: En brukare klarar inte sin vardag själv utan är beroende av andra och av hur de klarar sin uppgift.

Sjukhemmet hade baddagar och magdagar

På de gamla ålderdomshemmen och sjukhemmen fanns inget utrymme för individuella önskemål eller anpassningarna. Detta var institutioner där man hade sina rutiner, som de gamla fick anpassa sig till.

”Måndag var baddag, vilket inte alltid var så populärt bland patienterna. Under tiden som patienterna badade skulle sängarna tvättas och bäddas rent. Sängbord och övriga möbler skulle göras rena. Allt skulle vara rent och snyggt när patienterna kom åter från badet. Tisdag och fredag var s k magdagar. Lavemang för dem som behövde det. Under sommaren var det ofta stort problem. Man öppnade fönstren när man hade dessa magdagar”, berättade vårdbiträdet Sirkka-Liisa Johansson för Medicinhistoriska sällskapet Westmannia om 1960-talsrutinerna på gamla sjukhemmet i Västerås.

Idag är det ett övergripande mål för äldrepolitiken att de gamla ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag. Där betonas också att äldre ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende. De som på 1960-talet fanns på

sjukhem bor idag på särskilda boenden eller gruppboenden. De har egna kontrakt på sina bostäder, egna möbler och egna kläder. Många kan också bo hemma med hemtjänstens hjälp och kan förhoppningsvis styra sina bad- och magdagar efter eget tycke. Dock finns alltid en risk att verksamhetens krav och personalens önskemål väger tyngre än brukarnas behov och önskemål.

Vad och hur mycket hjälp man får avgörs vid biståndsbedömning och formuleras i ett biståndsbeslut med hänvisning till Socialtjänstlagen. Oftast är beslutet en kombination av tid och sysslor. Vissa kommuner anger bara tid och låter brukaren avgöra vad den ska användas till.

Lokala riktlinjer ett arbetsredskap

Kommunerna har utformat lokala riktlinjer, som är politiskt beslutade och anger vad man kan få hjälp med. Det är tänkta som praktiska arbetsverktyg och är i grunden ganska lika i alla kommuner. I en rapport från Äldrecentrum, som bygger på dialogseminarer med Stockholms stads biståndshandläggare, beskriver biståndshandläggarna riktlinjerna som grundbulten i sitt arbete och en förutsättning för en rättvis bedömning. Socialstyrelsen har dock flera gånger kritiserat kommunerna för detta.

”Lokala riktlinjer och kommunens utbud av insatser styr biståndsbesluten i stället för individens behov och gällande nationellt regelverk”, skriver Socialstyrelsen i Lägesrapport 2011 under rubriken Biståndshandläggning följer inte gällande regelverk.

Biståndsbedömning är en grannliga uppgift eftersom det handlar om att under myndighetsansvar bedöma människors hela livssituation för att kunna avgöra vad som är en i Socialtjänstlagens mening skäligen levnadsnivå. Ett begrepp som inte preciseras i lagen. Där sägs när det gäller hemtjänsten bara att socialtjänsten ”ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service”.

I Socialtjänstlagen sägs också att socialnämnden ska verka för att äldre människor har ”en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra”. En formulering som fanns med i lagen från början, togs bort 1998 och återinfördes 2002. Regeringens motivering var att ”det finns bland ålderspensionärerna de som är ofrivilligt ensamma och som behöver stöd för att bryta sin ensamhet och isolering”.

Det sociala innehållet anses som äldreomsorgens svaga punkt. Utvärderingar, senast Socialstyrelsens nationella kvalitetsundersökning från 2010, brukar visa att brukarna på det hela taget är ganska nöjda utom när det gäller det sociala innehållet och aktiviteter, till exempel utevistelser.

Skäligt att bry sig om själen

Ett år efter att paragrafen återinfördes gjorde Socialstyrelsen en uppföljning av det sociala innehållet i hemtjänsten, som fick rubriken ”Är det skäligt att bry sig om själen”. En fråga som nog får anses med ja besvarad, men att själen trots skäligheten kom i andra hand. De fysiska behoven prioriterades i alla led. ”Slutsatsen blir därför att kommunerna endast i liten omfattning bidrog till att pensionärerna fick ett socialt innehåll i hemtjänsten”, skrev Socialstyrelsen. En kritik som har upprepats flera gånger sedan dess, med stöd av olika brukarundersökningar.

