

Olav Fumarola Unsgaard

Nationalisera äldreomsorgen?

Rapport inom projektet Välfärdens framtida finansiering



arenaidé

Publicerat i maj 2012

©Författaren och Arena Idé

Bild: Miriam Fumarola

Arena Idé är en del av Arenagruppen

www.arenagruppen.se

Arenagruppen

Drottninggatan 83

111 60 Stockholm.

Tel (vx): 08-789 11 60

Nationalisera äldreomsorgen?

Förord	4
<i>Disposition</i>	6
DEL 1: Äldreomsorgens utmaningar på kort sikt	7
De kommande fem åren – Verksamhetsutveckling	7
<i>Organisation & personal</i>	8
<i>Problem att rekrytera personal</i>	10
<i>Vilken valfrihet – för vem?</i>	11
<i>Vem gör vad? Gränsdragningen mellan kommun och landsting.</i>	12
<i>Reformer inom hemtjänsten</i>	15
Del 2: Äldreomsorgens utmaningar på längre sikt	17
2017 och framåt – Behov av ökad finansiering, förbättrad lagstiftning och ett förtydligande av det offentliga åtagandet	17
<i>Välfärd till alla, oavsett var man bor – Glesbygdsproblematiken och skatteutjämningsystemet</i>	18
<i>Äldreomsorgsförsäkring</i>	21
<i>Sammanfattning</i>	24
DEL 3: Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden	25
<i>Vilka är dagens utmaningar?</i>	25
<i>Att leva upp till historiska mål – och till lagen</i>	25
<i>Morgondagens utmaningar</i>	29
<i>Perioden 2010 – 2020</i>	29
<i>Perioden 2020 – 2040</i>	30
<i>Avslutande kommentar</i>	33
<i>Referenser</i>	34

Förord

Hösten 2011 exploderar debatten om äldreomsorgen. Fakta har länge varit kända bland forskare, omsorgspersonal och fack. Men ingenting har hänt och debatten tigit still. Då kom plötsligt avslöjande efter avslöjande. Det som fick debatten att tippa över var samtidigheten av enskilda vårdföretags avancerade skatteplanering och ett antal uppmärksammade fall av vanvård. Fokus i den debatten har legat på driftsform då de största, hittills upptäckta, skandalerna har skett inom företaget Carema. Frågan om driftsform, övervinster och upphandlingar är stor och komplicerad. Arena idé avser att presentera en rapport som fördjupar sig kring dessa frågor. Därför kommer dessa frågor utelämnas från denna text.

Tack vare allmän välfärd, medicinska framsteg och förbättrad arbetsmiljö lever vi i dag längre och längre. Det är bra, till och med mycket bra. Dock ställer det politiken inför nya utmaningar. Hur dessa utmaningar ser ut samt några förslag hur man ska tackla dessa är bakgrunden till denna rapport. I debatten kring äldres situation finns det också en otydlighet om vilken politik det handlar om. Vi har i denna rapport valt att utgå från tanken om de fyra olika åldrarna. Till den första åldern räknas barn och ungdomar som inte kan försörja sig själva. Till den andra åldern räknar man tiden som yrkesarbetande och självförsörjande. Den tredje åldern handlar om de friska åren efter pension. Men denna rapports fokus är som sagt den fjärde åldern. När det gäller samhällets stöd så blir fokus på perioden när man börjar få hemtjänst samt den perioden man tillbringar på särskilt boende. Det är då man är i såpass dålig hälsa att man inte klarar att ta hand om sig själv. Det är den vården som är dyrast. Vi upplever i dag en utveckling där fler och fler lever allt längre. De har fler goda år med bra hälsa. I forskningsmässiga termer talar man om detta som att vi numera upplever en utveckling som går mot ”uppskjuten ohälsa”. Kort sagt: Vi lever längre, men våra sista år (den fjärde åldern) kommer fortsatt vara lika skröpliga.

Det har inte givits tid eller möjligheter till grundforskning utan denna text bygger på andrahandskällor som t ex forskningsrapporter och tidningsartiklar. Det främsta underlaget för denna rapport är den text Mats Thorslund skrev för Timbro/Arena Idé-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering. Den texten i något förkortad version finns bifogad som del tre i denna rapport. Utifrån den texten och annan tillgänglig forskning följer en analys av de utmaningar den svenska äldreomsorgen står inför. Målet är att sammanfatta de samtal och seminarier om äldrevård som har förts i den arbetsgrupp som under något år kontinuerligt har träffats i Arena Idés regi. Del ett och två är skrivna av Olav Fumarola Unsgaard, som svarar för innehåll och slutsatser.

