



Strävan efter ett liv i själv- ständighet

– en översikt av äldres vård och
omsorg, tillståndet i äldreomsorgen

DAN ANDERSSON

STRÄVAN EFTER ETT LIV I SJÄLVSTÄNDIGHET
– en översikt av äldres vård och omsorg,
tillståndet i äldreomsorgen

Arena idé

Stockholm 2014

© Arena idé och Dan Andersson

Rapporten kan laddas ner från www.arenaide.se/rapporter



FÖRFATTARPPRESENTATION

Dan Andersson är tidigare chefekonom och är nu fristående utredare.

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	5
INLEDANDE BERÄTTELSE	6
HUR MÅNGA – HUR MYCKET?	9
7 LÄGESBILDER FRÅN VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	10
1. Kostnaderna är redan här	10
2. Gapet ökar mellan behov och resurser	10
3. Äldre beviljas färre timmar	12
4. Fler äldre och fler sjuka år	14
5. Beviljad tid utförs inte	19
6. Brister i omsorgen spiller över i dyr sjukvård	20
7. Fler anhörigvårdare minskar kvinnors sysselsättning	22
VARFÖR FÖRSÄMRAS OMSORGEN NU?	26
VARFÖR INTE MER RESURSER?	29
ÄLDREOMSORG – REELL VALFRIHET	31
Bestämma allt själv i förhållande till ställföreträdare	34
KAN FRÅGAN HUR MÅR DU VARA POLITIK?	37
Äldrekonton och RUT-avdrag	38
Fragmentisering och minskad effektivitet	40
STARKARE RÄTTSLIGT STÖD FÖR ÄLDREOMSORG	43
KOMMUNER I KRIS	46

SAMMANFATTNING

När äldreomsorgen ska sammanfattas är det svårt att säga entydigt att det har blivit bättre eller sämre.

Rapporten visar både att äldreomsorgens andel av BNP har minskat med cirka fem procent (1993 till 2011) och att antalet äldre i omsorgen har minskat med drygt sju procent.

Men det finns ett gap mellan resurser och behov på omkring 22 och 33 procent. Det högre talet bygger på en utveckling med svag hälsa för äldre kvinnor. Den återstående livslängden efter 30 har ökat med 3,7 år, men bakom detta positiva genomsnitt döljer sig en ojämlikhet där kvinnor är mycket skröpligare i dag.

Rapporten visar att det också finns ett missnöje med kommunernas tjänster. Tilltron till äldreomsorgen är låg i förhållande till annan kommunal verksamhet.

När det offentliga brister går vi in som privatpersoner och täcker upp för bristerna. Om din mamma är så dålig att hon inte helt kan klara sig själv, men ändå inte får tillräcklig hjälp av hemtjänsten, väljer många människor att själva göra jobbet.

Detta leder till att färre människor arbetar. Mellan 70 000 och 120 000 anhöriga har gått ned i tid för att vårda anhöriga. 30 000 har helt lämnat arbetsmarknaden. Till allra största del handlar detta om kvinnor i åldersgruppen 55-64. Sysselsättningsnivån är nere på samma nivå som för 25 år sedan.

Det finns också en annan ojämlikhet i detta; vi kan se att arbetarklassen har börjat ta hand om sina äldre anhöriga själva medan högre tjänstemän köper tjänster. Kommunerna fördelar inte längre resurser efter äldres behov. Många kommuner går i praktiken över till en kontomodell, fast det kallas förenklad biståndsbedömning. De äldre förfogar tillsammans med ett företag för en budget, ett konto. De som har råd kan tillsammans med hemtjänstföretaget öka på kontot (top – up) genom RUT-avdrag. Avdraget motsvarar 5-7 procent av det totala antalet hemtjänsttimmar och ökar i rask takt.

De som inte får tillgång till särskilt boende får inte många timmar i hemtjänst som ersättning. En försiktig hållen kalkyl för perioden 2000-2012 visar att omvandlingen från särskilt boende till hemtjänst minskat antalet timmar per person 80+ med 5-18 procent.

Det verkar självklart att om en äldre person beviljas hemtjänsttimmar av kommunen, kommer det också att utföras. Men en betydande del av beviljad tid i hemtjänsten realiserar inte.

Det tycks också som att den privata vården i mindre omfattning än den offentliga vården fungerar som grindvakt och bromsar flytten av kostnader till dyr sjukhusvård.

En konsekvens är att antalet fallolyckor bland äldre ökar starkt och särskilt i Storstockholm. En annan konsekvens är att sjukhusbesöken för de som är 85 år och äldre ökar med cirka 12 procent mellan 2000 och 2012. ●

INLEDANDE BERÄTTELSE

Hösten 2012 konstaterade min husläkare att jag hade för högt blodtryck och blodtryckssänkande medicin sattes in. Jag fick balansproblem och vissa problem med rösten. Vid besök hos husläkaren i december skrev han ut remiss för skullröntgen (datortomografi). 17 januari gjordes en sådan och då konstaterades att jag har haft en del småproppar i hjärnan (inte en stroke). Nu kände jag behov av att få komma till ett äldreboende där det finns personal.

Jag bor ensam i en stor, fin lägenhet, har två söner som bor i stockholmsområdet. Den 12 mars 2013 avslogs min begäran av Kungsholmens stadsdelsförvaltning, beställarenheten. Motiveringen var att mina behov kan tillgodoses i det egna hemmet. Jag är 90 år och i många avseenden en pigg nittioåring. Men jag har stora problem med rörligheten. Går regelbundet hos sjukgymnast för balansträning och jag har sedan 2008 trygghetslarm.”

Gertrud Sigurdsen. *F.d socialminister.*^[1]

Det är många som kan känna igen sig i Getrud Sigurdsens berättelse. Den vittnar också om att det finns stora politiska utmaningar som vi gemensamt måste hantera.

Människor strävar efter att kunna leva självständiga liv. En förutsättning för självständighet är möjligheten att utjämna sin förmåga att betala för nödvändiga tjänster och varor och utjämna sin konsumtion över livet.

En annan förutsättning för självständighet är ett samhälle som kan vårda och bevara ekonomiska värden över lång tid. Det är en förutsättning för trygghet. Det kan ske antingen via marknader eller via offentligt administrerade system. Privata system innebär någon form av sparkonto eller försäkringar som regleras i lag och offentliga lösningar använder sociala försäkringar eller reserverar i budgeten för omfördelning till individen över livscykel. Oavsett val av system förutsätter det en kedja av ansvar och att beslut och åtgärder kan verifieras, från inbetalningar av medel från individer till leveranser av tjänster. Plikter och rättigheter måste hållas samman.

Under perioden 1960 till år omkring år 2000 var skattekvoten i Sverige högre än i andra länder, rimligtvis inte på grund av en extra generös eller solidarisk gen i befolkningen i Sverige. Betalningsviljan måste tolkas som det fanns en möjlighet för individer att omfördela resurser över livet till sig själva. Denna rapport visar att äldre har svårigheter att få tillgång till omsorg med skälig eller god kvalitet. Rapporten visar att kommunerna inte lever upp till ambitionen att vara ställföreträdare för äldre med behov och att svara upp mot det förtroende som allmänheten visar för kommunen. För att tjänsten ska kunna levereras måste det finnas resurser och en organisation som svarar mot uppdraget som ska genomföras. Det är nödvändigt också för att undvika negativa effekter för andra som anhöriga, personal eller sjukvården. Försämringen av omsorgen bör ses som resultat av ett ofullkomligt kontrakt mellan generationer.

Rapporten ger en beskrivning av tillståndet i äldreomsorgen. Den visar att förändringarna av omsorgen de senaste åren inte ännu har funnit en

¹ Dagens Nyheter. 2013 10 18.

lämplig form. Det går inte säkert att visa att kvaliteten förbättras eller att verksamheten är effektiv det vill säga att målen uppnås. Äldreomsorgen utvecklas mot en marknad, men utan priser och med få byten. Dessutom brister informationen om en så komplex tjänst vars kvalitet det är svårt att utvärdera.

I brist på priser och byten av utförare utvärderas effektiviteten genom enkäter till äldre om hur nöjda de är. Är subjektiva omdömen från äldre, som har begränsad möjlighet till byte på grund av höga kostnader, godtagbara som bevis på att verksamheten utvecklas mot uppställda mål och blir mer ”innovativ”? Eller är den äldre förnöjsam med sina villkor och anpassar sina svar till en ny referensram – sämre eller bättre och som de inte kan påverka? En omfattande verksamhet fungerar inte väl utan ”ofärdsminimering” av objektiva faktorer. det vill säga mäta det som inte fungerar och minimera till exempel fallskador och andra olyckor.

Äldreomsorg handlar också om maktförhållanden mellan män och kvinnor och mellan yngre och äldre. Det handlar inte minst om kvinnors självständighet över livet. Tjänster som vård, utbildning och omsorg finansieras av individerna själva via skatter. Individer betalar 3,5 miljoner kronor för offentliga tjänster, mestadels för konsumtion under senare delen av livet. Det sker en glidning i det offentliga ansvaret för äldre genom två olika ”kanaler” till de offentliga kassorna, både till kommunerna via beståndsbedömning och till staten via RUT-avdraget. RUT-avdraget ger genom avdrag från statskassan möjlighet till tilläggstjänster för äldre som har resurser.

Problemen i äldreomsorgen är inte små och det finns numera ett stort mått av undantag från en generell och god standard i välfärden. De lägre ambitionerna för välfärden visas extra tydligt i omsorgen. Omsorgen om äldre, liksom omsorgen om barn, var en del av den kommunala expansionen, från slutet av 60-talet och framåt vilket resulterade i ett ökat arbetsutbud för kvinnor. När ambitionerna, från 90-talet och framåt sjunker för omsorgen, så minskar sysselsättningen för kvinnor i åldersgruppen 55-64 år. Det är tvärt emot den allmänt omfattande önskan om fler i arbete och högre pensionsålder.

Det finns ett stort gap mellan resurser och behov. Det märks genom att för få äldre får stöd och genom att de som får stöd beviljas för få timmar, samt i att en stor del av de beviljade timmarna inte utförs. Detta är exempel på att kedjan av verifieringar inte fungerar. Konsekvenserna kan mätas i att olyckor och fallskador påtagligt ökat.

Äldreomsorgen har rötter i fattigvården och regleras enligt Socialtjänstlagen som anger att de äldre ska försäkras skäliga levnadsvillkor, vilket motsvarar villkoren för ekonomiskt bistånd. Skattebetalarnas vilja att finansiera välfärden beror på dess kvalitet. Om omsorgen blir allt snålare och bara motsvarar de mest basala behoven, om ens det, ger det låg vilja att betala hos medborgare som får allt högre inkomster och förväntar sig mer. Äldreomsorgen behöver en ny legal ram som siktar på äldres goda levnadsvillkor. Förutsättningen är professionalisering och legitimation hos personal som utför tjänster som gäller individen som person och inte dennes bostad.

Det finns ett missnöje med kommunerna och det är förknippat med de nya styrformerna, marknadsmodellen och New Public Management. All ekonomisk verksamhet måste ha någon form av kontroll av insatta resurser och av förbrukning. En omfattande offentlig tjänst kan bara få tilltro och därmed betalningsvilja om hela kedjan av verifieringar är ordenligt utförd. Äldreomsorgen når väl upp till syftet att hålla nere kommunernas kostnader men kommunen har svårt att kontrollera resten av kedjan. ●

HUR MÅNGA? HUR MYCKET?

Äldreomsorgen kan ses som en fråga om livets allra sista fas och den ska präglas av trygghet och värdighet inte av ensamhet och oro. Äldre är också ofta föräldrar och kvaliteten i deras omsorg, eller brist på omsorg, påverkar arbetsmarknaden och särskilt påverkas kvinnor. Inräknat anhöriga till de äldre som berörs av någon form av insats är det ca 900 000 individer som berörs. Om man tar hänsyn till dem som skulle vilja ha eller behöva omsorg kan det vara ytterligare 200 000 personer. Rapporten handlar därför om specialiseringen i ekonomin, vem som ska göra vad och när. För omsorgen om äldre påverkas också av hur sjukvården förändras och den påverkar belastningen på vården. Omsorgen är därför sammanvävd med andra delar av samhället.

De totala kostnaderna, med en bred definition för vård och omsorg, av äldre, varmed avses 65+, var år 2012 181,7 miljarder kronor. Kostnaden motsvarar 5,1 procent av BNP år 2012.^[2]

Håller äldreomsorgen och vården av äldre på att tränga undan allt annat i samhället? Nej, sedan år 2003 har hälso- och sjukvård för äldre (en smalare definition med mindre av vård) som andel av BNP ökat marginellt, och socialtjänstens andel har knappt ökat alls. Vård och omsorg om äldre i kommunerna utgör en allt mindre andel av kommunernas verksamhet.

I den kommunala vardagen konkurrerar äldreomsorgen, som står för 53 procent av den sociala budgeten, med utgifter för funktionsnedsatta som är 27 procent av kakan samt 20 procent som är barn och familjeomsorg. ”Sedan 2002 har äldreomsorgens andel av socialtjänsten minskat med 4,5 procentenheter.”^[3] Äldreomsorgens resurser minskar således fortlöpande och mellan åren 2008 och 2012 har omsorgens resurser, när hänsyn tagits till inflationen och reallönernas, ökning minskat med några procent.

2012 fanns 330 000 personer i kommunernas äldreomsorg, med olika grad av insatser.

Den breda definitionen av omsorg för 65+ innefattar hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende, personlig assistans, samt daglig verksamhet. I denna rapport behandlas bara hemtjänst och särskilt boende. Vid sidan om utbildning och sjukvård är detta en av samhällets mest omfattande aktiviteter. ●

2 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2014.

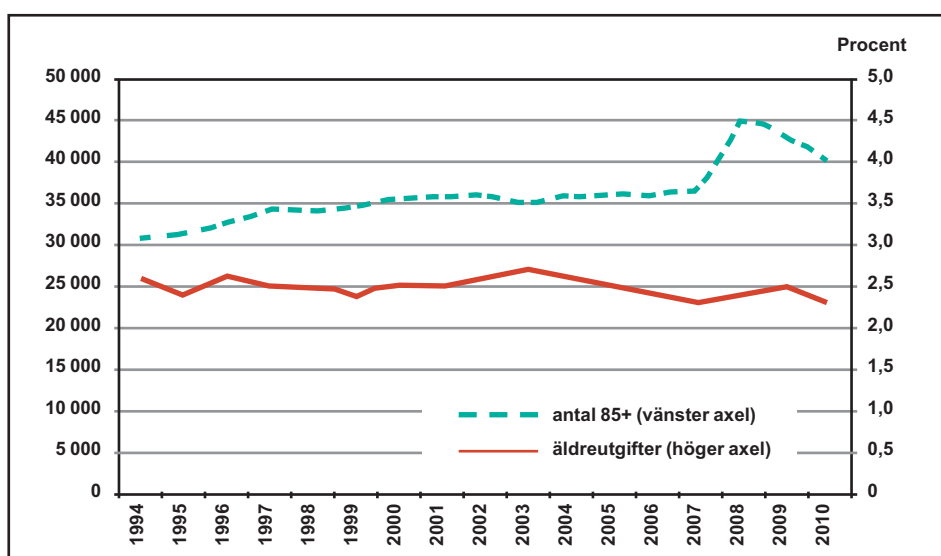
3 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2014.

SJU LÄGESBILDER FRÅN VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE

1. Kostnaderna är redan här

Att fler äldre kommer att generera mer kostnader är ingen fråga för framtiden, andelen äldre har redan börjat stiga.^[4] Ett mått är andelen 65+ i förhållande till befolkningen är som lägst just år 2014 för att sedan raskt stiga. Ett annat mått visar att andelen i befolkningen som var 85+ ökade från 2,1 procent år 1993 till 2,9 procent år 2010. År 1970 var det bara 0,9 procent av befolkningen som var 85 år eller däröver.^[5] Diagrammet nedan visar en ökning av andelen 85 + perioden 1993-2010 samt utgifter för äldre som andel av BNP. År 1970 var det bara 0,9 procent av befolkningen som var 85 år eller däröver.^[6] Diagrammet visar en ökning av andelen 85 + perioden 1993-2010 samt utgifter för äldre som andel av BNP.

DIAGRAM 1.
ANTALET ÄLDRE OCH ÄLDREUTGIFTER SOM ANDEL AV BNP 1993-2010



Källa: Utgifter för det sociala skyddet i Sverige och Europa samt utgifternas finansiering (ESSPROS) samt Befolkningen SCB 2012.

2. Gapet ökar mellan behov och resurser

Andelen av befolkningen 80+ som bor i särskilt boende minskar. I hemtjänsten är andelen i princip oförändrad. Det kan ses som en strukturomvandling från ett dyrare till ett billigare boende där den äldre får fördelen att bo kvar i egen bostad. Den positiva aspekten är att fler kan bo kvar hemma och kan välja omsorg på en marknad. Den kritiska aspekten är att det som finns att välja på minskar. Mats Thorslund, professor i socialgerontologi säger ”När man kan välja så får man inte – när man får välja så kan man inte.” Det är alltså hur generösa resurserna är i kommunen som styr graden av frihet, inte antalet entreprenörer.