Men frågan är vad som är samhällets uppgift när det gäller tillvarons meningsfullhet och gemenskapen med andra? Och vad de gamla förväntar sig och önskar? ”Tänk om man kunde få en sällskapsdam”, sa en förhoppningsfull dam till biståndsbedömaren. Halvt på skämt, men det enda som verkligen skulle kunna få henne nöjd och trygg var någon som fanns till bara för henne dygnet runt.

Andra blir mer förnöjsamma på äldre dar och går in i något som sociologiprofessorn Lars Tornstam kallar gerotranscendens, Han beskriver detta positiva åldrande som en naturlig livslång utveckling mot mognad och vishet. På vägen dit förändras synen på det egna jaget, liksom på tid, rum, liv och död. Man blir också mer kräsen med hur man använder sin tid och drar sig undan. Det här en utveckling som den unga och medelålders personalen är främmande för, vilket gör att de riskerar att felbedöma de gamlas problem och sätta in fel insatser.

Alla upplever inte ett gott åldrande

Ett sådant gott åldrande är dock inte alla förunnat. Många gamla lider av psykisk ohälsa, i synnerhet depressioner och användningen av psykofarmaka är hög. Närmare 5 procent av dem som är över 80 år använder mer än tre psykofarmaka, vilket dels kan vara ett varningstecken på brister i behandlingen, dels medför en risk för olämpliga läkemedelskombinationer. En fjärdedel av alla självmord begås av personer över 65 år. Självmord är vanligare bland män. Kvinnor äter mer psykofarmaka.

För personalen gäller det att se skillnad och inte dra med den tillbakadragne på allsång eller blunda för den deprimerades isolering. En av de många avvägningar som måste göras för att se individen och behandla varje brukare individuellt.

Den ökade valfriheten och att det nu finns flera utförare ger dagens gamla bättre möjligheter att hitta den form och den inriktning som passar en. Man får också en möjlighet att byta utförare om man inte är nöjd. Eller, vilket kanske är viktigare, hota med att byta om det inte fungerar. I praktiken är det få som byter. Om man bortser från dem som tvingas byta för att verksamheten upphört är andelen högst 3 procent i hemtjänsten, enligt beräkningar från IHE, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi 2009.

Sannolikt är det de som har störst behov av vård och omsorg, de dementa och de med flera olika sjukdomar, som har minst möjlighet att utnyttja valfriheten. Dels eftersom de har svårt att värdera information, dels eftersom de stora omsorgsbehoven kräver en samordning av olika aktörer, som man inte kan eller vill göra. Många gånger ber brukarna biståndsbedömarna om hjälp att välja utförare. En hjälp de inte kan stå till tjänst med eftersom de måste vara neutrala i sin myndighetsroll. Röster har därför hörts för att ge de svårast sjuka personliga ombud som kan hjälpa dem med valen. Sådana care-managers har använts i Holland och Japan som också har valfrihetssystem,

Och sen då...?

”Det vore lätt att förstå om människor gick ut på gator och torg och demonstrerade sin utsägliga glädje över att ansträngningarna hos våra förfäder och oss själva har lyckats så till den milda grad att de flesta av oss nu kan få leva ett bra liv länge”, skriver författaren och pensionerade fysikprofessorn Bodil Jönsson i den nyutkomna boken *När horisonten flyttar sig. Att bli gammal i en ny tid*.

Det förbättrade hälsoläget och den höjda medellivslängden är verkligen ett framsteg väl värt att glädja sig åt. Många kommer att leva en tredjedel av sitt liv som pensionärer, vilket innebär att både att omgivningens syn på pensionärerna och pensionärernas bild av sig själva måste förändras. Bodil Jönsson är övertygad om att denna grupp, som har erfarenheter från ungdomen av att demonstrera och stå på barrikader, kommer att ta saken i egna händer och skapa motbilder till de vanliga framtidsscenarierna om problemen som följer i åldersboomens spår

”Vi kan bara ta fram lite av 60-talsandan en gång till. Med hjälp av den kan vi troligen rå på de hinder som finns, erövra de möjligheter som går att skönja och framför allt tänka i nya banor. Under tiden kan vi ha roligt och slippa leva som om livet inte längre gick att påverka”, skriver hon.