Detta är den tredje rapporten i Arena Idés projekt Välfärdens framtida finansiering. I projektgruppen ingår Anna Hedborg, Bengt Westerberg och Lars-Åke Almqvist, samt representanter för de organisationer som finansierar projektet: Roger Mörtvik och Åsa Forsell, TCO, Emma Lennartsson, Kommunal, Kerstin Falck, Pfizer, Anders Blanck, LIF (de forskande läkemedelsföretagen), Therese Svanström Andersson, Vision, och Martin Östberg, Vårdförbundet. Från Arenagruppen deltar Olav Fumarola Unsgaard och Boa Ruthström.

Den första rapporten, skriven av Petter Odmark, behandlade finansieringsfrågan allmänt och de delar som problemet består av: Baumols sjuka, Wagners lag och demografisk utveckling.

Den andra rapporten, skriven av sjukvårdskonsulten Fredrik Westander, försöker besvara frågan om hälso- och sjukvården i framtiden bör finansieras ungefär som i dag, med skatt som den helt dominerande finansieringskällan? Eller är en sådan sjukvårdspolitisk grundhållning tvärtom orealistisk och därför destruktiv, eftersom den förutsätter en så stark ransonering av offentligt finansierade sjukvårdstjänster att en parallell marknad för privata tjänster spontant kommer att uppstå? Rapporterna finns tillgängliga som pdf-fil på vår hemsida, www.arenaide.se/rapporter.

Stockholm den 1 mars 2012

Boa Ruthström

Chef Arena Idé

Disposition

Rapporten har tre delar. Fokus i det första avsnittet kommer att handla om de problem som i dag råder inom den svenska äldre vården, särskilt frågorna kring äldreomsorgens verksamhetsutveckling. Grunden för vår analys är att den svenska äldreomsorgen redan i dag har ett antal problem vad det avser organisation, resurser och samverkan. Detta i en period av förhållandevis gynnsamma förhållanden och god demografisk utveckling.

Del två handlar om framtiden, närmare bestämt perioden från 2020 och framåt. Om vi med forskningens hjälp försöker skåda in i framtiden ser vi en än mer problematisk situation, rent demografiskt. Det rör sig om att allt färre arbetande ska försörja en åldrande befolkning. Äldre vården kommer då behöva tillföras extra resurser då nuvarande skattefinansiering inte kommer räcka till. Det har lett till en infekterad debatt om antingen skattehöjningar eller ökad egenfinansiering. När det gäller den frågan tror vi inte på vare sig skräck- eller drömscenarion som målas upp av olika debattörer. Vi tror att det inte finns en enkel lösning utan att framtidens politik handlar om att både tillföra mer pengar och omorganisera verksamheten. Man bör redan i dag rusta sig för framtiden genom att stärka organisationen och den enskilda arbetstagaren. Den viktigaste enskilda åtgärden som vi kan se inom detta område är rätten till heltid. När vi sedan blickar mot framtiden handlar det om att tillföra ytterligare resurser. Frågan är hur.

Del tre är en något förkortad version av Mats Thorslunds rapport och slutsatserna där bygger på hans forskning. Del ett, två och tre kommer delvis överlappa varandra. Anledningen till denna disposition är att vi vill hålla isär Fumarola Unsgaards text och Thorslunds forskning.

Utgångspunkter

Äldreomsorgen är en central del av vår gemensamma välfärd. Undersökning efter undersökning och rapport efter rapport visar att man önskar en solidariskt skattefinansierad omsorg. Ett sätt att beskriva detta är följande:

- Lika tillgång till välfärdstjänster på lika villkor för alla medborgare.
- Lika behandling av alla medborgare.
- Så hög kvalitet på tjänsterna att alla medborgare vill ha dem.
- Så låga avgifter så att alla har råd med de välfärdstjänster de har behov av.
- Insyn för att garantera möjligheter att bevaka kvalitén.¹

Dessa ståndpunkter är normativa och kommer utgöra bakgrunden för denna rapport. Kraven är högt ställda, men för att ge våra äldre ett drägligt liv är de snarare en självklarhet.