4 Demografiska prognoser. SCB 2013.

5 Befolkningsstatistik. SCB. 2012.

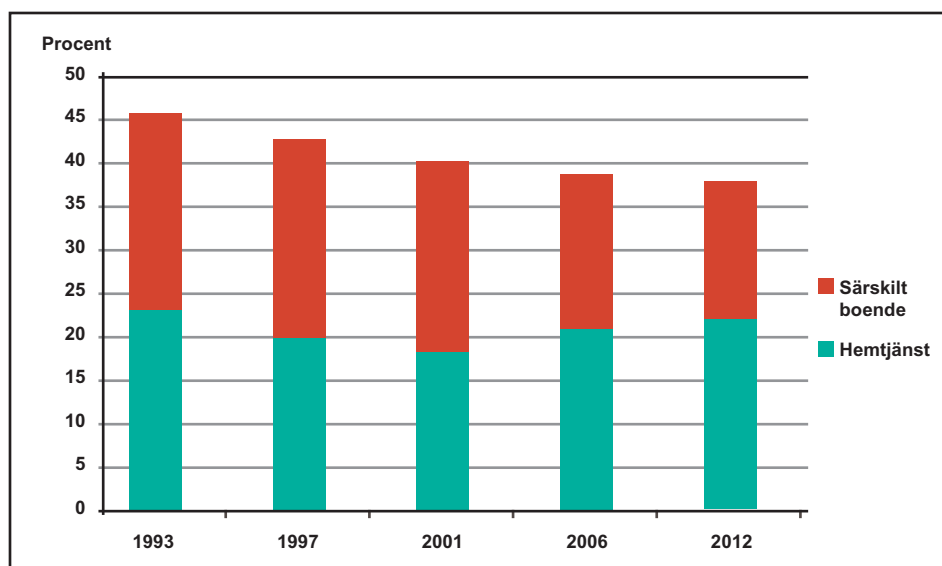
6 Befolkningsstatistik. SCB. 2012.

Diagrammet nedan visar hur tillgången till äldreomsorgen för åldersgruppen 80+ har minskat, från 45,7 procent 1993 till 37,8 2012.

Antalet med hemtjänst har minskat med 4,2 procentenheter mellan åren 1993 och 2012, under den tiden har antalet i särskilt boende minskat med 7,9 procentenheter.^[7] Mårten Lagergren vid Äldrecentrum pekar på att mellan år 1985 och år 2010 har det skett en minskning av antalet i serviceboende.^[8] Denna mellanform mellan särskilt boende och äldreomsorg har minskat radikalt.

Det finns ett påtagligt gap mellan resurser och behov. Här antas att nivån på omsorgen år 1993 (före omläggningen av statens budgetsysteem och åtstramningen) bättre återspeglar behovet än nivån år 2012. Ett motiv för den utgångspunkten är reaktioner hos anhöriga genom att de går ned i arbetstid samt vissa effekter för äldres säkerhet som visas längre fram. Sedan är startåret för statistiken också år 1993.

DIAGRAM 2. ANDEL 80+ I SÄRSKILT BOENDE OCH HEMTJÄNST 1993-2012



Källa: Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014. Socialstyrelsen 2014

Utgångspunkter för följande beräkning är hälsa mätt som aktivitet i dagligt liv (ADL) som en person måste utföra om han eller hon vill leva ett självständigt liv. Förenklat är det ett mått på oförmåga till självständigt liv. (Andra mått redovisar också sämre hälsa efter 1990-talets mitt men här väljs ett mått som visas av Socialstyrelsen.) Mellan år 1996 och 2010 ökade mäns återstående livslängd efter fyllda 65 med 2,2 år. Tiden med hälsobesvär, eller skröplighet, ökade under samma period med 0,6 år. Perioden med hälsobesvär efter fyllda 65 har därmed ökat från 5,6 procent till 8,2 procent. För kvinnor har den återstående livslängden efter fyllda 65 ökat med 1,2 år under samma tid. Perioden med hälsobesvär ökade från 2,4 till 2,6 år vilket innebär en ökning från 12,1 till 12,3 procent.

⁷ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2014.

⁸ Lagergren. M Vad har hänt med resurserna till äldreomsorgen? En analys av kostnadsutvecklingen med uppdelning på befolkning, hälsa, insatser och kostnader per insats. Socialdepartementet. 2013.

Tillsammans med att antalet män och kvinnor äldre än 65 år har ökat mellan åren 1996 och 2010 bör behovet av äldreomsorg därmed ha ökat med 1,7 procent om året. Med en så hög ökningstakt i behovet en något längre period, 1993-2012, borde behovet ha ökat med 37,4 procent. Ändå minskade antalet personer med hemtjänst eller i särskilt boende med 7,5 procent. Om vi utgår ifrån att behovet var tillfredsställt år 1993 kan vi med ledning av ovanstående uppskatta att äldreomsorgen år 2010 tillfredsställde 67 procent av behovet när det gäller antalet personer som får omsorg.

Grunden för analysen är Socialstyrelsens redovisning av platser mellan 1993 till år 2010 samt av utveckling av aktiviteter i dagligt liv mellan 1996 till 2010^[9] och SCB:s befolkningsstatistik. Slutsatsen är denna: Rapporten utgår från utvecklingen av äldres hälsa och ökningen av antalet män och kvinnor mellan år 1993 och 2012. Vidare ifrån att antalet platser i äldreomsorgen minskat med 7,5 procent mellan 1993-2012.

Resultatet av att äldre mäns lever längre och den gruppen relativt sett ökat men har fler sjuka år samt att gruppen kvinnor också har ökat så resulterar det i en stark behovsökning mellan 1993 och 2012.

Sammantaget saknas cirka 33 procent äldreomsorg i förhållande till vad det borde finnas givet utvecklingen av hälsan i den äldre befolkningen och hur många män och kvinnor det är år 2012 i förhållande till år 1993. Om hänsyn inte tas till hälsan är bristen 22 procent. Precision i kalkylen ska inte överdrivas. Kalkylen gäller också bara antalet personer med behov inte hur många timmar varje person får.

3. Äldre beviljas färre timmar

Ett påstående är att äldreomsorgen inte alls har minskat så mycket utan att det sker en koncentration till dem som behöver mest och att det blir möjligt genom en övergång till billigare hemtjänst. Tidigare kan omsorgen ha varit väl generös enligt en studie av Per- Lennart Börjesson på Sveriges Kommuner och Landsting.^[10]

Forskarna Marta Szebehely och Petra Ullmanen ifrågasätter argumentet att hemtjänst i ordinärt boende ersätter särskilt boende. En kalkyl baserad på deras underlag visar effekterna av omfördelning från omsorg i särskilt boende till omsorg med hemtjänst. Analysen gäller befolkningen 80+ perioden 2000-2012. Antalet 80+ som hade hemtjänst ökade med 2 procentenheter och de äldre i särskilt boende minskade med 6 procentenheter.^[11] Men eftersom det antal timmar äldre får, är fler i särskilt boende än i hemtjänst, måste också förändringen i omsorgens struktur beaktas. Här finns en viss osäkerhet men resultatet blir att antalet timmar med hemtjänst för dem som var 80+ minskade inom intervallet 10-18 procent.

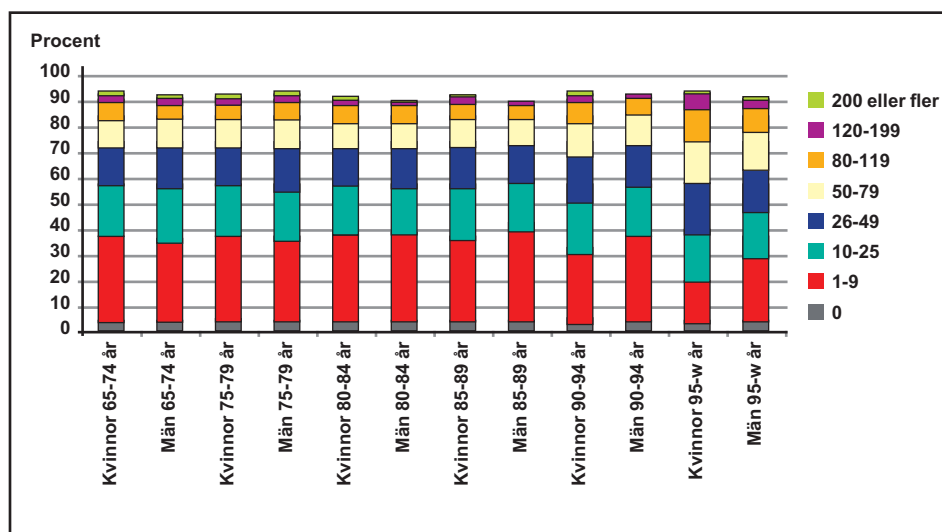
Slutsatsen är att av de som får hemtjänst, är det färre som får godtagbar nivå på omsorg efter år 2000. Minskningen av platser i särskilt boende med 50 timmars omsorg i månaden ersätts långt ifrån med 50 timmar i hemtjänst.

9 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2014.

10 Börjesson, P-L. Valfärdsmysteriet? Kommunsektorns utveckling 1980-2005. Sveriges Kommuner och Landsting, 2008.

11 Szebehely, M & Ullmanen, P. Åtstramningens pris. Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning? Kommunal 2012.

DIAGRAM 3. HEMTJÄNSTTIMMAR EFTER ÅLDER OCH KÖN 2012



Källa: Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012. Socialstyrelsen 2012.

Som exempel, i åldersgruppen 85-89 år, har 52 procent av kvinnorna hemtjänst i högst 25 timmar i månaden år 2012. Se diagram 3. Även i åldern 90-94 år är insatsen i timmar begränsad och här har ungefär hälften färre än 25 timmar per månad och med tonvikt på 9 timmar och färre. Det är först när de äldre är 95 år som andelen med omfattande hemtjänst med mer än 50 timmar i månaden är en dryg tredjedel av insatserna.^[12] 25 timmar i månaden är mindre än en timma om dagen och i verkligheten blir det färre timmar än så.

Kommunens biståndsbedömning som ska ge rätt till omsorg har, enligt forskaren Gun-Britt Trydegård vid Socialhögskolan i Stockholm, i praktiken blivit en förhandling mellan den äldre och handläggaren där det ska bevisas att den äldre verkligen inte har kapacitet att klara sig själv. Äldreomsorg är alltså ingen rättighet i den mening som lekmanen eller de anhöriga ofta tänker sig.^[13] Inkomstpensionen har man rätt till om man har arbetat, men när det gäller äldreomsorg måste det visas att den äldre faktiskt har behov, och att de äldre bara kan få skälig levnadsnivå via kommunen.

De äldre har rätt till en individuell behovsbedömning. Men kommunernas biståndshandläggare har en formaliserad process med rutiner eller standarder som innebär att det i praktiken inte sker en individuell prövning av den äldres behov enligt lagens mening, enligt en avhandling i socialt arbete.^[14]

När de äldres behov förhandlas fram sätts rättsäkerheten ur spel. De äldre går med på att ansöka om de insatser som handläggaren föreslår, skriver under ansökan och kan därmed inte överklaga beslutet vid bifall.

12 Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012. Socialstyrelsen 2012.

13 Forskardag Socialhögskolan Stockholm. 2014 03 19.

14 Lindelöf, M & Rönnbäck, E. Att fördela bistånd. Om handlägningsprocessen inom äldreomsorgen. Umeå universitet. Institutionen för socialt arbete No. 41. 2004.

Överklaganden borde antagligen vara fler än 5 procent i hemtjänsten och 10 procent vid beslut om särskilt boende.^[15]

Förhandlingen innebär att de äldres behov anpassas till budgetens ram i stället för att budgeten anpassas till de äldres behov. Det innebär också att politiken tar skydd bakom biståndshandläggarna. Handläggarna är lojala med sin organisation och dess budget ”medan lydningen inför lagen inte ges samma utrymme.”^[16] Biståndshandläggarnas restriktiva hållning som företrädare för kommunen innebär också att äldre inte söker hjälp som de vet är svår att få, enligt Trydegård.^[17]

De äldre kan överklaga till länsrätten och 80 procent av överklagandena gäller särskilt boende. Att överklaga innebär ett ej tillfredsställt behov och det är uppenbarligen stort när det gäller särskilt boende.

De äldres möjlighet att hävda sig när de har överklagat är dock mycket god. När det gäller hemtjänst går bara 1 procent av besluten emot den klagande men i särskilt boende sju procent.^[18] Att så stor andel av domarna går emot kommunerna, 99 respektive 93 procent, visar att kommunerna ser för mycket till skattebetalarnas intresse och för lite till de äldres rättigheter. I vilket annat sammanhang skulle allmänheten godkänna ett rättsligt arbete där nästan alla överklaganden godkänns? Slutsatsen är att rättsstaten är stark men välfärdstaten är svag.

4. Fler äldre och fler sjuka år

De med lägst inkomster har mer än 50 procent högre dödsrisk än de i den högsta inkomstgruppen (gäller personer över 45 år). Detta visar sociologerna Jenny Torssander och Robert Erikson.^{[19][20]}

De som har svag ekonomisk förmåga har alltså högre risk för ohälsa. Socialmedicinare och samhällsvetare är överens om att villkoren i anställningen, inkomster, arbetsförhållanden och utbildningsnivå, styr hälsa och dödsrisker. Den som har en överordnad ställning lever längre än de anställda.^[21]

Eftersom Sverige ökar i spridning av inkomsterna, och i antalet otrygga anställningar och personer med långa perioder av arbetslöshet kan vi förvänta oss en ökad spridning i ohälsan.

15 Norman E. & Schön. P. Biståndshandläggare – Ett (o) möjligt uppdrag. En översikt av aktuell forskning om biståndshandläggarnas yrkesroll och organisering. Rapport: 2005:4. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. 2005.

16 Norman E. & Schön. P. Biståndshandläggare – Ett (o) möjligt uppdrag. En översikt av aktuell forskning om biståndshandläggarnas yrkesroll och organisering. Rapport: 2005:4. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. 2005.

17 http://www.socarb.su.se/polopoly_fs/1.171490.1395240373!/menu/standard/file/Trydeg%C3%A5rd%20_Sk%C3%A4lig%20levnadsniv%C3%A5%20vs%20sj%C3%A4lvbest%C3%A4mmande.pdf

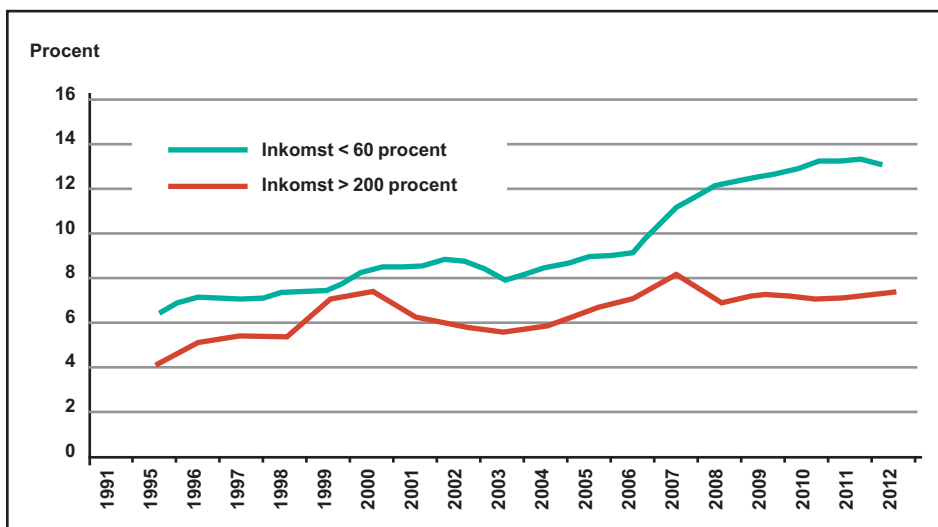
18 Åstöm. K & Werner. C. De äldre och besvärslagen. Överklagade beslut om hemtjänst och särskilt boende. Socialstyrelsen 2002.

19 Dataunderlaget är hela den svenska befolkningen vid slutet av år 1990 enligt befolkningsräkningen det året. Data har matchats med dödsregistret.

20 Torssander. J & Erikson. R. Stratification and Mortality—A Comparison of Education, Class, Status, and Income, European sociological review. Nr 4. 2010.

21 Erikson. R (2001) Why do graduates live longer? Education, occupation, family and mortality during the 1990s, i Jonsson. J.O. & Mills. C (eds.): Cradle to Grave: Life-course change in modern Sweden. Durham: Sociology press.

**DIAGRAM 4.
ANDEL MED LÅGA OCH HÖGA INKOMSTER 1991-2012.
DISPONIBLA INKOMSTER 20+**



Källa: Hushållens ekonomi. Inkomstfördelningsundersökningen. SCB 2014.

Det finns ett brott i trenden mot bättre hälsa i befolkningen i mitten av 1990-talet.

- Den återstående livslängden för 65+ ökar från 1970-talet fram till år 1995 för kvinnor. Därefter avtar ökningstakten i livslängden för kvinnor. För män fortsätter livslängden för 65+ att öka i minst samma takt efter år 1995 som tidigare.^[22]
- I ett specialiserat hälsomått som jämför 19 rika länder, låg svenska kvinnor i början av 00-talet på åttonde plats i rangordningen för den totala dödligheten och på fjärde plats för den åtgärdbara dödligheten. Det är en försämring jämfört med åren 1997/98 då Sverige hamnade på sjätte respektive tredje plats för den åtgärdbara dödligheten.^[23]
- Andelen äldre som dör på grund av skador ökar markant från mitten av 1990-talet efter att från mitten av 1970-talet, har minskat betydligt.^[24]
- De sociala skillnaderna i psykisk ohälsa blev mindre för kvinnor från 1970-talet till 1990-talet. ”Detta har dock ändrats igen år 2010 så att skillnaden mellan okvalificerade arbetare och högre tjänstemän är lika stora som de var 1968.” Det skriver doktoranden Sara Kjellsson. Även lägre tjänstemannakvinnor halkar efter.^[25]
- Undersökningar om levnadsvillkor för 77+ visar att tidigare förbättringar följs av nästan genomgående hälsoförsämringar under perioden 1992–2002. Hälsoförsämringarna var tydliga vad gäller självrapporterade sjukdomar, besvär och vid test av funktionsförmågan. Andelen som rapporterade problem med att klara grund-

22 SCB 2013. Egna beräkningar.

23 Nolte E. & McKee. M. The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis. Health Affairs.2008; 27:

24 Skador bland äldre i Sverige. Pernilla Fagerström. Socialstyrelsen 2014.

25 Kjellsson. S. Ojämlighet i hälsa. Ur red.: Everton. M & Magnusson. C. Ojämlighetens dimensioner. Uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige. Liber 2014.