Morgondagens pensionärer mer aktiva

Antagligen får Bodil Jönsson rätt. De som nu är nyblivna eller snart stundande pensionärer kommer knappast att sitta passiva och invänta ålderdomen och hemtjänsten. Inga blir i så fall gladare än prognosmakarna. Deras syfte är ju inte att få rätt utan att åstadkomma förändring genom att visa på vad som händer om inget görs. Än så länge har väldigt lite gjorts för att hitta långsiktiga lösningar för välfärdens finansiering. Därför finns anledning att påminna om konsekvenserna av de demografiska förändringarna, som de 2010 presenterades i SKL-rapporten *Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering*, som har siktet inställt på 2035.

- Idag är försörjarnas, alltså 20–64-åringarnas, andel av totalbefolkningen 58 procent, 2035 förväntas den ha sjunkit till 54 procent. Färre måste alltså försörja fler. 65-plussarna väntas öka med 41 procent de kommande 25 åren.
- Den vårdkrävande åldersgruppen som är över 85 år ökar mycket kraftigt. Optimisterna tror att behovet av vård och omsorg skjuts upp i takt med medellivslängdens ökning. Pessimisterna befarar att de förbättrade möjligheterna till vård också leder till flera år som sjuka och skröpliga.
- Förutom att behoven stiger så ökar också förväntningarna och kraven. Lika lite som vi idag accepterar en bil eller telefon av 1980-talsstandard nöjer vi oss med den tidens äldreomsorg. Inget tyder på att det blir annorlunda framöver. Tvärtom talar allt för att 40-talisterna kommer att ställa högre krav än föräldrageneration.

- De ökade behov som följer av demografin klarar det nuvarande systemet utan nämnvärda förändringar av finansieringen. Om man däremot räknar med att kommuner och landstings kostnader behöver öka med 1 procent per år för att möta den ökade efterfrågan skulle det sammanlagda skatteuttaget behöva öka med närmare 13 kronor fram till 2035 och då hamna på drygt 44 kronor.
- Fler arbetade timmar och ökad effektivitet minskar behovet av skattehöjningar och blir nödvändigt, men det räcker inte för att fylla gapet mellan behov och resurser. Än mindre är höjda avgifter någon lösning, även kraftiga höjningar av avgifter för sjukvård, barnomsorg och äldreomsorg ger marginella tillskott.

Socialdepartementet gör delvis en annan bedömning i rapporten *Den ljusnande framtiden är vård*, som även den kom 2010. Den har siktet inställt på 2050 och förnekar inte att det blir en utmaning att klara framtida vård- och omsorgskostnader. Dock tror departementets tjänstemän att det kommer att ordna sig utan större förändringar. Fler i arbete och fler arbetade timmar, minskad sjuklighet samt framför allt effektivare verksamhet ger både en hållbar finansiering och positiva effekter för brukare och patienter. Effekter man inte skulle uppnå med nya finansieringsmodeller.

Det offentliga uppdraget måste vara tydligt

En tredje rapport som publicerades i detta ämne 2010 hade titeln *Vi har råd med framtiden* och var författad av en partiöverskridande kommission tillsatt av tankesmedjorna Arena Idé och Timbro. Den menade att förändringar behövs och att arbetet med detta måste starta snarast. Därför ville man få i gång ett brett förankrat politiskt arbete för att i första hand beskriva problemet med välfärdens framtida finansiering, och därefter bedöma vad som behöver göras och lämna förslag hur denna komplexa fråga ska hanteras politiskt. Kommissionen var framför allt orolig för den framtida äldreomsorgen. Därför ansåg man det särskilt viktigt att det offentliga åtagandet där ska vara tydligt, förutsägbart och begripligt. Kommissionen ansåg också att det ska vara möjligt för människor att komplettera detta offentliga grundåtagande med tjänster som man betalar för själv.

Välfärdens framtida finansiering är alltså inte en bortglömd fråga. Men det har varit mycket av problembeskrivningar och lite av konkreta förslag och åtgärder. I synnerhet på den nationella politiska nivån där frågan hör hemma och där man måste hitta de långsiktiga politiska lösningarna, precis som man gjorde i pensionsuppörelsen på 1990-talet.