Ett annat sätt att beskriva detta är att, som Thorslund gör, utgå från rådande lagstiftning. Den lagstiftning som finns är socialtjänstlagen (SoL) från 1982. Utan att redogöra för hela hans resonemang så är det en omfattande lagstiftning med högt ställda mål. Dock är det i dag mycket tydligt att dessa mål inte följs av tillräckliga resurser. Glappet mellan lagstiftningens intentioner och den ekonomiska verkligheten är därför omfattande. Det leder till att det redan i dag görs prioriteringar, både av myndighetsutövande biståndshandläggare och omvårdande personal. Den som kan tala för sig och/eller har omfattande resurser gynnas. Kort sagt råder det redan i dag ojämlikhet.

¹ Pettersson, Tord m.fl. (2007). Offentligfinansierade verksamheter. Modellens väg framåt. LO.

DEL 1: Äldreomsorgens utmaningar på kort sikt

De kommande fem åren – Verksamhetsutveckling

Läget i äldreomsorgen är inte ljust. Mängden resurser har minskat, sett per capita. Ulrika Lorentzi skriver följande:

”Andelen äldre, 80 år och äldre, som får offentlig äldreomsorg har minskat från 62 procent 1980 till 37 procent 2006. Under 2000-talet har samhällets kostnad för äldreomsorg fortsatt att minska, både i faktisk kostnad och som andel av BNP. Antalet anställda i äldreomsorgen har också minskat.”²

Biståndsbedömningen har hårdnat. Du måste i dag vara ordentligt illa därän om du ska få en plats på ett äldreboende. En allt större del av vårdtagarna som har särskilt boende lider av demens eller andra kognitiva sjukdomar. Det räcker inte med att du har lite ont i ett knä eller känner dig lite allmänt skröplig. Hemtjänst är lättare att få, men ett hårdare och mer styrt regelverk gör att även detta är begränsat. På fackspråk heter det att hemtjänsten har gått från att ha varit tidsstyrd till att i dag vara uppgiftsstyrd. Därför bör inte debatten om svensk äldreomsorg handla om idylliska seniorboenden vid Kalmarsund eller någon snäll person som kommer hem och tjuvar lite över en kopp kaffe. Verkligheten är betydligt mer bister.

De närmaste fem åren ser demografin gynnsam ut. De problem som finns är i stort sett desamma som vi ser i dag. De är inte små och tenderar bara att bli värre om man inte tar de på allvar och aktivt förändrar hur man ser på äldreomsorgen som politikområde.

På kort sikt ser vi att man måste fokusera följande områden

- **Organisation & personal**
- **Studenterna överger omvårdnadsprogrammet**
- **Vilken valfrihet, för vem?**
- **Oklara gränsdragningar mellan kommuner & landsting**
- **Reformer inom hemtjänsten**

² Ulrika Lorentzi, Hänger din mammas omsorg på dig? s. 7, Rapport Kommunal 2011.

Organisation & personal

Äldre- och handikappomsorgen kan betraktas som en ”omogen” bransch när det gäller utveckling av hur resurserna kan användas på ett effektivare sätt.³ Det gäller oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi.

Personalen utgör mellan 70 och 90 % av kostnaderna. Detta faktum leder ofta till ett antagande att det inte går att rationalisera verksamheten. Inom industrin kan man använda ny teknik, medan omsorgen bygger på mellanmännsliga möten. En närmare granskning visar dock att dessa resonemang inte håller.

Inom vård och omsorg finns det många tillfälliga anställningar, dvs. visstidsanställda och timavlönade. De kan utgöra mellan 30 och 50 % av antalet anställda på en arbetsplats. Detta förklaras av en långvarig tradition för hur man hanterar bemanning och personalkostnader inom denna bransch. Det bygger på antagandet att det skulle vara ekonomiskt rationellt bland annat genom att det ger möjlighet till en stor flexibilitet. En annan viktig förklaring är att äldreomsorgen har en större total frånvaro än de flesta andra verksamheter, ofta 30–40%. Det förklaras i sin tur av att sjukfrånvaron fortfarande ligger på ca 8–12%. Föräldraledighet av olika slag har ofta en stor omfattning eftersom det är fråga om kvinnodominerade arbetsplatser.

Allt detta leder till en hög personalrörlighet. Det gör det svårt att hålla totalkostnaderna under kontroll. Ofta sätts det in fler timmar för vikarier för att täcka frånvaro än vad som skulle behövas. De beror på att ingen i organisationen har en överblick över alla anställningsbeslut och det finns ingen gemensam strategi.