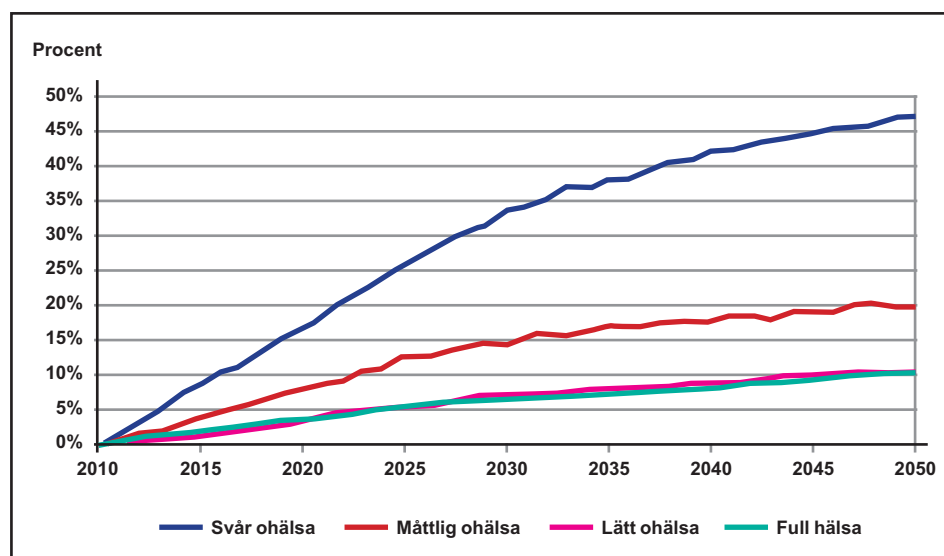
läggande vardagliga aktiviteter (ADL) förändrades däremot inte under perioden enligt denna studie.[26]

Den officiella synen är att äldreomsorgen räcker och att: ”Äldreomsorgens resurser har inte minskat i förhållande till antalet äldre personer med behov.”^[27] De äldre är helt enkelt friskare vilket innebär att kraven på kommunernas tjänster också minskar enligt äldreomsorgsminister Maria Larssons syn.

I den bästa av världar ökar livslängden och äldre möter en sammanpressad period av sjuklighet, det som i dödsannonser beskrivs som ”efter en kortare tids sjukdom”. Men det kan lika gärna vara en längre tid med nedsatta funktioner, sänkt livskvalitet och höga omsorgskostnader.

Det har stor betydelse hur många år av den ökade livslängden som är friska respektive sjuka år och det styrs av samhällets utveckling (politik) och inte av ödet. Diagram 5 visar att fram till år 2050 skiljer kostnadsökningen allt från 11 procent vid full hälsa, vilket inte är realistiskt, till 47 procent vid svår hälsa hos de äldre. Det är främst befolkningsutvecklingen som driver kostnaderna för äldreomsorgen men i den bästa av världar med en komprimerad sjuklighet kommer kostnaderna att öka betydligt mindre.

DIAGRAM 5. KOSTNAD FÖR OMSORG OM ÄLDRE VID OLIKA SJUKLIGHET 2010-2050



Källa: The future need of care. Socialdepartementet 2010

En enkel framskrivning av äldreomsorgens kostnader till år 2060 med två alternativ visar följande: Om äldreomsorgens kostnader ökar i takt med antalet 65 + i befolkningen så ökar kostnaden från drygt 2 procent år 2013 av BNP och till ca 3,5 procent år 2060. Om man tror att hälsan förbättras med en 0,5 årligen vilket ungefär är nuvarande takt som genomsnitt kommer kostnaderna inte ens att öka till 3 procent år 2060. Äldre-

26 Fors, S, Lennartson, C, Agahi, N, Parker, M.G, & Thorslund, M. M. Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre. Läkartidningen 2013:110.

27 Larsson, M. Aftonbladet. 2012 12 17.

omsorgen verkar inte spränga de offentliga finanserna och driva fram en skenande statsskuld.

Det som redovisas här är vad som förklarar förändringar i hälsan i befolkningen över tiden och inte fördelningen av hälsa mellan individer eller mellan grupper. Förklaringar till förändringar över tiden måste främst sökas i förändringar i betingelser för människors liv.

Den första faktorn är förändringar i individers levnadsvillkor. Tre decennier med starkt ökade inkomstskillnader och hög arbetslöshet innebär att en del av befolkningen har ökade risker för svag hälsa. Arbetslivet är ”snålare” och ställer tuffa krav på de anställda och innehåller inte tillräckligt med egen kontroll eller möjlighet till utveckling. Risken för arbetslöshet disciplinerar arbetslivet. Allt fler lever med knappa marginaler eller med risk ekonomiska problem. Spridningen i inkomster är också ett mått på den svagare ställningen på arbetsmarknaden och i politiken hos en del av arbetskraften.

Den andra faktorn är de teknologiska förändringarna med stillasittande arbete och transporter med bil samt lägre priser på kalorier ändrar villkoren för hälsan. Utvecklingen innebär att åldersgruppen 45-65 år har påtagligt högre BMI än föregående åldersgrupper. Det är kopplat till de stora folksjukdomarna som hjärtsjukdomar, diabetes, stroke, cancer med mera. De teknologiska förändringarna bidrar till att de som är på väg mot pensionen, och möjligen vård och äldreomsorg, har med sig nya risker för ohälsa i förhållande till tidigare generationer.

Den tredje faktorn är ändrade mönster för konsumtionen. Efter andra världskriget var befolkningens livslängd i Sverige och Danmark ungefär lika lång. I Danmark har befolkningen numera ca 3 år kortare livslängd än i Sverige och en viktig orsak är en mer liberal hälsopolitik.^[28] Svenska mäns överdödlighet i förhållande till kvinnors har styrts av deras mer riskfyllda konsumtion.^[29] Under efterkrigstiden är det framför allt i åldersgruppen 65-74 år som överdödligheten var uttalad.^[30] När Sverige numera för en mer kontinental hälsopolitik är det också rimligt att förutspå att hälsa och livslängd mer kommer att likna danskars.

Livslängdens ökning oroar politiker. Men hur väl återger den genomsnittliga livslängden verkligheten?

Antalet omsorgsår för kommunerna bestäms av hur hälsan är fördelad i gruppen äldre. Det styr hur tidigt och hur länge den äldre behöver stöd. Socialdepartementet har visat att 15 procent av de äldre står för hälften av omsorgskostnaden.^[31] Sveriges Kommuner och Landstings ekonomer visar att 60 procent av kostnadsökningen styrs av dem med svår ohälsa.^[32] En beräkning av omsorg baserat på den genomsnittliga ökningen av livslängden kommer därför att underskatta behovet av vård och omsorg.

Den återstående livslängden har som genomsnitt, för dem som är 30

28 Førebyggelsekommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelsekommissionens anbefallinger til en styrket forebyggende indsats. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. 2009.

29 Willner. S. The impact of Alcohol Consumption on Excess Male mortality in Nineteenth- and Early Twentieth- century. *Hygiea Internationalis* 2001

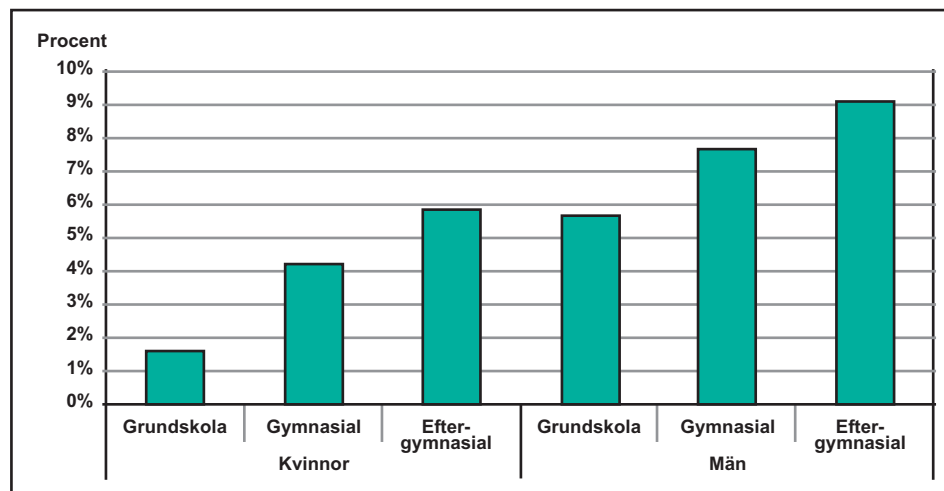
30 Hemström. Ö. Explaining differential rates of mortality decline for Swedish men and women: a time-series analysis, 1945-1992. *Social Science & Medicine* 48 (1999) 1759-1777.

31 The future need of care. Socialdepartementet 2010.

32 Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi – April 2012. Sveriges kommuner och Landsting 2012.

år, ökat med 3,7 år mellan åren 1990 och 2010. Men det är just ett genomsnitt.^[33] Det är inte den genomsnittliga ökade hälsan utan den sneda fördelningen av hälsan i befolkningen som bör vara en utgångspunkt för analysen av efterfrågan av äldreomsorg. Att befolkningen lever längre är inte ett problem för de offentliga finanserna, särskilt inte med det nya pensionssystemet som kräver ökad livsarbets-tid, men väl om livslivslängden består av fler sjuka år.

**DIAGRAM 6.
FÖRÄNDRING AV ÅTERSTÅENDE LIVSLÄNGD EFTER 30 ÅR
1990-2010**



Källa: Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2012. Socialstyrelsen. 2012.

Här visas olika faktorer eller egenskaper som bidrar till den generella ökningen av livslängden:

Olika grupper; män, kvinnor och med olika lång utbildning ”bidrar” olika mycket. Först bidrar egenskaper knutna till könet man med 1,9 år. Egenskaper knutna till könet kvinna bidrar med 1,2 år. Sedan påverkar den ändrade sammansättningen mellan grupperna. Färre med kort utbildning och fler med gymnasial och eftergymnasialutbildning bidrar med 0,6 år

Bidragen till livslängden kan också redovisas efter utbildning och kön. Då bidrar kvinnor med förgymnasial utbildning bara med 0,03 år. Männen i gruppen bidrar med 0,1 år.

Män med gymnasial utbildning bidrar med 0,8 år vilket är dubbelt så mycket som kvinnor med denna utbildning, eller med 0,4 år. Skillnaden mellan könen är således tydligast för den stora gruppen med gymnasial utbildning.

Män med eftergymnasial utbildning bidrar med 0,9 år och kvinnor med 0,8 år. Det är således inte påtagliga skillnader mellan könen när det gäller de med längre utbildning

Slutsatsen här är att livslängden tyder på att befolkningen är friskare men att det är en växande spridning i hälsan och att särskilt många kvinnor kommer att ha svag hälsa som äldre.

33 Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2012. Socialstyrelsen. 2012.

5. Beviljad tid utförs inte

Det verkar självklart att om en äldre person beviljas hemtjänsttimmar av kommunen kommer det också att utföras. En betydande del av ökning av timmarna i hemtjänsten med 17,7 procent mellan 2007-2012 realiserar dock inte.^[34] Skälen till att bara en del av den beviljade tiden utförs är kommunernas personalresurser och ett annat är att omsorgspersonalen gör en annan bedömning än biståndsbedömaren. Socialstyrelsen skriver år 2005: ”Av bedömd tid för att utföra beviljade insatser utfördes genomsnittligt ca 60 procent.” Den tunga hemtjänst som beviljas genomförs till stor del inte.^[35] Det finns alltså skäl att befara att de äldsta som formellt ska få mycket omsorg får väsentligt mindre än den tid som är beviljad.

Uppgifterna återger läget i äldreomsorgen för ca 10 år sedan. Risken är att skillnaden mellan bedömd och utförd tid har ökat när kommunernas resurser har pressats än mer. Som exempel vittnar en stor andel av hemtjänstpersonalen år 2012 om att beviljade hjälpinsatser aldrig utförs. Var femte i Kommunals undersökning menar att det förekommer minst någon gång i veckan och endast 28 procent menar att det aldrig händer.^[36] I en av de större kommunerna finns det geografiska områden där bara hälften av den biståndsbedömda tiden blir utförd. I detta fall är det en offentlig utförare.

”Pappa hade omsorg ja, men det var tvångssvält”, säger en anhörig till mig.

Ett skäl till diskrepansen är att indirekt tid inte har budgeterats, med andra ord för knappa personalresurser. 60 procent av hemtjänstpersonalen i Umeå tätort svarar år 2014 att de dagligen eller någon gång i veckan inte utför de insatser de äldre beviljats.^[37] Här ska påminnas att redan den beviljade tiden ofta är för liten. Det är endast 16 procent av hemtjänstpersonalen som menar att alla äldre som de arbetar med har tillräckligt med tid.^[38]

Det behövs en ”grindvakt”, d.v.s. biståndsbedömning, så att det inte blir för dyrt. Men att det som är beviljat inte utförs visar det underläge som de äldre har mot de som styr världen. I vilken annan verksamhet – på restaurangen där betald mat inte levereras, eller på BB där barnmorskan inte dyker upp till förlossningen, eller att SVT meddelar att de tyvärr inte har personal så att de kan sända valvakan – skulle det passera utan protester? I äldreomsorgen är det onormala helt normalt.

En konsekvens av bristande resurser är den otrygghet och frustration många äldre känner, ”osäker och orolig för att ramla ” skrev Gertrud Sigurdsen, samt skador som följer med otillräcklig omsorg. Dessutom visar deras anhöriga stor oro. En biståndshandläggare säger: ”Det är väldigt mycket sorg och väldigt mycket utmattning hos anhöriga.”^[39]

34 Statistik över antalet beviljade timmar i äldreomsorgen. Socialstyrelsen 2013.

35 Tid för vård och omsorg – Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid? Socialstyrelsen 2005.

36 Matlåda med eller utan samtal. Om hur villkoren för biståndshandläggare och omsorgspersonalen påverkar kvaliteten i äldreomsorgen. Akademikerförbundet SSR & Kommunal. 2013.

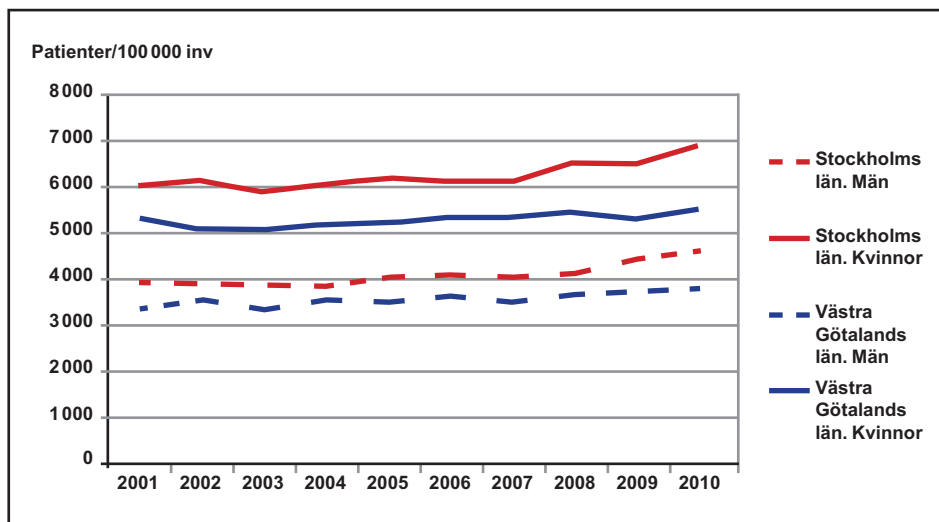
37 Kommunalarbetaren. Nr 4 2014.

38 Matlåda med eller utan samtal. Om hur villkoren för biståndshandläggare och omsorgspersonalen påverkar kvaliteten i äldreomsorgen. Akademikerförbundet SSR & Kommunal. 2013.

39 Matlåda med eller utan samtal. Om hur villkoren för biståndshandläggare och omsorgspersonalen påverkar kvaliteten i äldreomsorgen. Akademikerförbundet SSR & Kommunal. 2013.

Hur ska konsekvenserna av bristen på utförd omsorg bevisas? Det går inte säkert att visa konsekvenserna för de äldre, det finns ingen statistik baserad på undersökningar om deras hälsa, men här visas ökningen av fallskador som en indikation på att det inte står rätt till i omsorgen om äldre.

DIAGRAM 7.
OLYCKOR 75+ 2001-2011



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas. Yttre orsaker till skador och förgiftningar. 2014.

Ökningen av fallolyckorna talar inte för friskare äldre med lite behov av omsorg utan för att många äldre inte får den hjälp de behöver. Antalet kvinnor 65 + som dör i fallolyckor ökar och för män är ökningen stark. Fler äldre verkar vara ensamma och utsatta för olycksrisker. 1990-talet jämförs här med år 2011.^[40] Diagram 7 visar att antalet äldre som får vård på grund av yttre skador, d.v.s. olyckor, i Stockholms län samt Västra Götalands län under 00-talet. Särskilt kvinnor drabbas av olyckor och markerat mer i Stockholms län.^[41] Måttet är per 100 000 invånare/äldre, det är alltså inte ökningen av antalet äldre i befolkningen som påverkar.