Det offentliga åtagandet kan aldrig vara obegränsat men det måste vara förutsägbart, begripligt, täcka angelägna behov, vara av hög kvalitet och lika för alla. Privat finansierade insatser ska vara ett komplement, inte en kompensation för en dålig offentlig vård och omsorg. Annars finns risk för att den svenska modellen med solidariskt finansierad välfärd via skattsedeln urholkas. Inte minst är det viktigt att människor kan känna sig trygga för de sista vårdkrävande åren. 1900-talets rädsla för att hamna på långvården får inte övergå i en rädsla för att inte få den vårdplats man behöver om man blir totalt beroende av hjälp från andra.

Nödvändigt bli en mer attraktiv arbetsgivare

Demografin påverkar inte bara finansieringen utan också rekryteringen. Även här finns ett gap mellan tillgång och efterfrågan när ungdomskullarna krymper samtidigt som pensionsavgångarna är stora. Till en del är personalbristen en följd av gamla försummelser av att upprätthålla utbildningen av vårdpersonal på en tillräcklig nivå för att fylla de luckor man visste skulle uppstå. Försummelser som tar tid att åtgärda. Läkarbristen har hittills i hög grad lösts genom invandrade läkare. Var femte läkare har idag utländsk examen. Det är dock tveksamt om invandringen kommer att vara lika hög de kommande åren. Konkurrensen om den utbildade arbetskraften är hård, vilket Sverige också får erfara som exportör av arbetskraft, inte minst sjuksköterskor.

Vården och omsorgen har oavsett utförare, en fördel i den konkurrensen genom att man kan erbjuda meningsfulla arbetsuppgifter. Men i synnerhet kommuner och landsting uppfattas inte som den attraktiva arbetsgivare de strävar efter att vara. Det handlar till en del om anställningsvillkor, men också om möjligheterna till inflytande och utveckling i jobbet. Där behöver de offentliga arbetsgivarna förbättra sitt rykte för att locka fler till vårdutbildningar och behålla utbildade i vårdjobb. Samhället måste också bli bättre på att ta tillvara och förbättra de kunskaper flyktinginvandare har med sig till Sverige. Valideringsinstrumenten behöver utvecklas och språkundervisningen förbättras. Dåliga kunskaper i svenska bland vårdpersonal kan skapa otrygghet och vara en säkerhetsrisk om ordinationer missförstås.

Inom många andra samhällsområden har IT inneburit stora rationaliseringar. IT-teknikens begränsningar inom omsorgsområdet är lätta att se. Tekniken kan inte hjälpa till med av- och påklädning, inte klappa någon på kinden som behöver tröst, inte stötta med en arm vid promenader. Men det betyder inte att tekniken saknar betydelse när det gäller att utveckla och effektivisera vård och omsorg om gamla. Framför allt behöver tekniken utnyttjas bättre när det gäller administration och att hantera information. Att informationshantering är tekniskt säker och inte hotar den personliga integriteten är extra viktigt nu när fler utförare är inblandade och behöver ha tillgång till data. Genom att ta till vara teknikens möjligheter och rationalisera på dessa områden kan resurser frigöras till det tekniken inte kan användas för.

Den generation som idag finns inom äldreomsorgen är inte särskilt teknikvan. Annorlunda blir det den dag Bodil Jönssons jämnåriga dominerar omsorgen. För dem är IT en självklarhet, som de för med sig in i omsorgen och kommer att hålla fast vid så länge det går. Detta ger möjligheter men kommer också att kräva investeringar. Denna generation är också i högsta grad individualistisk. Än tydligare än för tidigare generationer kommer det att bli uppenbart att gamla inte är någon enhetlig grupp, som kan behandlas kollektivt. Utmaningarna är många och kommer att ställa samhället inför stora krav och svåra beslut.

Eftersom vi alla är potentiella brukare av denna samhälleliga tjänst är det bara att instämma i Ragnar Thoursies förhoppning:

*Vi gamla är föremål för omsorg.
Visst är det underbart!
Bara vi inte blir till föremål
i omsorgen.*

När hände vad?