Av de renodlade lönekostnaderna utgör lön till tillsvidareanställda bara ca 60–70 %. Lön till visstidsanställda och timavlönade utgör ca 20–30% och övertid, mertid och sjuklön ca 5–10%. När det uppstår ekonomiska problem fokuserar ofta arbetsgivarna på de lönekostnader de har för tillsvidareanställda. De tror att det är där de har problemen. Därför sägs en del av dem upp och sysselsättningsgraden för deltider sänks. Resultatet blir ännu fler tillfälligt anställda utan att totalkostnaderna sänks. Det saknas ett språk och strategier för hur de mer rörliga lönekostnaderna ska styras. Därför blir det svårt att ha ekonomin under kontroll.

Den stora personalrörligheten leder framför allt till att det är svårt att kunna organisera en effektiv verksamhet. Ingen har ett grepp om hur den samlade arbetstiden används. Inom industrin har många företag arbetat med ett utvecklingsarbete som bygger på Lean production. Något motsvarande behöver ske inom äldreomsorgen, men utifrån äldreomsorgens förutsättningar. Det handlar inte om att vårdpersonalen ska springa fortare, stressa mer eller lyfta tyngre utan om att samarbeta bättre. Det handlar om ledarskap och organisationsförändringar. Skämtsamt har man sagt att det förekommer väldigt lite industri-spionage inom äldrevården. Den kunskap som finns är från olika lokala utvecklingsprojekt som har skett bl.a. i Nynäshamn.⁴ Om man kunde arbeta vidare med att utveckla en kunskapsbank om vad och vilka förändringsprojekt som har fungerat kan man få lyckligare äldre, mindre ansträngd personal och i slutändan mer vård för samma kostnader.

³ Detta stycke bygger på intervjuer och samtal med Lars-Åke Almqvist sommaren och hösten 2011.

⁴ En sammanfattning i debattartikelns form finns att läsa: <http://www.dn.se/debatt/heltidsjobb-i-kommunerna-ger-alla-bättre-ekonomi>

För att bli mer konkret:

- Bemanningen behöver ses över så att personalrörligheten minskar. Det leder till sänkta kostnader, bättre kvalitet och en bättre arbetsmiljö.
- Inom varje verksamhet behöver det utarbetas tydliga beskrivningar för vad som är uppdraget, vilka mål som ska uppnås, hur de ska mätas och utvärderas.
- Utvärderingar behöver göras för hur den samlade arbetstiden används. Den värdeskapande tiden, som gör direkt nytta för brukaren/kunden, behöver öka från ca 40–50%, i många fall, till 80–90%.
- Överenskommelser behöver träffas mellan ledning och medarbetare för hur de frigjorda resurserna ska användas, som ett resultat av att personalen arbetar smartare.
- Ledningsstrukturen behöver ses över i många verksamheter. Det är inte ovanligt att enhetschefer har mer än 50 medarbetare som de ska leda. Ingen annan del av vare sig offentlig eller privat sektor skulle tillåta en sådan organisation.
- Nationella system för kunskapsöverföring, spridande av idéer och innovationer behövs.

Då det är vårdpersonalen som är den främsta kostnaden är deras arbetsvillkor centrala. Hur ser deras vardag ut? Vad behöver de för att kunna göra ett bra jobb?

Ganska snabbt ser man att personalen inte utnyttjas effektivt. Om man jämför äldreomsorgen med andra branscher framkommer ett tydligt mönster:

- Få heltidsanställningar, många deltidsanställningar
- Låga löner
- Höga kostnader för vikarier
- Hög sjukfrånvaro
- Långa ledtider vid överlämningar
- Mycket tid går åt till att introducera nya personer i avdelningens arbetsuppgifter

Då yrket är kvinnodominerat har de vårdanställda ofta stort ansvar för familjen. Detta gäller både arbetsuppgifter och omhändertagande av familjemedlemmar, de yngre såväl som de äldre.

De politiska lösningarna kring detta är redan kända. De viktigaste kraven är:

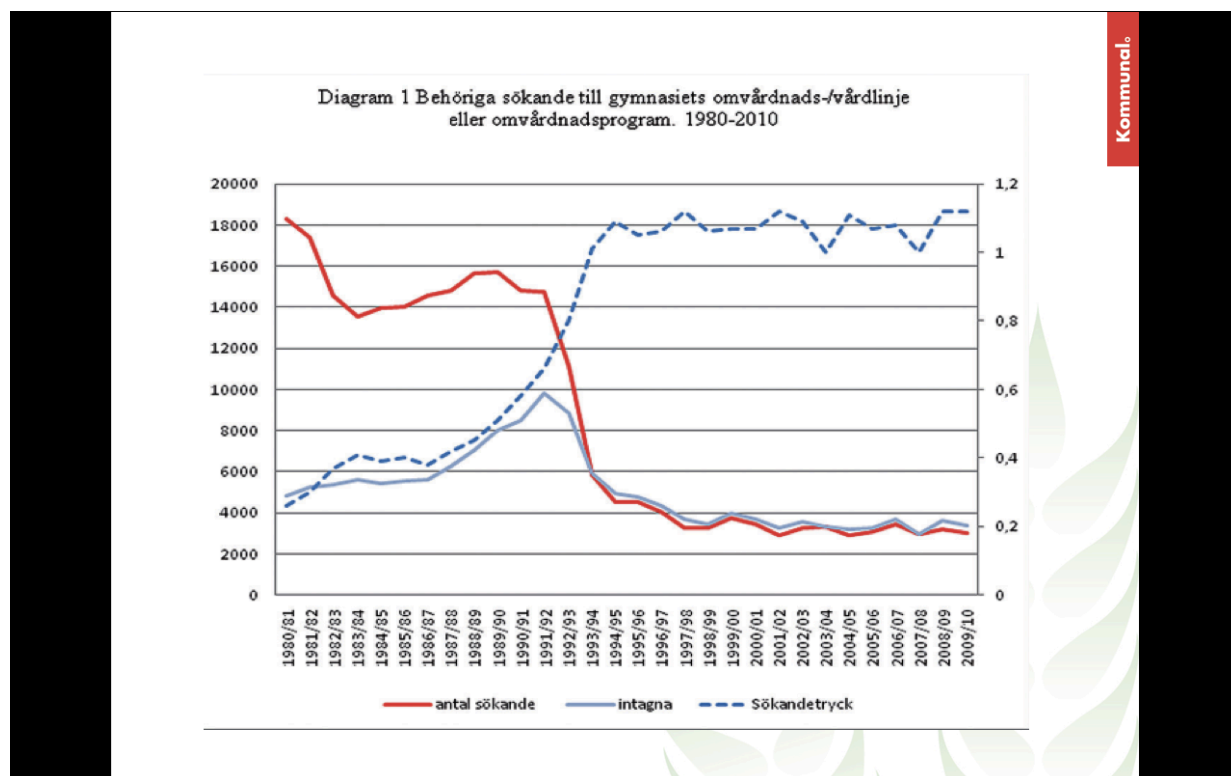
- Rätt till heltid
- Högre löner
- Bättre arbetsmiljö

Yrkets status är i dag låg. Dessa krav skulle delvis avhjälpa detta. Då den främsta kostnaden inom äldreomsorgen är dess personal så är det där satsningarna bör göras. Det handlar om höjda löner, men också att man jobbar med att få personalen att stanna kvar. För att det ska ske krävs det en mindre slitsam fysisk arbetsmiljö, men också att man kan utvecklas och göra

karriär. Eller i alla fall att man arbetar i en miljö där man känner att man kan göra ett gott dagsverke och känna en stolthet efter en genomförd arbetsdag.

Problem att rekrytera personal

Den mediala bild som lyfts fram av omsorgens vardag är mörk, dyster och oglamorös. På många sätt den totala motsatsen till hur självförverkligande och kreativt arbetslivet 2012 borde vara. En bild av denna utveckling är att allt färre söker gymnasieskolans omvårdnadsprogram⁵:



Bilden visar på att intresset för vård- och omsorgsutbildningen på gymnasiet har minskat dramatiskt under den senaste trettioårsperioden. Statistiken blir än mer alarmerande när man betraktar att omvårdnadsyrkena är en av de branscher som i framtiden kommer ha lägst arbetslöshet och störst behov av utbildad personal.⁶ Det är inte på grund av förväntad arbetslöshet som dessa yrken väljs bort. Orsakerna måste vara andra. När man talar med utbildare och andra företrädare ser man att omvårdnadsyrkena har låg status och äldreomsorgsarbete kommer långt ner på skalan när ungdomarna ska välja yrke.⁷

Detta är en mycket oroande utveckling som hänger ihop med det vi ovan har diskuterat. Omvårdnadsarbete väljs bort på grund av att jobbet är fysiskt slitsamt, dåligt betalt och har låg

⁵ Bilden är från Yeshiwork Wondmenehs rapport från Kommunal Vem ska ta hand om mina föräldrar när de blir gamla? <http://www.kommunal.se/Kommunal/Kommunal-tycker/Rapporter/Yrkesfragor/Aldreomsorg>

⁶ Det behövs minst 100 000–150 000 nya personer till detta område. Den högre siffran är från Kommunals rapport som är citerad ovan. Den lägre siffran är från SKL: http://www.skl.se/press/nyheter_2/underskoterskor-%E2%80%93-ett-framtidsjobb-i-aldreomsorgen