6. Brister i omsorgen spiller över i dyr sjukvård

Befolkningen 65+ kräver mycket av vårdens resurser. De använder ca 40 procent av slutenvårdens resurser.^[42] Sjukvård och äldreomsorgen ska vara komplement till varandra och inte ett substitut. Äldre ska inte i onödan få omsorg i dyr vårdproduktion. Äldre sjuka ska inte heller åka hem från vården för tidigt till svagt dimensionerad omsorg. Sjukvård behövs för livskvalitet för äldre, alltså ett komplement, men när omsorgen inte fungerar blir vården ett dyrt substitut för omsorgen. Antalet vårdtillfällen för 85+ har ökat med 11,6 procent per 100 000 äldre mellan år 2000 och år 2012. Det kan rimligen inte bero på så starkt ökad sjuklighet i gruppen utan snarare på att svagt dimensionerad omsorg leder till en felaktig

40 Dödsorsaker 2011. Socialstyrelsen 2012.

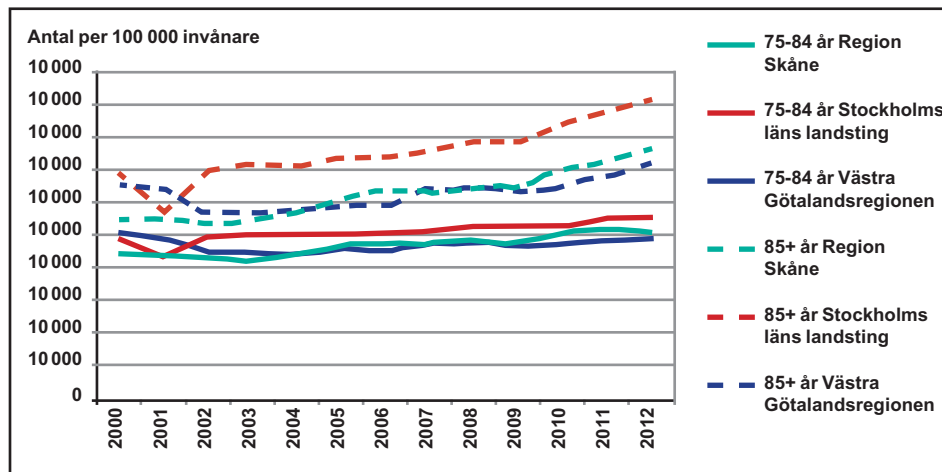
41 Socialstyrelsens statistikdatabas. Yttre orsaker till skador och förgiftningar. 2014.

42 Sjukdomar i slutenvård. 1987-2011. Socialstyrelsen. 2012

specialisering i ekonomin. Ökningen av vårdtillfällen för gruppen 75-84 procent är 5,2 procent.^[43]

Efter år 2007 ökar antalet vårdtillfällen kraftigt för äldre. De stiger för gruppen 85+ med 13,8 procent på några få år och för dem mellan 75-84 år med 5,2 procent. Måttet är per 100 000 äldre och det som styr resultatet är att en äldre person oftare befinner sig i sjukvården. Vårdtiden i dagar ökar samtidigt med 11,6 procent.

DIAGRAM 8. ANTAL VÅRDTILLFÄLLE 2000-2012 OLIKA LANDSTING



Källa: KodLak 2014.

Ökningen av antalet vårdtillfällen, särskilt för 85+ har ökat för landstingen totalt men är särskilt kraftig i vissa landsting. I Skåne-regionen har de ökat med 40 procent och i Stockholms landsting med 32 procent, men i Västra Götalandsregionen med bara 10 procent. I åldersgruppen 75-84 år är ökningen 14, respektive 12 procent medan antalet minskar i Västra Götaland. De stora skillnaderna mellan dessa regioner och i förhållande till genomsnittet för alla landsting, kan rimligt inte bero på skillnader i hälsa. Se diagram 8.

Akutmottagningarna i Stockholms läns landsting är hårt belastade med en ökning på 4,5 procent per år mellan åren 2007 och 2012. Det är mer än dubbelt så mycket som befolkningsökningen på 1,9 % per år. (Tjänstemännen i landstinget verkar inte förstå varför!) Patienter över 80 år står endast för 10 % av ökningen i antal besök, men 20 % av ökningen i antal inläggningar. Det är samtidigt patienter 65-79 år som driver ökningen i antal inskrivningar.^[44] Detta är en stark indikation på att ”omvandlingen” av äldreomsorgen inte fungerar väl i delar av landet för de äldsta utan att den spiller över i dyr sjukvård.

Det finns tre sannolika förklaringar: Först att det brister i resurser för äldreomsorgen. Äldre som borde vara i särskilt boende finns numera i ordinärt boende och utan tillräcklig omsorg eller vård i hemmet. Stressad hemtjänstpersonal kan tänkas uppmana äldre att åka till akuten. Det kan

43 KodLak 2014.

44 Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar. Stockholms läns landsting, 2013.

vara en förklaring till den generella ökningen men inte till de stora skillnaderna mellan olika huvudmän.

Den andra förklaringen är att funktionen som grindvakt, d.v.s. att styra vård och omsorgens resurser, så att det inte hamnar i den mest dyra verksamheten, är svagare. En orsak kan vara ett fragmentiserat vård- och omsorgslandskap. De landsting som har fler vårdtillfällen för äldre ökar samtidigt kraftigt andelen köpt vård. I Stockholm har köpt vårdverksamhet ökat från 43,9 till 54,4 procent och i Region Skåne från 26,5 procent till 41,4. I Västra Götaland däremot är köpen på en väsentligt lägre nivå. Andelen ökar från 21,9 till 28,2 procent år 2012.^[45] Tolkningen här är att den privata vården i mindre omfattning än den offentliga fungerar som grindvakt och bromsar flytten av kostnader till dyr sjukhusvård.

En tredje förklaringen hänger samman med förändrad organisation av äldreomsorg i Skåne och Stockholm jämfört med Västra Götaland. Efter år 2007 ökar andelen upphandlad äldreomsorg i riket från 13 procent till 17 procent år 2012. Det är en extrem spridning mellan kommuner och landsting. Göteborgs kommun köper 17 procent och Borås 12 procent och en rad kommuner i regionen bara några procent. I andra ändan finns Stockholm som ökat köpen av äldreomsorg från 30 procent till 52 procent. En rad kommuner i Stockholms län köper dubbelt så mycket som rikssnittet. I Skåne är det en splittrad bild med Malmö som följer rikssnittet (17 procent) men några kommuner som Vellinge och Staffanstorp köper mer än dubbelt så mycket omsorg.^[46]

Hälsoekonomen Anders Anell påminner om vad läroboken i hälsoekonomi säger: En vinstdriven utförare av vård eller omsorg kan använda minst fyra sätt för att manipulera finansiären:

- Överskatta vårdbehovet.
- Dumpa de vård- och omsorgstunga patienterna på andra enheter.
- Skumma grädden genom att välja ut de lättbehandlade äldre/patienterna.
- Underbehandla äldre/patienter som när vård- och omsorgslandskapet.^[47]

Punkterna 2 och 4 av dessa är möjliga förklaringar till ökad efterfrågan när vård och omsorgslandskapet blir mer fragmentiserat.

7. Fler anhängigvårdare minskar kvinnors sysselsättning

Kommunens dominerande utgiftsområden som utbildning och äldreomsorg, ökar arbetskraftens förmåga att producera. När äldreomsorg sviktar, ökar hjälpen från anhöriga utanför hushållet. ”År 2010 fick två tredjedelar av de hemmaboende äldre som behöver hjälp i vardagen hjälp av en anhörig eller vän som de inte bor med.”^{[48][49]} Att anhöriga minskar sin arbetstid för att hjälpa äldre är ett konkret bevis på att omsorgen inte är tillräcklig.

45 KodLak. 2014

46 Nationalräkenskaper Kommunernas räkenskapsammandrag. SCB. 2014.

47 Anell. A. Vårdval på gång i dagens primärvård. Stora skillnader mellan olika modeller och stort utvecklingsbehov. Läkartidningen nr 28/29 2008.

48 Loretzi. U. Hänger din mammas trygghet på dig? Att kombinera jobb med omsorg om föräldrar. Kommunal 2011.

49 Anhöriga som ger omsorg om närstående. Omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen. 2012.

Socialstyrelsens undersökning visar dels att ca 70 000 individer har behövt gå ned i arbetstid på grund av den omsorg de ger och att ca 30 000 har lämnat arbetsmarknaden. Här räknas nu de som ger omsorg om barn bort och det ger ett bortfall i produktionen, här räknat som ca 25 000 årsarbetskrafter.^[50] Det får i sin tur som konsekvens hela 25 miljarder kronor i minskade inkomster för kommuner och landsting.^[51] (Det är bortfallet i kommunalskatteintäkter som visas.) Även om jag väljer att tro att det inte är 25 000 årsarbetskrafter utan bara 20 000 personer som lämnar arbetsmarknaden och att de tidigare arbetade deltid och bara tjänade 175 000 kronor om året får kommunsektorn ett intäktsbortfall på drygt 11 miljarder kronor.^[52] Kalkylen har inte räknat med effekten av att anhöriga kortat sin arbetstid varför den kan ligga i underkant. Petra Ullmanen visar också att anhängvårdare inte mår bra av att ge omfattande omsorg. De ger omsorg också på semesterdagar eller sjukskriver sig för att ge anhörig omsorg. De får lägre inkomster på grund av sin insats.^[53]

Jobbskatteavdraget som ska göra att det ska löna sig mer att arbeta^[54] bygger på föreställningen att arbetskraften inte vill arbeta. Dess beräknade effekter är något så när i samma storleksordning som följer av sämre kommunal omsorg och som får som konsekvens att färre kan arbeta. Det hade antagligen varit effektivare att satsa resurser som används för jobbskatteavdraget på kommunernas verksamhet eftersom särskilt kvinnors deltagande i arbetslivet beror på om de kan arbeta, allt givet det könsroller som styr ansvaret för omsorg. Det visas av det rejäla bakslaget för jämställdheten i åldersgruppen 55-64 år mellan år 1987 och 2012. Efter att skillnaderna hade minskat rejält i förhållande till männen fram till i mitten av 1990-talet är år 2012 kvinnors sysselsättning i förhållande till männen på ungefär samma nivå som 25 år tidigare.^[55]

Att många anhöriga går ner i arbetstid eller lämnar arbetsmarknaden går tvärt emot ambitionen att gruppen 55-64 år ska arbeta mer och höja sin pensionsålder.

50 Anhöriga som ger omsorg om närstående. Omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen. 2012.

51 Antalet 25 000 * årsinkomst 250 000 kronor * skattesats 0,3186 = 25 000 000 000 kronor.

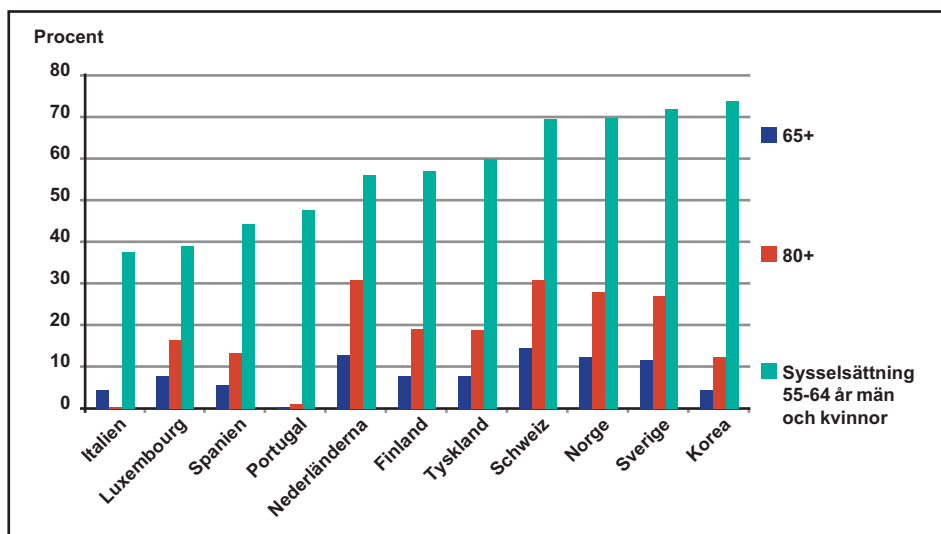
52 20 000 * 175 000 * 0,3186 = 11 15 000 000 miljarder kronor.

53 Forskardag Socialhögskolan Stockholm. 2014 03 19.

54 Flood. L. En skattepolitik för både innan- och utanförskapet. SNS 2010.

55 AKU säsongsrensats månadstal. SCB 2012.

DIAGRAM 9.
ANDEL I OMSORG ÅR 2011 SAMT SYSSELSÄTTNING FÖR
KVINNOR OCH MÄN I ÅLDERSGRUPPEN 55-64 ÅR I OLIKA
LÄNDER



Källa: OECD statistics samt Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2014.

”Svensk äldreomsorg är bland de bästa i världen.” ”Svensk äldreomsorg håller en hög kvalitet men det finns också brister och dessa måste åtgärdas.”^[56] Det första citatet är från Moderaterna och det andra från Socialdemokraterna i svar till pensionärer. Omsorgens omfattning och dess kvalitet måste ställas i relation till hur hög sysselsättningen är för de anhöriga och hur stor andel av befolkningen som är över 65 år.

Diagram 9 visar den mycket högre sysselsättningen för kvinnor och män i åldergruppen 55-64 i norra Europa, jämfört med till exempel Spanien och Italien. Diagram 9 visar också andelen 65+ och 80+ som får hemtjänst i olika länder. I Norge och Nederländerna, som har lägre sysselsättning för söner och döttrar till de äldre, är hemtjänsten mer utbyggd än i Sverige.

I Sverige är andelen 65+ i befolkningen 1/4 större än i andra länder (OECD). Det är också en 1/3 fler i åldergruppen 55-64 år som arbetar i Sverige och när effekterna summeras ska kostnaden för äldreomsorgen vara mycket högre i Sverige än i omvärlden. Skillnaden i sysselsättningen mellan Sverige och Tyskland t.ex. är 21 procent i gruppen 55-64 år, men skillnaden i andelen av gruppen 80+ som har omsorg är hela 45 procent. Det visar att den offentliga omsorgen på marginalen måste vara väl utbyggd för nå hög sysselsättning i åldergruppen 55-64 år.

Det är hög sannolikhet att anhöriga som ger omsorg slutar att arbeta för att fortsätta att ge omsorg. Men sannolikheten är än högre för att de går ned i arbetstid. Det finns också ett samband mellan vårdande av anhörig och deltidsarbete samt temporära jobb. En OECD-rapport visar också att det leder till något lägre löner, det kan bero på sämre hälsa eller på att anhörigvårdare diskrimineras på arbetsmarknaden.^[57] När man

56 Här & Nu nr 1. 2014

57 Help Wanted? Providing and paying for long-term care. OECD 2011.

jämför med omvärlden och tar hänsyn till att de anhöriga behöver arbeta har partierna inte rätt i sin beskrivning av äldreomsorgen i Sverige. De skönmålar.

Mats Thorslund, professor i socialgerontologi, skriver i ett mejl att den kommunala äldreomsorgen gått från att vara bland de bästa i världen när det gäller chansen att få hemhjälp och plats i särskilt boende, till att vara på genomsnittlig europeisk nivå.^[58] Slutsatsen är att Sverige använder mer pengar till omsorg för äldre än andra länder. Men i takt med att resurserna och kvaliteten i äldreomsorgen minskat, har också kvinnors sysselsättning backat tillbaka till 1980-talets nivå när det gäller gruppen 55-64 år. ●

58 Mejlsvar från Mats Thorslund. Februari 2011.

VARFÖR FÖRSÄMRAS OMSORGEN NU?

Utvecklingen med sämre äldreomsorg i Sverige är inte bara en slump, den ingår i ett ideologiskt mönster. Det handlar både om kritik av den offentliga byråkratin och om behovet av kostnadsåterhållsamhet.

Juristen Lotta Vahlne Vesterhäll visar att det finns två huvudfåror i välfärdsstatens utveckling; rättighetsfåran och servicefåran och att rättigheterna har blivit svagare.

Socialförvaltningsrätten fördelar inte längre tillväxten baserad på rättighetskriterier utan nu sker en prioritering av offentliga resurser. När det finns resurser kan social service ges. Under 1980-talet kunde de sociala rättigheterna skyddas därför att den ekonomiska kulturen kännetecknades av ekonomisk rättvisa och överensstämde väl med välfärdsstatens rättighetsbegrepp. Den politiska kulturen var inriktad på solidarisk demokrati och social trygghet. Under 1990-talet ersätts denna politiska kultur med en medborgerlig demokrati, baserad på avreglering och avbyråkratisering som skapar en social servicestat, inte en social rättighetsstat.^[59]

Misstron mot det allmännas effektivitet och omfattning var stor hos allmänheten kring år 1991 visar Göteborgs universitets SOM-undersökningar.^[60] Socialdemokraternas så kallade 90-talsprogram från år 1989 var också starkt kritisk till effektiviteten i kommunerna och medborgarnas inflytande.^[61]

Viktiga aktörer var också privata företag. Enligt hälsoekonomen Anders Anell argumenterade under 1990-talet ”främst företrädare för privata vårdgivare och borgerliga politiker för att privata vårdgivare hade lägre kostnader och bättre produktivitet. Under senare tid är det snarare privata vårdgivares förmodade bättre service och innovationsförmåga som lyfts fram som argument för en fortsatt privatisering.”^[62] Ekonomen Nicholas Barr skriver i sin lärobok om välfärdsolitik att för nyliberaler är individuell frihet målet och den bästa metoden att nå det inom det ekonomiska området är genom privata marknader.^[63]

Enligt Harvardekonomen David M. Cutler präglas vården i västvärlden perioden 1980-2000 av kostnadsåterhållsamhet. Efter år 2000, dominerar konkurrens och drivkrafter.^[64] Finansdepartementets långtidsutredning från år 2008 skrev följande: Sedan 1980 har kommunsektorns produktion av välfärdstjänster utvecklats i ungefär samma takt som den privata konsumtionen. Detta är enligt finansdepartementet inte möjligt framöver på grund av att det är omöjligt att höja skatten. Om skattesatserna är oförändrade kommer den skattefinansierade konsumtionen av sjukvård och äldreomsorg minska som andel av BNP.^[65]

59 Vahlne Westerhäll, L. Rättsliga förändringar av social trygghet. Ur Rothstein, B. & Vahlne Westerhäll, L. Bortom den starka statens politik. SNS Förlag 2005.