1571	Kyrkoordning där församlingarna uppmanas att inrätta fattigstugor.
1624	Hospitalsförordning som också är en första allmän fattigvårdsförordning. Fattigstugor ska byggas "där församlingens sjuka och gamla skola försörjas".
1642	Tiggareförordning där fattigvården skiljs från hospitalen, en grund för åtskiljandet mellan sjukvård och socialvård.
1763	Fattigvårdsförordning. Starten för kommunal fattigvård. Socknarna får ansvar för dem som på grund av "ålderdoms skröplighet" behöver hjälp. Hospitalen är till för "dårar" samt människor med smittsamma eller obotliga sjukdomar
1847	Fattigvårdsförordning. Fattigvården skiljs från kyrkan och blir socknars och städers ansvar. De fattiga får rätt till hjälp och kan överklaga till länsmyndigheten.
1862	Kommunalförordningarna, där det i den ena, utifrån socknarna, skapas 2 453 kommuner, varav 88 städer och 7 köpingar. I den andra skapas i varje län landsting med ansvar för hälso- och sjukvård.
1871	Fattigvårdsförordning, som är mer restriktiv än den gamla. Besvärshätten tas bort och de anhörigas försörjningsansvar förstärks. De fattigas hemorts rätt blir ett återkommande tvisteämne mellan kommunerna.
1878	Kungliga Medicinalstyrelsen inrättas med uppdrag att utöva den högsta tillsynen av hälso- och sjukvården.
1913	Riksdagen beslutar om allmän pensionsförsäkring, som ger de gamla rätt till en liten, men dock ersättning. Kungliga Socialstyrelsen inrättas för att undanröja, förebygga eller mildra sociala missförhållanden, särskilt fattigdomen.
1918	Fattigvårds lag, som är något mindre restriktiv än sin föregångare. Fattigvård blir åter en rättighet. Fattigvårdsstyrelserna har dock stor makt över dem som behöver samhällets hjälp.
1928	Principbeslut om att alla kroppssjukhus ska drivas av landstingen.
1939	Statsbidrag införs för byggande av pensionärshem.
1947	Åldringvården skiljs från fattigvården. Riksdagen fattar principbeslut om utbyggnad av ålderdomshemmen så att det ska finnas plats för var tionde pensionär. Detta genomförs dock aldrig.
1948	Allmän folkpension införs, för att de gamla inte ska behöva fattigvård.
1949	Ivar Lo-Johanssons reportage om ålderdomshemmen publiceras i tidningen Vi, samma år utkommer boken Ålderdom.
1950	Röda korset i Uppsala genomför försök med hemtjänst, för att skjuta upp flytten till ålderdomshem.

1952	Riksdagen beslutar att hemtjänst ska vara grundläggande inom åldersvården. Landstingen får lagreglerat ansvar för vården av kroniskt sjuka.
1957	Riksdagen beslutar om riktlinjer för äldreomsorgen med respekt för de gamlas integritet och individuella önskemål. Ålderdomshemmen reserveras för dem som behöver ”ständig tillsyn och vård”.
1965	Riksdagen beslutar om statliga lån för byggande av sjukhem, förbättringslån för att höja bostadsstandarden och om statsbidrag till hemtjänst.
1967	De statliga mentalsjukhusen överförs till landstingen, som får ansvar för hela sjukvården.
1968	Socialstyrelsen blir gemensam myndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst genom sammanslagning med Medicinalstyrelsen.
1974	Nya generösare regler för statsbidrag till social hemhjälp, bland annat ingår hårvård och snöröjning.
1975	Register för knäproteser införs. Det är starten för utvecklingen av nationella kvalitetsregister. 2011 finns 89 register.
1979	Barns lagstadgade ansvar för gamla föräldrar avskaffas
1982	Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. SoL innebär att hela äldreomsorgen för första gången regleras i lag. HSL slår fast landstingens huvudansvar för sjukvården.
1985	Riksdagen beslutar om bostadspolitiska mål. Rätten till egen bostad stärks för dem som är gamla, funktionshindrade eller långvarigt sjuka.
1988	Svensk Hemservice, idag Attendo, får den första entreprenaden för äldreomsorg.
1989	Socialtjänstlagen kompletteras med kommunernas skyldighet att samverka med landstingen om de äldre
1992	Ädelreformen. Kommunerna får samlat ekonomiskt ansvar för äldreomsorgen. Kommunerna övertar sjukhem och långvård från landstingen och måste betala för medicinskt färdigbehandlade på sjukhus. Särskilda boenden ses som de äldres bostad.
1998	Riksdagen beslutar om nationella mål för äldrepolitiken. Äldre ska kunna leva aktiva liv, ha inflytande i samhället och över sin vardag.
2003	Riksdagen beslutar om skärpt tillsyn av äldreomsorgen. Äldreskyddsombud inrättas på länsstyrelserna.
2008	Ny patientdatalag. Vården kan, efter patientens medgivande, få tillgång till journaler från olika vårdgivare.
2009	Lagen om valfrihetssystem (LOV) införs. Kommuner och landsting får överlåta valet av utförare till brukaren som ett alternativ till upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU).
2010	Socialstyrelsen övertar tillsynen av äldreomsorgen från länsstyrelserna. LOV blir obligatoriskt i primärvården.
2011	Socialtjänstlagen får bestämmelse om nationell värdegrund i äldreomsorgen. Äldre ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Regeringen tillsätter en äldresamordnare och anslår 3,75 miljarder för att förbättra vården för de svårast sjuka gamla.