⁷ Från Yeshiwork Wondmenehs rapport som nämndes ovan.

status. De krav som de fackliga företrädarna, främst Kommunal, ställer om jämställdhetspotter, rätt till heltid och höjda lägsta löner är en del av lösningen på detta dilemma. Men det är bara början. Yrkets status måste höjas och omvårdande arbete jämföras med producerande. Det kan diskuteras valfrihet och privatiseringar hur mycket som helst, men om det inte finns utbildad och kompetent personal kommer kvaliteten inte kunna höjas alls.

Vilken valfrihet – för vem?

Äldreomsorgen har sedan det tidiga 1990-talet genomgått en privatiseringsrevolution. De borgerliga partierna har varit pådrivande, men har även haft stöd från Miljöpartiet. Socialdemokraterna har varit splittrade och bytt position över åren. Vänsterpartiet har ofta varit mot. Argumenten är en blandad kompott av moraliska och ekonomiska ställningstaganden och skiljer sig från parti till parti, och från företrädare till företrädare. De vanligaste argumenten lyder som följer:

- Valfrihet i sig självt är bra
- Marknaden är bättre på att fördela resurser än staten
- Ekonomisk effektivitet och möjlighet till kostnadsbesparingar
- Civilsamhälle och föreningsliv är viktiga att ha som utförare
- Personal som tar egna initiativ bör premieras och personalkooperativ bör uppmuntras

Detta har lett till att vi i dag har en mängd olika utförare som konkurrerar. Inom äldreomsorgen gäller det främst att man som vårdtagare kan välja mellan olika hemtjänstutförare. Om du är berättigad till plats på särskilt boende kan du sedan välja mellan olika utförare även där.

Någonting som har växt fram under denna period, både inom kommunal och privat regi, är boenden inriktade på särskilda grupper. Det kan röra sig om specifika språkområden som finska, persiska eller spanska där personal och boende talar språket. Andra exempel på boenden anpassade för syn- eller hörselskadade eller lägenheter där husdjur är tillåtna. Detta är en i alla avseenden positiv utveckling. Den påvisar också att en omfattande valfrihet är möjlig även inom en helt kommunal verksamhet.

Problemet vi har i dag handlar om att den valfrihet du som vårdtagare har är mycket begränsad. Du fattar ett beslut på en icke-fungerande kvasimarknad. Det enda som skiljer i de flesta fall är huvudmannens organisationsform (vilket i och för sig kan visa sig vara mycket viktigt). Vad du som vårdtagare erbjuds är reglerat av en biståndshandläggare. Det som erbjuds skiljer sig alltså inte åt.

I kommunerna inom Stockholms läns landsting har utvecklingen gått allra längst. Om du blir erbjuden hemtjänst får du en lista på mellan 70 och 102 utförare. Dessa listor lämnar inte något särskilt stort utrymme för presentationer av de olika vårdgivarna och deras specialområden. Utöver detta så visar Thorslund med fleras studie att cirka hälften av vårdtagarna var i för dålig kondition för att kunna fatta ett genomtänkt och klokt kundval. De skriver vidare:

”Om valfrihet ska leda till bättre kvalitet genom konkurrens enligt marknadsekonomisk logik, krävs både att det finns alternativ och att det finns information om alternativen. Men också att ”kunderna” har förmågan att ta till sig informationen samt kan ”rösta med fötterna”, det vill säga att kunna välja om och byta utförare. Kvaliteten inom den svenska äldreomsorgen

behöver förbättras. Det är dock uppenbart att den marknadsekonomiska modell som fungerar för tandkräm och restauranger inte på samma sätt kan fungera för äldreomsorgen. Valfrihet skall finnas också för de allra äldsta och svagaste. Men vi är kritiska till den övertro som verkar finnas från politiskt håll att ökad valfrihet automatiskt skulle höja kvaliteten.”⁸

Ett exempel på att valfriheten inom äldreomsorgen fungerar dåligt är att det enbart är så få som 4 till max 9 % som byter utförare.⁹ Detta kan till exempel jämföras med byten av elleverantör. Hushållssektorns antal byten av elleverantör uppgick preliminärt till 109 561 bara under tredje kvartalet 2011.¹⁰ Oavsett vad man tycker om den avreglerade elmarknaden som idé så har man lyckats genomföra ett system som gör att du som individ har möjlighet att ställa olika utförare mot varandra och, om du inte är nöjd, byta utförare. På national-ekonomisk terminologi heter det att transaktionskostnaderna är låga. Så verkar det inte vara inom äldreomsorgen.