60 Nilsson, L. Välfärdsolitik och välfärdsopinion 1986-2012: Vinster i välfärden? red Weibull, L, Oscarsson, H & Bergström, A (red) Vägskal. Göteborgs universitet: SOM-institutet. 2013.

61 90-talsprogrammet. En debattbok om arbetarrörelsens viktigaste frågor under 90-talet. Tiden Förlag. 1989.

62 Anell, A. bilaga 5. Det kan göras enklare. SOU 2012:33.

63 Barr, N. Economics of the Welfare state. Oxford University Press. 2004.

64 Cutler, D.M Equality, Efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical care reform. Journal of Economic literature.40:3. 2002.

65 Långtidsutredningen 2008. SOU 2008:105

De som är optimistiska om marknadens betydelse menar att val av offentligt finansierade tjänster leder till innovationer som på samma sätt som tidigare den tekniska utvecklingen ”födde” spinnmaskinen, ångmaskinen, glödlamporna, kullagren, datamaskinerna och mjukvarorna. För radikala optimister är just byten över marknaden viktigare än produktionen av tjänsten, hur den sker och vilken kunskap de anställda har. Men marknader för byten mellan konsument och producent har funnits i tusentals år. Det är inget nytt.

En idéskrift från Almega, Svenskt Näringsliv samt Sveriges Kommuner och Landsting, ställer år 2012 i utsikt att det finns stora möjligheter till effektivisering. Det gör att det inte är nödvändigt med skattehöjningar när det blir fler äldre, eller som följd av ökade krav på vård, när ny teknik gör nya former av vård möjliga.^[66] De som argumenterar för marknader tänker som i ”formeln” nedan vilken visar medlen för att nå målet individens frihet. De utgår ifrån att:

A: Marknader + privata företag + innovationer + reglering för konsumentvaror = Individens frihet.

Tankemodellen är att marknader för äldretjänster är effektiva och ju mer marknad och ju mer utrymme för privata företag desto mer ökar individens frihet. Vidare att nya tekniker eller innovationer kommer ur marknaden och att tjänsterna kan regleras som om det vore vanliga konsumentvaror. Det alternativa sättet att tänka är:

B: Bemanning+ utbildning + teknik + tillgängliga resurser som kan väljas + reglering för trovärdighetsvaror = God kvalitet.

Vänd alltså på problemställningen, nyckelorden är inte marknader och valfrihet. Nyckelorden är kvalitet, antal timmar per äldre, personalens utbildning, etik och inställning till sitt arbete, med andra ord graden av professionalism. Det ger en starkare valfrihet. Valfrihet är att ha egna resurser eller tillgång till offentliga resurser för att tillgodose sina behov för att nå goda levnadsvillkor.

Omsorgens kostnader som andel av BNP sjunker liksom dess andel av kommunernas socialbudget, trots att det blir fler äldre. Det är inte bara kostnadsskäl bakom snålare biståndsbedömning om rätt till omsorg. Det finns, menar etnologen Håkan Jönsson, en ålderism, en avhumanisering av äldre.^[67] Samhället styr nu starkt mot friska och produktiva individer och det samhällsklimatet (diskursen) skapar ett förakt de som inte kan nå upp till normen, menar sociologen Lars Tornstam.^[68] Exempel på dem som inte når upp till normen är personer med funktionsnedsättningar, sjuka, äldre eller personer med kortare utbildning. De uppfyller inte idealen och är improduktiva och osjälvständiga. Håkan Jönsson visar i ”Ålderdom som ett samhällsproblem” att beskrivningarna av ålderdomen, pendlar mellan åsiktspolerna att vara en avvikelse (sjukdom), eller en förlängning av det tidigare livet.^[69]

Det är inte överdrifter, omläggning av politiken kan beläggas på en

66 Fyra steg mot morgondagens välfärd – Men checklista för utvecklingsarbete. Sveriges Kommuner och Landsting, 2012.

67 Jönsson, H. Ålderdomen som samhällsproblem. Lund: Studentlitteratur, 2008.

68 Tornstam, L. Åldrandets socialpsykologi. Stockholm: Rabén Prisma, 1998.

69 Jönsson, H. Ålderdomen som samhällsproblem. Lund: Studentlitteratur, 2008.

rad områden. Förutom att färre får hemtjänst, färre timmar per äldre och färre som får särskilt boende, trängs äldre multisjuka undan från sjukhusen genom den så kallade kömiljarden. Den har som syfte att korta väntetiderna och ökar inskrivningen främst av yngre patienter vilket får som konsekvens att vården prioriterar ned äldre patienter som tar längre tid, enligt Läkarförbundets skrift ”Medicin med detsamma”.^[70]

Det mest påtagliga exemplet är att sjuka, arbetslösa och äldre har en särskild skatteskala och betalar högre skatt! En pensionär med genomsnittlig pension har betalat 52 0000 kr mer i skatt åren 2007-2014 än en förvärvsarbetande som är under 65 år och med genomsnittsinkomst.^[71] Föraktet för svaghet märks också i att sysselsättningsgraden sjunker bland dem med nedsatt arbetsförmåga.^[72]

Äldreomsorgen bygger på ett system med omfördelning av resurser över livscykeln för en person och den modellen överges nu av partierna. De lägre offentliga ambitionerna märks särskilt mycket i omsorgen därför att äldre äldre är mycket mer beroende av politik än den som är mitt i livet och är starkare på marknaden. ●

70 Medicin med detsamma. Sveriges Läkarförbund. 2012.

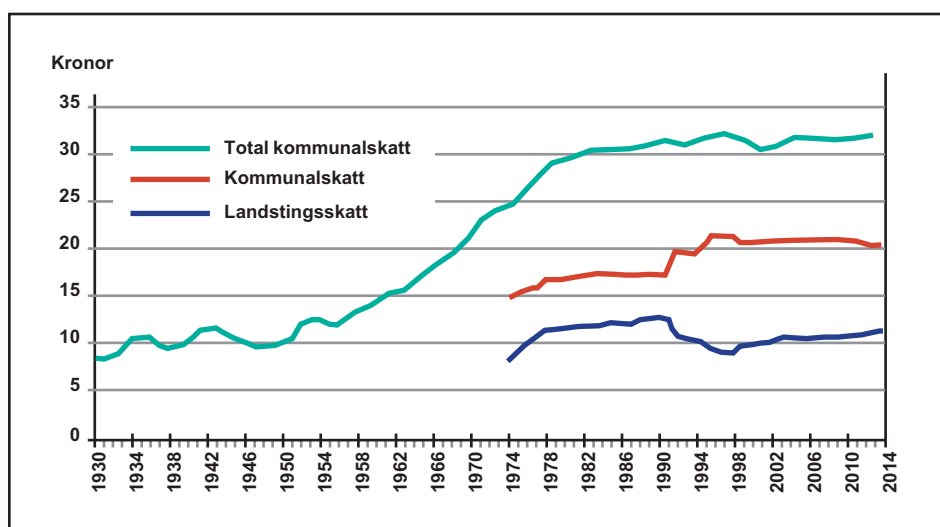
71 Sveket mot pensionärerna – 100 000 kronor i extraskatt för pensionärshushåll. Skattebetalarna 2012.

72 Funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008. Information om utbildning och arbetsmarknad 2009:3. SCB 2009.

VARFÖR INTE MER RESURSER?

Om resurserna för omsorg och sjukvård inte ökar är det ett tecken på att politiken inte svarar på vad som ger individer mer nytta. Baserat på utvecklingen i USA sedan år 1875 kan ekonomhistorikern och nobelpristagaren Robert William Fogel visa att om inkomsterna ökar med 1 procent ökar konsumtionen av sjukvård med 1,6 procent och av utbildning med 1,5 procent. Efterfrågan på nödvändighetsvaror som mat, bostad och kläder ökar däremot långsammare än inkomsterna.^[73]

DIAGRAM 10. KOMMUNALA SKATTESATSER 1930-2014



Källa: Offentlig ekonomi. Kommunalskatterna. SCB. 2014

Men om medborgarna och väljarna vill efterfråga mer sjukvård och omsorg med ökade inkomster, för att de har råd och för att det gör dem friskare, varför ökar då inte kommunal- och landstingskatten?

Landstingskatten ökar något men i huvudsak har kommunalskatterna legat stilla under flera decennier. Äldreomsorg är också en inkomstelastisk tjänst d.v.s. efterfrågan på tjänsten stiger med ökad inkomst. När pensionärer undan för undan återspeglar senare decenniers goda inkomster kommer efterfrågan på hög kvalitet att öka också i omsorgen. Så varför får inte omsorgen mer resurser, varför minskar i stället dess andel av BNP från år 1993? Efter år 1993 har inkomsterna i Sverige stigit med mer än 1/3, så varför stärks inte finansieringen av vården och omsorgen?

De senaste valen är välfärd/sjukvård den fråga som flest väljare anger som bland de viktigaste. Samtidigt kommer pensioner/äldrevård vid de olika valen på 3:e eller 4:e plats. En femtedel av väljarna anger den som viktig fråga. Det har också skett en remarkabel förändring i opinionen. Väljarnas stöd för ”nyliberal välfärd” minskar. Mellan valen 2006 och 2010 minskar andelen som anser att de sociala reformerna ”gått för långt” från 59 till 45 procent (-14) och andelen som vill sänka skatten sjunker

73 Forecasting The Cost of U.S Health Care In the 2040. Fogel. R.W, Workingpaper 14 361, NBER 2008.

från 56 till 46 procent (-10).^[74] SOM-institutets undersökningar visar en dramatisk förändring i väljarnas attityder till den offentliga sektorn mellan åren 1990/91 och 2012. Socialdemokratiska väljare ändrar sin inställning redan i mitten av 1990-talet och de andra partiernas väljare har nu följt efter.^[75] ●

74 Åttapartivalet. 2010 .Allmänna valen.Valundersökningen. SCB. 2011.

75 Nilsson, L.Välfärdspolitik och välfärdsopinion 1986-2012: Vinster i välfärden? red Weibull, L, Oscarsson, H & Bergström, A (red) Vägskäl. Göteborgs universitet: SOM-institutet. 2013.

ÄLDREOMSORG – REELL VALFRIHET

Marknader är helt nödvändiga, mycket av det vi gör i vardagen försätter att det finns marknader men allt bygger inte på det. Allt kan inte och ska inte kunna köpas och säljas och allt är inte förhandlingsbart.

Förutsättning för effektiva marknader, skriver den brittiska konkurrensmyndigheten, är:

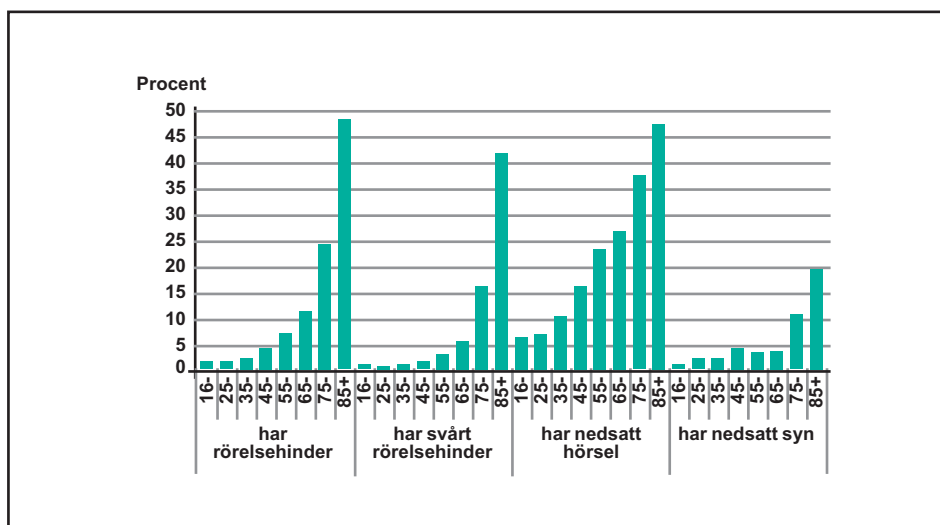
1. Stark konkurrens mellan leverantörer förser företagen med drivkrafter att leverera vad konsumenterna önskar sig så effektivt och innovativt som möjligt.

2. Effektiva konsumenter spelar en roll i att aktivera stark konkurrens mellan företag.

Det är just punkt 2 som är ett problem när det gäller äldre med omsorgsbehov: För förutsättningen för brukarens möjligheter att göra aktiva val är att den är medveten om; ”att valet faktiskt existerar, att korrekt kunna tillgodogöra sig relevant information samt en förmåga att faktiskt kunna välja. Här ingår frågan om tillgången och relevansen av informationen som kommer brukare till del.”^[76]

Marknaden har tre fundamentala verktyg; priser, information samt byten, men hur mycket av dessa finns på marknaden för äldreomsorg?

DIAGRAM 11. NEDSATT FUNKTIONER EFTER ÅLDER 2012/2011. MÄN OCH KVINNOR



Källa: Levnadsnivåundersökningen 2012. SCB 2012.

Brukare av äldreomsorg avviker helt från den ideala konsumenten när det gäller att välja och tillgodogöra sig information, visar forskare vid Äldrecentrum: ”Endast var tionde i befolkningen som är 77 år och äldre motsvarade något så när bilden av idealkonsumenten, det vill säga de hade adekvat förmåga att hämta in och tolka information, såg och hörde bra, kunde ta sig fram utomhus och led inte av psykisk ohälsa” skriver forskare

76 Lundvall. K. Kvalitetshöjande konkurrens i valfrihetssystem – vad krävs? Uppdragsforskningsrapport 2012:3. Konkurrensverket 2012.

och specialister på äldres villkor. Diagrammet visar att en stor del av dem som är över 75 år har nedsatta funktioner som rörelseförmåga, syn eller hörsel.

Diskussionen om äldreomsorgen förs på 35-40 åringens villkor men kapaciteten när det gäller olika funktioner, är som visas i diagram 11, fem till tjugo gånger sämre hos 85+ än hos gruppen 35-40 år. Det handlar inte om goda dagar på ålderns höst med vin till maten och sjöutsikt, snarare om problem med rörligheten, synen eller yrsel och demens. Yngre beslutsfattare har ett orealistiskt perspektiv på äldreomsorgen.

Bettina Meinow (sociolog verksam på "Aging research center") tillsammans med ett antal kollegor, skriver också att "Enligt våra resultat klarade en tredjedel av de som var 77 år eller äldre inte av att intervjuas över huvudtaget, alternativt kunde inte göra ett enkelt minnestest. Ytterligare 20 procent hade svårt att klara test på förmågan att till exempel hitta rätt telefonnummer och att förstå instruktioner på en medicinförpackning."^[77]

Den viktigaste makten en kund har är att välja bort en leverantör. Men som ekonomen Laura Hartman skriver är valen ofta oåterkalleliga. Den som väljer en skola byter sedan sällan bort skolan. När det gäller äldreomsorg är det få som byter, det är bara cirka 3 procent.^[78] I Uppsala med många alternativa utförare av hemvård är det bara 1,5 procent som byter utförare per år.^[79] Sannolikt är det för få byten för att påverka producenten.

För en ung person är det självklart att ofta byta bostad, ibland plugga utomlands eller att byta bostadsort samt gå flera utbildningar. Man byter nog oftare partner som ung än som gammal. För äldre med omsorgsbehov är det annorlunda: Starkt hjälpbehövande äldre är beroende av en stabil omgivning och stabila personliga relationer för att överleva och det är förknippat med stora personliga kostnader att byta utförare. Brukarval är inte till fördel för den sjuke utan kan leda till sämre omsorgskvalitet.^[80] Om kvalitet ska beskrivas med ett enda ord är det kontinuitet. Brukarna har intresse av begränsat antal personal i omsorgen för att få kontinuitet.