Referenser

Rapporten bygger på intervjuer, främst med tjänstemän inom SKL samt facklitteratur, rapporter, utredningar och dokument och några skönlitterära verk. Här är några av de skriftliga källorna:

Rapporter och utredningar:

Landstingsrevisionen Stockholms län: Sköra länkar i vårdkedjan. 2011:02
OECD. Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. 2011
Socialstyrelsen: Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Socialstyrelsen. Socialstyrelsens arbete inom vård och omsorg om äldre. Strategisk analys. 2010.
Socialstyrelsen. Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. 2011
Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting: Öppna jämförelser 2010 Vård och omsorg om äldre.
Sveriges Kommuner och Landsting: Aktuellt på äldreområdet 2008.
Sveriges Kommuner och Landsting: Framtidens utmaning. Programberedningen för välfärdsfinansieringen. 2010
Sveriges Kommuner och Landsting: Från sjukhussäng till e-hälsa. Utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården. 2010.
Sveriges Kommuner och Landsting: Valfrihet och vård. Slutrapport från programberedningen för valfrihet. 2010.
Marianne Winqvist: Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd. Nationellt Kunskapscentrum Anhöriga. 2010:2.
Vi har råd med framtiden. Rapport från kommissionen om välfärdens framtida finansiering. Arena Idé och Timbro. 2010
Äldrepolitik för framtiden. SOU 2003:91. Historikavsnittet

Böcker:

Ivar Lo Johansson: Ålderdoms-Sverige. Carlssons. Nyutgåva 1987.
Bodil Jönsson: När horisonten flyttar sig. Brombergs. 2011.
Bertil Larsson: Särbo eller kvarbo. Äldres boende medan tiden går sin gilla gång. Västerås stad. 1999.
Astrid Lindgren: Nya hyss av Emil i Lönneberga. Rabén & Sjögren. 1966.
Vilhelm Moberg: Berättelser ur min levnad. Bonnier. 1968
Barbro Sollbe (red): Gammelvals på servicehuset. Statens institut för byggnadsforskning 1992.
Ragnar Thoursie: Sånger från äldreomsorgen. Albert Bonniers förlag. 2009.

Länkar:

Medicinhistoriska Sällskapet Westmannia: Västmanlands läns kronikersjukhem på Stallhagen 1932-1977.
http://www.msw.org.se/forelasning_Valborg_Svard_Och_Sirkka_Liisa_Johansson_2006_10_18.htm
Medicinhistoriska Sällskapet Westmannia: Västra sjukhuset, ett nytt sjukhus 1977–1995.
http://www.msw.org.se/forelasning_Ann-Britt_Pierre_061122.htm

Från fattigvård till valfrihet

Utvecklingen av vård och omsorg om äldre

Skriften är en berättelse om utvecklingen av vården och omsorgen om äldre. Med många ömsesidiga beroendeförhållanden utgör vården och omsorgen om, framförallt de mest sjuka äldre, ett av samhällets mest komplexa system.

Vår förhoppning är att skriften ska utgöra underlag för en nödvändig diskussion om hur vi kan åstadkomma en bättre anpassad och sammanhållen vård och omsorg som ställer tydliga krav på helhetsgrepp och nytänkande, precis som inför Ädelreformen.

Upplysningar om innehållet:
Kristina Jennbert, kristina.jennbert@skl.se
Maj Rom, maj.rom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011
ISBN/Bestnr: 978-91-7164-681-1
Tryck: ABA Kopiering

Ladda ned på www.skl.se/publikationer