Nu skulle man kunna hävda att man inte bör jämföra el och äldrevård, äpplen och päron. Och det är just det som är poängen. Äldrevård och el skiljer sig åt på så många olika sätt att det kundvalssystem som fungerar inom äldrevården inte är lämpligt inom elmarknaden och vice versa. Tyvärr är det just det som har hänt. Man har valt, främst i Stockholmsområdet, att privatisera till varje pris. Eller uttryckt på ett annat sätt: Privatiseringen har varit driven av ideologiska principer. Kundvalsmodellen har fått komma i första rummet medan verkligheten har satts på undantag. Problemet är att man hela tiden har motiverat det hela med kostnadsbesparingar och ökad effektivitet. När dessa har uteblivit blir svaret liknande Lorry-karakters ”Tääänkte inte på det”.

Oavsett vilka ideologiska värderingar man önskar lägga på frågorna om vård driven i privat eller offentlig regi så kan man konstatera att regelverket inte har hängt med. Det institutionella ramverk som behövs saknas eller är otillräckligt. Här behöver tjänstemän och politiker sätta sig ner och fundera på hur man ska kunna skapa ett system som sätter patienten och dess behov i centrum.

Det verkar inte som privatiseringarna har lett till ökad reell valfrihet. De privata utförarna erbjuder i stort sett likadan hemtjänst och samma typ av boenden. För att skapa ett system av valfrihet verkar inte fler utförsäljningar eller privatiseringar vara lösningen. Kommun- och landstingspolitiker bör i stället fundera på att skapa nya och skarpare verktyg som gör att kommunerna och de befintliga privata aktörerna kan utvecklas åt olika håll. Här skulle en översyn av regler och kriterier för upphandlingar kunna vara en väg att gå. En annan lösning skulle vara att ha ett system av etableringskontroll. Ett system som utnyttjar de politiska styrmedlen för att skapa den valfrihet privatiseringarna verkar ha misslyckats med.

Vem gör vad? Gränsdragningen mellan kommun och landsting.

När du blir äldre och skröpligheten gör sig påmind hamnar du i äldrevårdens omsorg. Enligt den ansvarsmässiga uppdelning som råder i dag är det kommunen som är ansvarig för din omvårdnad. Det sker antingen via hemtjänst om du är relativt pigg eller särskilt boende om du inte klarar av att bo kvar hemma. Dessa beslut fattas av en kommunal biståndshandläggare.

⁸ Dagens Nyheter, DN debatt 110927.

⁹ SKL, Kundval i äldreomsorgen – Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem?, s. 26. SKL 2010.

¹⁰ Prisutveckling på el och naturgas samt leverantörsbyten, tredje kvartalet 2011. Sveriges officiella statistik, statistiska meddelanden, EN24 SM1104. Rapporten hämtades från:
http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo___259923.aspx?PublObjId=15700 den 14/1 2012.

För hemtjänsten betalar du en viss egenavgift. För din plats på det särskilda boendet betalar du din mat, din hyra samt en egenavgift. Detta täcker inte tillnärmelsevis kostnaderna för detta utan kommunen står för den övervägande kostnaden.

Detta är en sanning som bara gäller tills du har blivit sjuk. Då bör du i så fall besöka en vårdcentral eller ett sjukhus. Då hamnar du i landstingets regi och det blir de som står för den stora delen av kostnaderna. Som den kloke läsaren redan har insett så kan det bli stora gränsdragningsproblem.

För att citera Thorslund:

”Att vårdtiderna på sjukhus blivit kortare innebär att många av de patienter som i dag skrivs ut till hemmet är i mycket dåligt skick och behöver omfattande akuta insatser av både hemtjänst och den öppna sjukvården, även i form av läkarinsatser”¹¹

Tyvärr finns det en risk för att den sjuke äldre blir behandlad som ”Svarte Petter” och skickas runt mellan vårdgivarna. En bra och konkret beskrivning av detta problemområde samt ett antal lösningsförslag ges i SKL:s rapport ”Bättre liv för sjuka äldre”.¹² När man ser över de multisjuka äldres situation blir det tydligt hur den enskilde riskerar att hamna i kläm. Rapportens inledning är värd att citera i sin helhet:

”1. Det finns brister i samordning och planering mellan olika aktörer i vården och omsorgen kring de multisjuka äldre