För att marknader ska vara effektiva måste köparen kunna verifiera köpet, i detta fall hur omsorgen utförs. De flesta tjänster vi köper kräver tunna kontrakt men komplexa tjänster fodrar tjocka kontrakt och särskilt om kostnaden för byten är hög. Varje dag verifierar vi utbyten med andra; med kort, telefonen, med ett ok på mejlen eller med ett sms eller med en nick. I delar av omsorgen är hur helt avgörande och verifieringen svår att genomföra. När det gäller omsorg är det metoder eller behandlingar, som till exempel specialiteten demensvård eller omsorg på hemspråket, som är det centrala inte vem som utför. En stark valfrihet är just att kunna välja mellan olika kvaliteter till exempel kvaliteten att själv vara medagerande. Äldre är när det gäller hemtjänsten mindre intresserade av att välja mellan leverantörer än att välja mellan kvaliteter enligt en forskningsöversikt.^[81]

77 Meinow, B, Parker, M & Thorslund, M. Dagens Nyheter Debatt. 2011.09. 27.

78 Kundval i äldreomsorgen. Stärks brukaren ställning. Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.

79 Lagen om valfrihetssystem. Hur påverkar den kostnaderna och effektiviteten i kommunerna? 2012:14 Statskontoret 2012.

80 Szebehely, M. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? SNS 2011.

81 Kastberg, G. Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.

En översikt av 45 studier inom hälso- och sjukvårdssektorn visar att stödet för att mer information ”om producenternas resultat leder till förbättringar inom verksamheten inte är särskilt starkt.” Information kan påverka kvaliteten i den utförda tjänsten men det finns ”inget stöd för att effektivitet, säkerhet och patientfokusering skulle förbättras med information”.^[82]

När patienter frågas om hur mycket deras val styrs av tillgänglighet, kompetens eller medicinsk kvalitet är svaret att tillgänglighet, kontinuitet och bemötande samt avstånd är nyckelfaktorer. De uppfattar primärvård som en erfarenhetsvara och det är erfarenheten av kontinuitet i kontakt med läkare och erfarenheten av tillgänglighet som styr. Men hur värderar patienter valfrihet i relation till andra värden, dvs. hur de rangordnar sina preferenser; medicinsk tillgänglighet mot kontinuitet och mot kvalitet. Svenska studier som undersöker detta kommer fram till att patienter värderar möjligheten att påverka innehållet i vården högre än möjligheten att välja vårdgivare.^[83]

En ytterligare svensk rapport om vårdval visar att rykte eller rekommendationer vägledde valet av vårdgivare snarare än kvalitetsdata. Samtidigt svarade 70 procent att de egna vårdupplevelserna väger tungt i valet av vårdcentral. Detta är oberoende av ålder och bostadsort. Rapporten sammanfattar internationell forskning om val av vårdgivare med att patienter i liten utsträckning använder kvalitetsinformation.^[84] Valen ökar alltså inte kvaliteten i vården och omsorgen.

Slutsatsen är att valfrihet har ett stort värde för individen. Det bör vara frihet att kunna välja kvalitet och specialisering mer än att välja utförare. För patienterna är medverkan och delaktighet i vården viktigt. Men på en marknad utan priser och där det sker få byten räcker inte information för att skapa en effektiv marknad. Orsaken till att marknader inte kan bli effektiva är inte bara att de äldre är sämre som konsumenter utan på att vård och omsorg inte är vanliga varor. Det centrala elementet är kostnaden för att informera sig om produkten:

Vanliga konsumentvaror som vi köper i butiker benämns *sökvaror*. Det går att finna information om produkten och kunden har bytesrätt. Inte sällan kan dessa varor handlas över nätet eller på bytessajter. Det är inte stor skillnad i information om produkten mellan köpare och säljare.

Erfarenhetsvaror, till exempel val av lunchrestaurang, styrs av upplevelser av tidigare konsumtion. Varan måste konsumeras för att få erfarenhet av kvaliteten. Det gäller också val av hemtjänstföretag eller äldreboende. Det är genom att pröva sig fram som konsumenten får erfarenhet och man kan inte prova allt, det är en begränsning.

Ryktesvaror innebär att vi informerar oss via våra bekanta, grannar och arbetskamrater. Rykten används för att kompensera underläget i information. Men på en stor marknad med många producenter, vilket är fallet med äldreomsorg i större städer, är det svårare att använda sig av ryktesinformation. Prisbildningen på ryktesmarknaden med många produ-

82 Kastberg. G. Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.

83 Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.

84 Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård. En kartläggning av kunskapsläget. Rapport 2012:2. Vårdanalys. 2012.

center ger en bristfällig information så priset behöver inte alls återspegla kvaliteten. Tvärt emot vad som borde bli utfallet av fri konkurrens med många aktörer kan det bli så här: Priserna på tandvård på den avreglerade tandvårdsmarknaden (2004-2005) var högre på marknader med stor befolkning och med många tandläkare. Av samma skäl gäller att ”bilägare i genomsnitt är mer missnöjda med bilverkstäderna i storstadsregionerna än de är med verkstäder på större respektive mindre orter utanför storstadsregionerna.”^[85] Det förklarar varför marknaden för äldreomsorg aldrig blir effektiv i storstäder trots att det är där efterfrågan främst finns. I en storstadsregion duger inte rykten som information om kvaliteten i en tjänst.

Äldreomsorg och sjukvård är snarare *trovärdighetsvaror*. Här kan konsumenten/brukaren inte enkelt genom att söka kunskap, pröva sig fram eller genom egen erfarenhet sluta sig till vilken kvalitet en tjänst innehåller. Producenten vet så mycket mer än konsumenterna och därför är konsumenterna i underläge och måste lita på den bedömning/diagnos eller medicinska ingrepp som producenten föreslår. Även om det skulle vara möjligt är kostnaden hög. För trovärdighetsvaror som äldreomsorg, vård eller läkemedel fodras att en myndighet, som inte har eget intresse av att varan konsumeras, informerar om varans egenskaper. Det är i praktiken en myndighet som godkänner att varan får säljas. Ofta får bara legitimerad personal utföra arbetet och vårdpersonal och farmaceuter är exempel på detta.

Äldreomsorg är nu inte en homogen tjänst. Den består av service som städning och matlagning, personnära tjänster som ledsagarservice och påklädning, hygien och enklare vård med medicinering, samt tung omsorg och vidare vård- och omsorg i livet slutskede. De första delarna kan vara något så när effektiva marknader. Ingen ifrågasätter äldres rätt att fritt köpa städning, men för de senare delarna av omsorgen finns inga effektiva marknader. I Sverige görs nu alla delar av tjänsten omsorg till en ryktes- eller erfarenhetsvara.

Det första motivet för denna kritiska analys är att visa att marknader för äldreomsorgen inte är så effektiv att man kan förvänta sig påtagligt lägre kostnader. Att omsorg görs till en marknad tar inte bort behovet av mer resurser. Äldre vill ofta ha frihet att välja, men det blir inte billigare. Det kan inte bli en effektiv marknad därför att när de äldre verkligen behöver tung omsorg eller vård är de inte alltid kapabla konsumenter.

Det andra motivet för en kritisk analys är att äldre ibland lämnas utan rimligt skydd samt att det som kallas valfrihet är en överföring av ansvar till anhöriga. Anhöriga ansvariggörs.

Bestämna allt själv i förhållande till ställföreträdare

Skälet till att kommuner har ett ansvar för äldre är just att det inte finns egen förmåga fullt ut hos de äldre. Alla äldre har inte väl fungerande resursstarka anhöriga som bor i närheten. Har en äldre full förmåga är denne inte ett ansvar för det allmänna. Verkligheten är att: ”Den typiske

85 Grönqvist.E Tjänstemarknader där konsumenten har ett informationsunderläge. – empiriska exempel från tandvård och bilreparationer. Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:2

boende på ett äldreboende är en kvinna mellan 85-90 år som är änka. En majoritet av de boende har en svår demenssjukdom. Andra har en omfattande kroppslig funktionsnedsättning, med behov av tillsyn dygnet runt. En tredje grupp är personer med allvarliga sjukdomar som behöver heldygnsvård.^[86] Nära 40 procent av dem som flyttar in ett äldreboende dör inom en tidsperiod av nio månader.

Många äldre kan inte fatta välinformerade beslut och de flesta hamnar i ett skede i livet där de har nedsatt förmåga att göra det. Det reser svåra frågor som om en ställföreträdare i stället ska fatta beslutet och hur denne då ska göra. Ska denne agera enligt principen om personens bästa eller ska ställföreträdaren agera utifrån en hypotetisk vilja: Hur en person i sina bästa stunder skulle tänka?^[87]

Det företräderskapet som kommunen ska utöva är inte förenligt med marknadens logik som innebär att företagen ska behandlas lika. Men en del äldre kan inte eller vill inte välja. Forskare vid äldrecentrum menar att de äldres kognitiva förmåga är så begränsad att: ”Dessa äldre skulle sannolikt behöva hjälp med valet av utförare, även om en del skulle kunna tala om vilka egenskaper de tycker är viktiga hos en vårdgivare.”^[88] Men i Stockholm stad kräver intresset för att skapa marknader att kommunen inte bistår den äldre med råd om utförare. Den professionelle handläggaren får inte rangordna företagen: ”Genom ambitionen att undvika att biståndshandläggaren bestämmer över den äldre skapas en risk att biståndshandläggaren inte ges mandat att utföra sitt uppdrag att informera och hjälpa i valsituationen.”

De som inte vill eller kan välja hamnar inte, som vid valet av PPM-fonder inom pensionssystemet, i ett stabilt offentligt alternativ. Stadens lösning är att slumpvis lotta ut de äldre på de företag som anmält sig som intresserade. Ett antal av lottföretagen visade sig efter kort tid inte alls vara lämpliga.^[89] Och tvånget till valfrihet innebär att biståndshandläggaren inte kan följa den etiska regeln och agera som ställföreträdare för den äldre i dennes intresse.

Stockholms kommun har släppt på ansvaret för den äldre och biståndshandläggaren får inte ge sitt professionella omdöme. Kommunen ser inte hemtjänst för en person som inte kan välja som en tydlig trovärdighetsvara utan lottar ut den äldre på små företag utan historia, visad förtrogenhet och stabilitet. Här är inte företagen till för äldreomsorgen utan äldreomsorgen är till för företagen.

Om den äldre inte kan välja och biståndshandläggaren inte får bistå bör ickevals- alternativet vara en kvalitetsinstitution som inte är vinstdrivande, vilket Röda Korset är exempel på.



Dessa äldre skulle sannolikt behöva hjälp med valet av utförare, även om en del skulle kunna tala om vilka egenskaper de tycker är viktiga hos en vårdgivare.



Genom ambitionen att undvika att biståndshandläggaren bestämmer över den äldre skapas en risk att biståndshandläggaren inte ges mandat att utföra sitt uppdrag att informera och hjälpa i valsituationen.

86 Broström, L & Johansson, M Ställföreträderskap i vård och omsorg. Gleruups. 2012.

87 Broström, L & Johansson, M Ställföreträderskap i vård och omsorg. Gleruups. 2012.

88 Meinow, B, Parker, M & Thorslund, M. Dagens Nyheter Debatt 2011.09. 27.

89 Hjalmarsson, I & Wånell, S.E. En studie om vad Lagen om valfrihet betyder för den som har hemtjänst, för kommunen och utförarna. Rapporten Stiftelsen. Stockholms läns Äldrecentrum. 2013:01.

Men Röda Korset beslutade år 2012 att dra sig ur marknaden därför att ersättningen från Stockholms kommun är så låg att det inte är möjligt att driva verksamheten. För att få vården att gå runt måste man, enligt ansvarig på Röda Korset ”spara på personalen, ha många timanställda och många som arbetar deltid.” ”Vi vill att de av vår personal som önskar ska kunna arbeta heltid.” säger Eva von Strauss.” Röda Korsets ambitioner med få deltider visar att det är en kvalitetsinstitution som inte längre kan vara ett alternativ för dem som inte har kapacitet att välja. ●

KAN FRÅGAN ”HUR MÅR DU” VARA POLITIK?

För att ta reda på om äldreomsorgen når sina mål organiserar staten enkäter till de äldre i omsorgen. Staten ställer frågan ”hur mår du”, eller ”hur har du det”? Det kan verka enkelt men om det inte finns priser, byten eller säker information om kvalitet, vad har det för betydelse att staten frågar hur de gamla har det?

Först finns det ett problem med validitet, det vill säga, mäter undersökarna det som ska mätas. Hur mycket är subjektiv nöjdhet mätt genom enkäter ett mått på individens livskvalitet? Om de äldre säger att de är mer nöjda men samtidigt råkar ut för mer fallskador har man då mätt rätt saker?

Socialstyrelsens roll att förvalta ändamålsparagrafer, kunskap, professionalism är numera avlövad och ersätts av myndigheter som organiserar marknader. De som är mycket för marknader vill mäta processaspekter på omsorgen, som dokumentationen, snarare än aspekter på kvaliteten som bemanning och utbildning till exempel.^[90] Det är helt enkelt en ideologisk konflikt kring hur man mäter och utvärderar verksamheten.

Myndigheten för Vårdanalys och statliga utredningar utvärderar kvaliteten i äldreomsorgen.^{[91][92]} Men de gör avancerade beräkningar av kvaliteten baserad på enkäter till de äldre om hur de mår och om de är nöjda. Inte sällan är det vårdpersonalen eller anhöriga som fyller i enkäten, så är mätmetoden pålitlig? Det är vad akademiker kallar problemet med reliabilitet.

Det alternativa synsättet är ett objektiva utfall, med andra ord medicinska mått. Om staten varje år frågar 95-åringar i omsorgen om deras nöjdhet eller lycka är det svårt att mäta om det blivit bättre över tiden. Mäter man de äldres blodtryck, vikt, liggsår, rörlighet, eller fallskador kan dessa medicinska objektiva mått trovärdigt visa förändring över tiden.

Sten Johansson, sociolog, skrev 1979: ”Ett välfärdsbegrepp baserat på individens tillfredsställelse med sin situation registrerar således den fattiges förnöjsamhet liksom den rikes missnöje i en både praktisk och teoretisk ofruktbar jämförelse av välfärd.” Svaret på hur du mår kan alltså visa den äldres förnöjsamhet. Men driver svaret på frågan ”hur mår du?”, fram förändringar och förbättringar? Robert Erikson, sociolog, och expert på mätningar av levnadsnivåer svarar: ”Det enkla svaret, som jag ser det, till varför man inte kan mäta förändring med hjälp av subjektiva frågor på en kanske tiogradig skala är att de som tillfrågas, antingen de faktiskt fått det bättre eller sämre, kommer att anpassa sina svar till den faktiska situationen. På kort tid kan till exempel en försämring av de faktiska förhållandena



Ett välfärdsbegrepp baserat på individens tillfredsställelse med sin situation registrerar således den fattiges förnöjsamhet liksom den rikes missnöje i en både praktisk och teoretisk ofruktbar jämförelse av välfärd.

90 Erlandsson, S, Storm, P, Stranz, A, Szebehely, M & Trydegård, G-B. Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation Ur Marketising trends in Nordic eldercare. A research report on legislation, oversight, extent and consequences. red Meagher, G & Szebehely. M Stockholm Studies in Social Work. 2013.

91 Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen. Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov. Vårdanalys. 2013.

92 Lindgren, L, Salas, O & Ottosson, M. Öppna jämförelser. Ett styrmedel i tiden eller ”Hur kunde det bli så här”? FoU i Väst 2012.



Det enkla svaret, som jag ser det, till varför man inte kan mäta förändring med hjälp av subjektiva frågor på en kanske tiogradig skala är att de som tillfrågas, antingen de faktiskt fått det bättre eller sämre, kommer att anpassa sina svar till den faktiska situationen. På kort tid kan till exempel en försämring av de faktiska förhållandena leda till att referensramen först inte förändras, men efter ett tag kommer den att anpassas till den nya situationen.

leda till att referensramen först inte förändras, men efter ett tag kommer den att anpassas till den nya situationen.”

Dessutom, de olika komponenterna som avgör livskvalitet är inte jämförbara: ”Det finns till exempel, inte någon möjlighet att avgöra vilken av två personer som har den högre levnadsnivån om den ene har bättre hälsa men sämre ekonomi än den andra.”^[93]

Mätningar av välfärd bör baseras på objektiva förutsättningar för äldres självständighet; som blodtryck, vikt, fallskador och som gör att det allmänna kan driva fram förbättringar som lägre blocktryck, rörelseförmåga och färre som skadar sig.

Utvärderingsforskaren Lena Lindgren skriver om jämförelser mellan kommunerna: om öppna jämförelser och nöjdhet att ”Aktörernas varierande uppfattningar speglar olika demokratiideal som kan härledas till en individualistisk respektive kollektivistisk demokratisyn.”^[94] Svaret på frågan hur du mår är alltså en fråga om politik!

Min slutsats är att den mer kvalificerade omsorgen som gäller personens kropp, och inte bostaden, förutsätter medicinska data, professionalisering samt att äldreomsorgen behöver en ny legal ram. Äldreomsorgen bör i framtiden sortera under Hälso- och sjukvårdslagen eller under lagen som reglerar stödet för funktionsnedsatta, LSS. Men mer om det senare.

Äldrekonton och RUT-avdrag

Många kommuner har minskat ansvaret för de äldre genom så kallad förenklad biståndshandläggning. 110 kommuner erbjuder brukaren möjligheten att ansöka om vissa tjänster genom förenklad hantering. Det är en ökning med 50 kommuner mellan 2009 och 2012. Om det innebär att kommunens utredningsarbete flyttas till utförarna är det ett åtsidosättande av den individuella

behovsprövning som krävs för biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. Förenklad hantering innebär en begränsad ekonomisk budget som brukaren förfogar över tillsammans med ett hemtjänstföretag. Hemtjänstföretaget gör ”tillsammans med den enskilde en genomförandeplan utifrån biståndsbeslutet och dess mål.”^[95] En betydande överföring av ansvar har skett, men är det privatisering av myndighetens arbete eller är det ökad egenmakt för individen? Ett svar är att om den äldres kapacitet att fatta beslut inte är stabil är överföringen mycket tveksam. Men den uppenbara fördelen är att det minskar godtycket i granskningen från kommunens biståndshandläggare. Det minskar kostnaden för biståndshandläggning men

93 Erikson, R. LNU från utredning till forskning. Ett historiskt perspektiv. Ur red: Everton. M & Magnusson. C. Ojämlighetens dimensioner. Uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige. Liber 2014.

94 Lindgren, L, Salas, O & Ottosson, M. Öppna jämförelser. Ett styrmedel i tiden eller ”Hur kunde det bli så här”? FoU i Väst 2012.

95 Kartläggning av kommunernas arbetsätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten. Vårdanalys. 2013.

forskning om trepartsrelationer säger att företagen vill sälja mer än vad som behövs till brukaren och att det driver de kostnader som kommunerna står för.

Förenklad biståndshandläggning är i praktiken ett äldrekonto. Min tolkning är att äldrekonton syftar till att minska kommunens ansvar. Graden av godtycke och möjlighet till egenmakt beror hur väl tilltagna kommunens resurser är för den budget den äldre ska förfoga över. Dessutom, om den egna budgeten räcker för att också få tillgång till extra timmar genom RUT-avdraget. Införandet av avdraget innebär att det finns två kanaler till de offentliga kassorna, varav bara en har en grindvakt genom biståndsbedömarens.

Mellan åren 2008 och 2012 mångdubblades antalet äldre som använder RUT-avdrag, från 30 000 till 180 000 personer. Det är äldre med måttliga inkomster, under 200 000 kronor i årsinkomst, ofta bara 150 000 kronor som dominerar gruppen. Avdragen är bara ca 3 000 kronor per år och det är således inte många timmar per år för genomsnittet. Men för höginkomsttagarna är beloppet 3 gånger så stort.^[96] Andelen som utnyttjar RUT-avdrag är mellan 15-23 procent i kommuner med höga inkomster och i inlandskommuner i Svealand och Norrland 1-2 procent.^[97] RUT är ett storstadsavdrag. RUT-avdraget är ett exempel på att välfärden rör sig från omfördelning över livet till att individen själv köper sina tjänster efter egen förmåga att betala och med statlig subvention. RUT-avdraget är inte försumbart utan motsvarar 7 procent av kommunernas kostnad för hemtjänst. Kostnaden har ökat från 120 miljoner kronor år 2007 till 2,2 miljarder kronor år 2012.^[98]

Konton är en väg att öka timmar med omsorg, en annan väg är insats i timmar från anhöriga. Marta Szebehely visar att numera har arbetarklassen börjat ta hand om sina äldre anhöriga men högre tjänstemän använder marknaden. Det är för äldre, med större behov av hjälp, 2,5 gånger högre odds att en arbetarfamilj hjälper sina anhöriga än att högre tjänstemän får anhörighjälp. Det är samtidigt 3,7 gånger högre odds att högre tjänstemän köper privat hjälp.^{[99][100]}

”Konsekvenserna av åtstramningen av den offentliga äldreomsorgen är tydligt klassrelaterade: medan hemtjänsten har minskat på ungefär samma sätt bland både hög- och lågutbildade äldre är det i stort sett bara bland lågutbildade äldre som anhörigas hjälpinsatser har ökat.”^[101] Skillnaderna mellan klasserna är stora och växande när det gäller tilliten till välfärdstaten, skriver sociologen Stefan Svallfors.^[102]

Idén med generell välfärd är att äldre så långt möjligt ska kunna leva självständiga liv och inte utsättas för andras godtycke. Slutsatsen är att RUT-avdraget minskar det godtycke som individer möter genom kom-

96 HEK SCB. 2013.

97 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2014.

98 HEK SCB. 2013.

99 LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. SOU 2008:15.

100 Szebehely. M Universell eller skiktad äldreomsorg – vem vinner och vem förlorar? ur : Andersson L & Öberg P, red. Jämlig ålderdom? I samtiden och framtiden. 2012.

101 Szebehely. M Universell eller skiktad äldreomsorg – vem vinner och vem förlorar? ur : Andersson L & Öberg P, red. Jämlig ålderdom? I samtiden och framtiden. 2012.

102 Svallfors. Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. (S 2010:04)

munens biståndsbedömning. Men individens självständighet är helt styrd av hur mycket pengar de har för att betala hemtjänstföretaget för de nödvändiga extratimmarna. Mellan äldre uppstår ett ”ekonomiskt godtycke”. Dessutom, en trepartsrelation (finansiär, utförare och brukare) utan grindvakt och som ger tillgång till RUT-avdrag driver upp de offentliga kostnaderna. RUT-avdraget är således inte en del av en generell välfärd.

Fragmentisering och minskad effektivitet

Den häftiga strukturomvandlingen – fragmentiseringen – som sker av äldreomsorgen med färre som bor i särskilt boende, fler med hemtjänst och flytt av ansvaret för kvaliteten till brukaren, övertygar inte.

Hemtjänst och särskilt boende är två olika produktionstekniker. Särskilt boende innebär en personlig service i en fastighet där personalen och de äldre är nära varandra. Av personalens tid år 2005 var 80 procent av tiden brukartid (medianen) och inom hemtjänst låg medianen på 55 procent. Skillnaderna förklaras till stor del av gång- och restid inom hemtjänsten.^[103] När personalen är i samma byggnad som de äldre blir det mindre indirekt tid. Den direkta produktiviteten är alltså nästan en tredjedel lägre i hemtjänsten. Så även om det är lika många personaltimmar blir det nära en tredjedel färre brukartimmar. Politiken är inriktad på marknad, inte på så effektiv produktion som möjlig. Succéerna i svensk tjänstproduktion som IKEA och H & M och i nutid svensk musik- och spelindustri, bygger på stora serier, inte småskalighet som i hemtjänsten. Hemtjänst utmärks idag av många, ofta små, företag som verkar i samma geografiska område.

Det är 36 procent billigare att åka med samma flygbolag i USA, om det är olika delsträckor, jämfört med att köpa biljetter av olika bolag för respektive sträcka. Det är ett mått på samordningsvinster. Tanken med konkurrens är horisontell separation av företag som producerar tjänster som inte är beroende av varandra. Konkurrens kan då leda till sänkta kostnader genom att öka produktiviten utan att kvaliteten försämras. Men om det finns en vertikal integration, som mellan olika flyglinjer eller järnvägssträckor, uppstår samordningsförluster för någon part.^[104]

För att det ska uppstå vinster vid konkurrens krävs således långtgående horisontell separation mellan företagen. Men om den äldre behöver olika tjänster; vård, omsorg, transporter, besök på dagcenter med mera, uppstår samordningsproblem med kostnader som får tas av någon inblandad part, antingen den äldre, företagen, kommunen och landstinget, eller av de anhöriga. Dessutom ska brukaren och utföraren samordna sig med beståndsbedömarens krav.

Fragmentisering innebär också många anställda på timmar och med kort utbildning. När 224 400 anställda inom omsorgen år 2012 räknas om till heltider är de bara 71,8 procent av det totala antalet anställda.^[105] I kommunerna minskar antalet heltidsanställda relativt antalet timställda

103 Tid för vård och omsorg – Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid? Socialstyrelsen 2005.

104 SOU 2005:4. Liberalisering, Regler och Marknader. Wiweg.L Bilaga 1

105 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2014.

med argumentet att det är billigare. Kommuner och enskilda entreprenörer har lika stor andel timanställda cirka en fjärdedel. Det innebär mycket ledning och inskolning och planeringstid. En stor del av vinsten i omvandlingen mot mer hemtjänst går förlorad genom mer indirekt tid i fler led. Det som gör utvecklingen möjlig är att brukarna inte fullt ut kan mäta och jämföra kvaliteten och att de inte har kapacitet att verifiera den faktiskt utförda tiden, i förhållande till biståndsbesluten. Det återspeglar maktförhållanden i omsorgen och att de äldre har en svag ställning.

Övergången från särskilt boende till hemtjänsten och till marknader leder till fragmentisering med många fler aktörer som utför tjänsterna och med behov av kontroll av utförarna så att de inte överdebiterar, eller bildar allians med brukaren mot beställaren eller utför mindre än avtalat. Det betyder också flera hemtjänstföretag inom samma geografiska område med korskörande personal som resultat. Ett positivt exempel: Karlshamn kommun provade att planera hemtjänstens logistik för att minska ”korskörandet”. Med en optimerad körplan blev körsträckan 20–30 procent kortare och körtiden minskade med 30–50 procent. Dessutom minskade stressen hos personalen. Här var det en förvaltning som gjorde samordningen möjlig.^[106] Många utförare ökar korskörandet och tar bort möjligheten till samordningsvinster.

Omsorgspersonalen i särskilt i boende är nära brukarna: ”Andelen icke brukartid låg för medianpersonalen något under 20 procent. Ett undantag var dock hemtjänsten, där medianen för icke brukartid var 45 procent. Om man exkluderar gång- och restid sänks denna andel betydligt, men kvar står att den andel av hemtjänstpersonalens tid som gick till brukartid är lägre än i särskilt boende och i dagverksamheter.”^[107]

Undersköterskan Christina Sundberg i Umeå: ”Den dagliga planeringen stressar mest av allt. Enligt den ska man vara hos en annan brukare innan man är klar hos den förra. Restiden är inte planerad. Nycklarna ska hämtas på två ställen. Cyklarna är ofta nedisade.”^[108]

Denna undersökning är genomförd kring år 2004 och alltså före den omfattande fragmentiseringen av omsorgen. Informationen tyder på att valfrihet och många utförare i hemtjänsten leder till förlorade skalfördelar. Uppdelningen beställare och utförare leder samtidigt, enligt både omsorgspersonal och biståndshandläggare, till misstro mellan inblandade och många extramöten för att reda ut motsättningar.^[109] Pappersarbete helt enkelt, inte omsorg.

Min tolkning är att fragmentiseringen är möjlig av två skäl. För det första därför att de äldre inte verifierar de utförda tjänsterna. För det andra därför att insatsen i produktionen minskar genom att de anställas villkor försämrats. Om de anställda tidigare hade extra bra löner och villkor så leder marknadisering till löner som är i jämvikt. Det är inte fallet visar studier av Kajsa Hanspers och Lena Hensvik.^[110] Fragmentiseringen

106 Logistik i kommunal verksamhet. 2011.095 Trafikverket. 2011.

107 Tid för vård och omsorg – Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid? Socialstyrelsen 2005.

108 Kommunalarbetaren. Nr 4 2014.

109 Matlåda med eller utan samtal. Om hur villkoren för biståndshandläggare och omsorgspersonalen påverkar kvaliteten i äldreomsorgen. Akademikerförbundet SSR & Kommunal. 2013.

110 Hanspers. K & Hensvik. L Konkurrens och sysselsättning – en empirisk studie av fem marknader. Bilaga 7 till LU 2011.

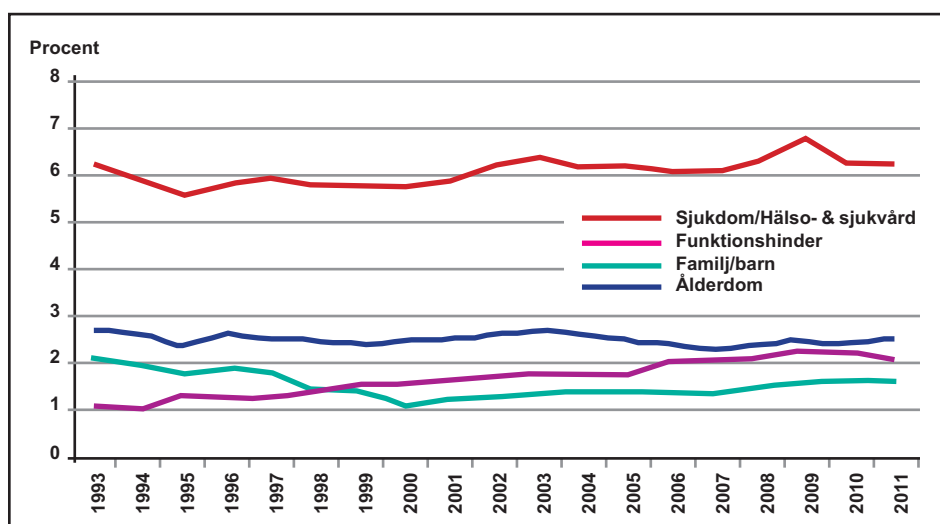
innebär mer indirekt tid, finansieras således av att de anställda får allt sämre arbetstider med deltid och visstider. Det undersköterskan Christina Sundberg beskriver är att hennes nödvändiga indirekta tid tas bort. ●

STARKT RÄTTSLIGT STÖD FÖR ÄLDREOMSORGEN

Äldreomsorgen bygger på Socialtjänstlagen som anger att det ska vara en skälig levnadsnivå, vilket är ett tak för insatser snarare än ett golv. Syftet är att insatserna i omsorgen inte ska ge för god kvalitet.

Äldreomsorgen utvecklas i praktiken mot att individer allt mer ska vara aktiva konsumenter inte mot att de ska ha goda levnadsvillkor. Men varför ska målen för de äldres villkor vara mindre ambitiösa än för de som har funktionsnedsättningar och fått stöd enligt en annan lag, LSS? Diagrammet nedan visar fyra olika kommunala tjänster och att de utvecklas olika som andel av BNP efter år 1993. En möjlig förklaring till den skilda utvecklingen för funktionshinder och äldreomsorgen, eller för den delen familjepolitiken, är att de bygger på olika lagar.

DIAGRAM 12.
KOMMUNALA TJÄNSTER SOM ANDEL AV BNP 1993-2011



Källa: ESSPROS. SCB. 2014.

När det gäller funktionshinder illustreras insatser för dem, så som de visas på bilder från utförarens hemsidor, av två aktiva personer och ett handslag vilket mer återspeglar jämbördiga parter. Äldreomsorg däremot handlar om hierarki mellan den som ger och den som får. Enligt Sara Erlandsson, doktorand vid Socialhögskolan i Stockholm, illustreras äldreomsorg av bilder som visar kramar från omsorgspersonalen, där personalen är aktiv och de äldre är passiva.^[111]

Gun-Britt Trydegård, forskaren och utredare, frågar om äldreomsorgen borde lyftas ur Socialtjänstlagen och regleras i en lag som omfattar både sjukvårds- och omsorgsinsatser, alternativt regleras enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).^[112] Min slutsats är att äldreomsorgen behöver en ny rättslig grund. Motiven för detta är följande:

111 Forskardag Socialhögsskolan Stockholm. 2014 03 19.

112 http://www.socarb.su.se/polopoly_fs/1.171490.13952403731/menu/standard/file/Trydeg%C3%A5rd%20_Sk%C3%A4lig%20levnadsniv%C3%A5%20vs%20sj%C3%A4lvbest%C3%A4mmande.pdf

1. Omsorgen om äldre har rötter i fattigvårdslagstiftningen. Äldreomsorgen ska sikta på goda levnadsvillkor för de äldre. Dagens regelverk begränsar betalningsviljan hos medborgarna därför att standardnivån eller kvaliteten i hemtjänsten inte är tillräckligt hög. Men också därför att det är så osäkert om individen får hjälp. Den rättsliga miljön under Socialtjänstlagen är för svag.
2. De äldre tar en mycket stor del av den dyra sjukvårdens resurser och vården och omsorgen måste optimeras så resurserna används effektivt. Förebyggande hälsovård kan begränsa behovet av både dyr omsorg och kostsam vård.
3. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller en rationell ekonomisk allokerings- men också jämlik fördelningsprincip, som innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Här förenas den medicinska etiken, den som har mest behov av vård och omsorg ska ges företräde, med en ekonomisk rationell allokeringsprincip; på marginalen gör insatser störst nytta om de fördelas dit behovet är som störst.
4. Äldreomsorgen behöver professionaliseras och sjukvården är ett föredöme genom strikta legitimationskrav samt inte minst professionens relativa självständighet mot marknaden och politiken. Marknadiseringen av äldreomsorgen innebär motiv för en ny rättslig bas. Etiken för omsorg kan inte som nu förhandlas mellan parter utan finns redan i befintlig lagstiftning för hälso- och sjukvård. Krav på att all personal som arbetar med äldres nära omvårdnad ska ha utbildning för uppgiften motverkar dumping av kvaliteten, vilket är risken om företagen försöker sänka timkostnaden genom import av arbetskraft. Det innebär att omsorgsycket i framtiden förutsätter att personalen har legitimation.

Den svaga kvaliteten särskilt i hemtjänsten, beror på att brukarna har svårt att hävda sitt intresse av kvalitet och kontinuitet. De anställda har samtidigt svårt att hävda sitt intresse av fast anställning på heltid. Det beror i sin tur på att brukarna har låg betalningsförmåga och möjlighet att hävda sina intressen. Det ger ett för snålt löneutrymme.

Det finns gott om vetenskapligt stöd för att en trepartsrelation, där finansieringen är skild från utföraren och brukare leder till högre total-kostnader. Producenten vill skapa sin egen efterfrågan genom att erbjuda fler tjänster än vad som är helt nödvändigt. Brukaren efterfrågar det producenten säger att konsumenten behöver och denne konsumerar mer än vad som är nödvändigt.^{[113][114]}

I äldreomsorgen är det tre parter, kommunen med biståndsbedömarna som ”grindvakt” med uppgift att förhindra att kostnaderna ökar samt de äldre som efterfrågar omsorgen och sedan är det utförarna. Om denna konstellation leder till kontinuerligt ökade kostnader är ”grindvaktsfunktionen” för svag. Men om det motsatta gäller, att kostnaderna sjunker och antalet timmar minskar och personalen får sämre arbetsvillkor, då

113 Österling, R Beteendekonomi och konsumentpolitik. Integrations och jämställdhetsdepartementet. 2009-03-11

114 Lindqvist, E. Privatisering av trovärdighetsvaror. Nr 3 Institutet för näringslivsforskning. 2008.

är brukarna och de anställda för svaga i förhållande till kommunen och ”grindvaktsfunktionen” är för stark.

Både brukarna och de anställda är alltså fångade i en fälla som orsakas av båda parter underordnade position. Också därför behövs en ny legal ram. ●

KOMMUNER I KRIS

Äldreomsorgens kris är en själva verket en kommunkris. Kommunalskatterna har varit oförändrade sedan 1980-talet samtidigt som kraven från medborgarna ökar med stigande inkomster. Dessutom har andelen äldre ökat. Den kommunala verksamheten motsvarar inte medborgarnas krav. Staten har inte höjt statsbidragen i takt med att det blivit fler äldre. Men problemet är vidare än så, det finns också en misstro mot kommunerna.

Medborgarna i de större kommunerna är väsentligt mer nöjda med kommunernas tekniska tjänster än med välfärdstjänsterna. Mycket bra motsvarar 100, nöjdhetsindex är kring 80 för tekniska tjänster, för grundskolan strax under 60, indextalet för äldreomsorgen ligger kring 50.^[115] Omsorgen om de äldre är en av kommunens huvuduppgifter och fungerar inte den väl fungerar inte kommunen väl.

Kritiken mot kommunerna hänger samman med den omvandling som började i slutet av 1980-talet. Den idé för styrning av offentlig sektor som nu dominerar, New Public Management, växte fram som en ”reaktion mot resultatet av den tidigare strävan att skapa en oväldig förvaltning” skriver forskaren Gustav Kastberg. En sådan förvaltning har rättssäkra och rättvisa procedurer i fokus.^[116] Nu styr misstron mot de offentligt anställda. Statsvetarna Shirin Ahlbäck Öberg och Sten Widemalm visar att misstron mot de offentligt anställda banade väg för att ”utforma en styrmodell baserad på stor tilltro till extern granskning och en misstro mot förvaltningens professionella egenkontroll”. Styrmodellen fick genomslag i kommunerna som okritiskt anammade det nya enligt Ahlbäck Öberg och Widemalm.^[117]

Äldreomsorgen är ett exempel på glidning i ansvar. Politiker och tjänstemän uppfattas inte längre vara direkt ansvariga, bara indirekt, så när brukaren klagar hänvisar äldreomsorgsinspektören till utföraren. Stockholms stads äldreombudsman konstaterar i en årsrapport att de som klagar får uppmaningen att byta utförare vilket uppfattas som att kommunen inte bryr sig om att äldre ska få en trygg och värdig hjälp.^[118] Omkring hälften av medborgarna tror inte att det offentliga kommer att klara en god äldreomsorg. Det är anmärkningsvärt höga nivåer enligt sociologen Stefan Svallfors.^[119]

Politiker och tjänstemän har helt enkelt flyttat ansvaret för kvaliteten från kommunen till brukaren. Men det leder till att det som kallades demokratins svarta hål, svårigheten att nå fram i den kommunala byråkratin, snarare har blivit större och inte mindre. Brukarna har mindre möjlighet än tidigare att påverka sina politiker eller de kommunala tjänstemännen. SCB:s medborgarundersökningar rapporterar också om att tjänstemännen inte heller är lätt tillgängliga.^[120] De privata utförarnas

115 Medborgarundersökningar SCB år 2009-2011. SCB 2012.

116 Kastberg, G. Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.

117 NMP på svenska Ahlbäck Öberg, S & Widemalm, S. Ur Zaremba, M. Patients pris. Weiler. 2013.

118 Szebehely, M. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? SNS 2011.

119 Svallfors. Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. (S 2010:04)

120 Medborgarundersökningar SCB år 2009-2011. SCB 2012.

tjänstemän är än mindre tillgängliga. Ofta finns inte information om hur man får kontakt med dem.

Konsekvensen av den nya styrningen, att inte ha en ”oväldig förvaltning” är ett missnöje med kommunernas tjänster. Svenskar tror i högre utsträckning än andra nordiska medborgare att den offentliga sektorn är korrumpierad. 9 av 10 svenskar tror att offentliga tjänstemäns bemötande beror på personliga kontakter, en anmärkningsvärt hög siffra vid en internationell jämförelse skriver ett antal forskare i en ESO-rapport.^[121] Är svenskar mer misstroga? Nej, men Sverige experimenterar mer med marknader för kommunala resurser än vad som sker i omvärlden. Den granskningskommission som synade förhållanden i Göteborgs kommun visade att den rättsliga ramen kring kommunens affärer var svag. Den föreslog mer professionella roller och en mer opartisk förvaltning. De skriver: ”Värden som professionell självständighet, formalia, insyn och opartiskhet hamnade delvis i skymundan.”^[122]

Det går inte att förstå kvalitetskrisen i äldreomsorgen utan att visa hur kommunerna uppfattar att deras uppdrag och ansvaret har förändrats. Det är en extrem decentralisering inom flera av välfärdens områden; från staten och kommunerna vidare till individers kontrakt med utförande företag. Det förutsätter att brukarna kan verifiera att tjänsten utförs och kan göra entreprenören ansvarig för leveransen. Det är alltså kraven på de 95-åringar som möter hemtjänstpersonal i dörren.

1. Egen regi

Den allra största delen av omsorgen sker fortfarande i egen regi det vill säga kommunen är själv huvudman för verksamheten. Men alltmer av verksamheterna, numera 17 procent av äldreomsorgen, utförs av entreprenörer men i vissa kommuner långt mer. Det finns två modeller för att upphandla vård och omsorg; entreprenadmodellen och valfrihetsmodellen. De har radikalt olika innebörd när det gäller pris, ansvar och kvalitet.

2. Entreprenadmodellen

Under 1990-talet var entreprenadmodellen den vanligaste metoden. Kommunen köper insatser från privata aktörer eller av verksamheter i egen regi, enligt avtalade villkor. Det fördelar ansvaret för en verksamhet på två olika aktörer: en huvudman (beställare) som bedömer behovet och vilka insatser den enskilde personen ska få, och en utförare som har i uppdrag att producera och leverera insatserna. I modellen, gäller att ”Kommunen behåller sitt huvudmannaskap och är ytterst ansvarig gentemot omsorgstagaren.” ”När en verksamhet läggs ut på entreprenad är det avtalet som avgör vilka krav kommunen kan ställa på utföraren.” Poängen här är att kommunen tar ansvar för den kvalitet som ska nås, oavsett om det är privat eller egen regi, och inte brukaren.^[123]

121 Bergh, A, Erlingsson G. Ó, Sjölin, M & Öhrvall, R. 2013:2 Allmän nytta eller egen vinning? En ESO-rapport om korruption på svenska. ESO 2013:2

122 <http://goteborg.se/wps/portal/invanare/kommun-o-politik/kommunens-organisation/stadsrevisionen/granskningskommissionens-rapport/>

123 Kommunal eller enskild regi. Spelar det någon roll? En jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen. 2012.

3. Valfrihetsmodellen

I en valfrihetsmodell har ansvarsförhållandet för kvaliteten förändrats. Här är utförarnas ersättning bestämd av kommunen och lika för alla utförare. Utförarna kan inte konkurrera om priset. Eftersom utförarna inte kan påverka priset kallas den situation som uppstår kvalitetskonkurrens. Och det är kunden som ska bedöma kvaliteten, inte kommunen.

En så kallad valfrihetsmodell har flyttat kvalitetsansvaret till de äldre eller deras anhöriga. De gör ofta ett oåterkalleligt val, det är sällan upprepade val där man lär av misstagen. Kommunerna tror att deras ansvar minskar och att brukarnas ökar. Det sker en förskjutning av ansvaret:

- Från att se till att målen i målparagraferna uppnås till att utvärdera hur brukarna upplever kvaliteten.
- Från medicinskt utfall till bemötande, service och tillgänglighet. dvs. från objektiva till subjektiva faktorer.

Kommuner styr inte som i entreprenadmodellen genom specificerade krav. Men kommunen har självfallet grundläggande krav på utförarna och tjänstemän som kan kontrollera rutinerna hos utförarna. Uppräkningen av den fasta ersättningen till brukarna styr verksamheten. Tidigare hade kommunen risken för kostnaden som kunde variera beroende på kvalitetskraven. Nu har kommunen kontroll över kostnaden men inte helt kontroll över kvaliteten, denna har delegerats till brukarna och utförarna. Utvecklingen med privata utförare innebär också att förtroendemännen får mindre direkt insyn i verksamheten och inte kan basera sina beslut på förtrogenhet och erfarenhet utan bara på abstrakt utvärdering av kontrakt.

Stärks brukarens inflytande vid kundval i äldreomsorgen? Det beror på, menar forskarna Per Gunnar Edebalk och Marianne Svensson, som utrett frågan. Kundvalen stärker brukaren om utföraren känner konkurrens från andra utförare.

- Möjligheten att bestämma hur mycket service eller omsorg som ska utföras bestäms inte av brukaren eller utföraren utan av kommunen.
- Inte heller vilka tjänster som ska utföras eller läggas till i omsorgen utan det bestäms också av kommunen. Brukaren kan däremot välja vem som ska vara utförare.
- Byte av utförare stärker påtagligt brukarens ställning. Men bara några procent av brukarna har bytt leverantör. Det finns i snitt sju utförare inklusive kommunens själv att välja mellan.^[124]

Hösten 2012 utbröt en diskussion om kvaliteten i äldreomsorgen vid ett boende i Stockholmsregionen. Oavsett hur mycket saklig grund det fanns för uppståndelsen är det viktiga vem som är ansvarig för vad. För det är kommunen som är ansvarig för hur tjänsten utförs: Här ett exempel: Om Vita huset i Washington ska målas om är det viktiga att det blir vitt inte hur jobbet utförs eller vem som utför jobbet. Det exemplet tar stats-

124 Edebalk, P-G & Svensson, M. Kundval i äldreomsorgen. Stärks brukarens ställning i ett valfrihetsystem? Sverige kommuner och landsting. 2010.

vetaren John Donahue. Han visar att vinster vid konkurrens ofta är ett resultat av att upphandlaren förlorar full kontroll över hur verksamheten utförs. Detta är en inte springande punkt när det gäller enkla tekniska tjänster. Men det är det när det gäller komplexa tjänster.^[125]

Kommunen har ansvaret för kvaliteten även om utförandet kan anförtros till enskilda utförare. Men kommunen har fortfarande det totala ansvaret och kommunen ska också ha beredskap om något inträffar. Men så här svarar ansvarig chef i en kommun, som varit ute i blåsväder, till Dagens Nyheter: ”Vi har inte varit där och tittat i alla sängar men däremot tagit del av rutinen som verksamhetschefen presenterat. Vi kan ha synpunkter på de åtgärder som presenteras och om åtgärden inte är tillräcklig säger vi det.”^[126]

Nyckelformuleringen är att kommunen har kollat rutinerna men inte verkligheten, alltså sängarna. Inger Kjellbergs avhandling visar att missförhållanden i äldreomsorgen sällan bedömdes i relation till de äldres välbefinnande. Istället bedömdes de i relation till om brister uppträdde systematiskt, om uppsåt funnits och om detta kunde bevisas, Jag menar inte att man ska sluta dokumentera, men det viktigaste måste ju vara det personalen gör – inte det de skriver, säger Inger Kjellberg. Dokumentation är viktigt för dem som granskar och blir granskade, men vad det ger omsorgstagarna är osäkert.^[127]

Den ansvarige chefen svarar också att: ”Vi har ingen från kommunen som gör ett dubbelarbete och går bredvid och rapporterar att det sker. Vi har inga resurser i världen för att ha en kommunalperson som kontrollerar att det som det privata företaget säger stämmer.” Vi måste kunna ha tillit och förtroende till aktören, att de rapporterar korrekt.”^[128]

Nyckelorden här är dubbelarbete och person som går jämte och kontrollerar. Den kommunale chefen uttrycker med skolbokens tydlighet problemet. Det uppstår mer pappersarbete när utföraren åtskiljs från kommunen och kommunen fortfarande har det totala ansvaret. Varje ny skandal föder nya regler som ska kontrolleras och myndigheter som ska utvärdera eller ha tillsyn. Statsvetaren John Donahue skriver att ”Endast om resultaten ordentligt kan utvärderas och kontraktens villkor hävdas har anbudskonkurrens mening.”^[129]

Argumentet är inte att kommunens egenregi är bättre än privat utförande, inte alls, utan att det uppstår en kontrollkostnad och den kan vara ganska stor. Företagsekonomer som studerat utläggning av äldreomsorg i Stockholms stad under 1990-talet fann kostnadsbesparingar på 12 procent. Men när hänsyn tagits till transaktionskostnader både av engångskarakter och upprepade kostnader sjönk kostnadsreduktionen till 4 till 5 procent. Detta visar hur viktigt det är att räkna in alla kostnader.^[130]

Den kommunale chefen svarar också helt logiskt: ”Vi måste kunna ha

125 Donahue, J.H. The privatization decision. Public ends, private means. Basic Books.1989.

126 Dagens Nyheter 2012 09 26.

127 Kjellberg, I. Klagomålshantering och lex Sarahrapportering i äldreomsorgen. En institutionell etnografisk studie. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet.2012.

128 Dagens Nyheter 2012 09 26.

129 Donahue, J.H. The privatization decision. Public ends, private means. Basic Books.1989.

130 Mattiessen, O. Erfarenheter av konkurrensutsättning. En forskningsöversikt. Sveriges Kommuner och landsting. 2011.

tillit och förtroende till aktören, att de rapporterar korrekt.”^[131] Men eftersom den tilliten inte finns när en entreprenör har motstridande intresse mot finansären uppstår en kostnad och den är högre för en komplex tjänst som äldreomsorg. Detta är viktigt inte bara för brukaren och personalen utan också skattebetalarna måste veta att deras resurser används rätt för att de ska vara villiga att betala skatt.

Företagsekonomen Karl Lundvall påpekar att så länge fusk lönar sig kommer oseriösa företag att lockas till dessa marknader och ha en konkurrensfördel jämfört med de seriösa. Tillsyn behövs för dessa mjuka tjänster med otydlig redovisning av utförd tid.^[132]

Kommuner ska alltså kontrollera hur omsorgen om de äldre fungerar. Men effektivitetsvinster vid konkurrens är ofta ett resultat av att upphandlaren förlorar full kontroll över medlen, alltså hur verksamheten utförs.^[133]

Marknader för trovärdighetsvaror kännetecknas av det är svårt att verifiera vilken behandling eller insats som har utförts eller att hålla producenten ansvarig för eventuella fel. Det är möjligt att skriva ett kontrakt om entreprenad om ett av dessa två villkor är uppnått; verifieringen samt ansvarsförhållandet för den utförda tjänsten.^[134] Att hålla någon ansvarig för kvaliteten och verifieringen av denna är således den centrala punkten.

Flera kommuner har omsorgsdagböcker där anhörig med e-legitimation kan gå in och följa omsorgen om en anhörig. I Stockholm ska det finnas noteringar om avvikelser av vikt, den senast godkända genomförandeplanen och rapporterade utförartillfällen.

I äldreombudsmannens årsrapport från 2011 visas att genomförandeplanen inte alltid beskriver den äldres individuella önskemål och behov och att kontaktmannaskapet inte fungerar fullt ut. Få av dem som kontaktat ombudsmannen har känt till omsorgsdagboken.^[135] Här visas att verifieringen av tjänsten inte fungerar särskilt väl.

Utöver fem andra kanaler för att ge synpunkter och kritik som direkt till stadsdelsförvaltningen eller till trygghetsjouren, har över 1 500 synpunkter och klagomål år 2011 gått vidare till ombudsmannen.^[136]

Aftonbladet berättar om ett stort företag där riktlinjen var att vid; ”avvikelse skulle den alltid skrivas in” i ett dokumentationsprogram. Men det innebär att kommunen får reda på att det gått snett. En anställd fick, enligt tidningen, order om att inte skriva in avvikelser för ”det är inte rätt forum om vi vill ha en god relation till biståndshandläggarna”.^[137]

Verifikation av hur tjänsten utförs är alltså en kritisk punkt oavsett vem som utför tjänsten. ●

131 Dagens Nyheter 2012 09 26.

132 Lundvall. K. Kvalitetshöjande konkurrens i valfrihetssystem – vad krävs? Uppdragsforskningsrapport 2012:3. Konkurrensverket 2012.

133 Donahue. J.H. The privatization decision. Public ends, private means. Basic Books.1989.

134 Henreksson. M & Jordahl. H. Vinster och privatisering i landet lagom. IFN Policy paper 55. 2012.

135 <http://www.stockholm.se/FamiljOmsorg/Aldreomsorg/Annat-stod-och-hjalp/Omsorgsdagboken/>

136 Äldreombudsmannens årsrapport 2012 för verksamhetsåret 2011. Äldreförvaltningen. Stockholms stad.

137 Aftonbladet 2014 07 04.

OM ARENA IDÉ

Rapporten är utgiven av Arena Idés utredningstjänst, på uppdrag av Vision och Kommunal. Arena Idé är en oberoende tankesmedja med ett medborgar- och löntagarperspektiv. Vi vill vara ett alternativ till de näringslivsfinansierade tankesmedjorna på högerkanten. Vi ger ut rapporter och böcker, ordnar seminarier och debatter.

Vår målsättning är att vrida opinionsbildningen i en annan riktning och lyfta in frågor som i dag saknas i debatten. Vi vill undersöka vår samtid och påverka vår framtid. Vi verkar utifrån värderingar baserade på jämlikhet, jämställdhet, social rättvisa, demokrati och frihet. Arena idé ingår i Arenagruppen.

arenaidé