> uppskattningsvis hölls samordnad vårdplanering endast vid 30 procent av utskrivningarna från sjukhus

> primärvården, hemtjänsten och den kommunala hemsjukvården tar inte i tillräcklig utsträckning över ansvaret efter utskrivning från sjukhus

> Det saknas ofta en fungerande planering och kommunikation mellan vårdcentral och hemtjänst

2. Det saknas ofta kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser för de multisjuka äldre

> trots att det medicinska ansvaret för den stora majoriteten av gruppen ligger på vårdcentralen träffar de multisjuka äldre endast läkare vid vårdcentral i genomsnitt fyra gånger på 18 månader

> under samma period var tre olika läkare vid vårdcentralen, och totalt 15 läkare i samtliga vårdformer, involverade i de äldres vård

3. Det finns brister avseende informationsöverföring och helhetsansvar kring de multisjuka äldres läkemedelsanvändning

> Det är betydande skillnader mellan läkemedelslistan och de läkemedel de äldre säger sig använda

> gruppen har i genomsnitt fler än fem läkemedelsrelaterade problem

> Det saknas oftast aktuella läkemedelsgenomgångar

> indikation, mål och uppföljningsplan saknas ofta förbehandlingen

¹¹ Mats Thorslund: Det nygamla gränssnittet: Äldreomsorgen och dess omorganisationer i Paula Blomqvist (red.) Vem styr vården? SNS förlag 2007, s. 114.

¹² SKL, 2012 Bättre liv för sjuka äldre En kvalitativ uppföljning. Finns att hämta på:

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/publikationer/rapporter-fran-battre-liv-for-sjuka-aldre

> information om läkemedel misstolkas eller tappas ofta bort i samband med övergångar i vården

4. De multisjuka äldre och deras anhöriga involveras inte i tillräcklig utsträckning i utformningen av det kommunala stödet

> färre än hälften av de äldre får möjligheten att själva definiera sitt behov av stöd

> Många äldre säger upp hemtjänstinsatser eftersom de inte är nöjda med kvaliteten eller på grund av att insatserna inte bemöter deras behov

> Hemtjänsten följer sällan upp varför insatser sägs upp

5. Kontinuiteten i kontakten med hemtjänsten är bristfällig och det saknas ofta någon som de äldre har en förtroendefull relation med

> De äldre som har beviljats hemtjänst får i genomsnitt besök av åtta olika personer från hemtjänsten per månad men för vissa äldre är det avsevärt fler som kommer hem till dem

> tre av fyra äldre har en utsedd kontaktperson men de upplever ändå att de saknar en person som de känner att de kan diskutera frågor kring sin hemtjänst med

> kontaktpersonerna träffar bara de äldre i genomsnitt en gång per månad

6. Anhöriga står för en stor del av de multisjuka äldres omsorg men de ges inte tillräckligt stöd för att hjälpa sina närstående

> anhöriginsatserna var mer omfattande än hemtjänstinsatserna för gruppen

> anhöriga upplever att de får ett för stort ansvar för att koordinera vården och omsorgen runt de äldre och att de inte ges tillräckligt stöd för att hjälpa de äldre

> 18 procent av de multisjuka äldre fick dagvård, växelvård, anhörigavlastning eller korttidsvård någon gång under 18 månader”.¹³

Den s.k. ädelreformen genomfördes 1992. 55 000 personer fick då byta arbetsgivare från landsting till kommun. Fördelen med denna organisationsförändring handlar främst om att sjukhusen får en tydligare uppgift att bota olika sjukdomar och åkommor. Nackdelen handlar om att det blir en gränsdragningsproblematik när en kroniskt skröplig äldre person blir frisk. Trots denna problematik verkar det vara få debattörer eller intresseföreningar som önskar tiden innan Ädelreformen åter. Men för att lösa detta krävs det politiskt mod och en hel del nytänkande. Revirstrider och ”gammal vana” får inte stå i vägen. Ibland krävs det att ansvaret flyttar från landsting till kommun. Men ibland tvärtom. Vid andra typer av problem kan det till och med krävas statliga lösningar och ny lagstiftning. SKL:s rapport visar på att mycket av kunskapen redan finns. Men lösningarna är komplexa. De involverar styrsystem, incitamentsstrukturer och ökad samordning. Det är också viktigt att lösningarna bygger på erfarenhet och beprövad kunskap samt involverar personalen. Motsatsen till detta är en reform som kommer ovanifrån och styrs av ideologiska principer om hur saker och ting borde vara.

Denna problembild är vida känd. Under de senaste åren har man startat ett antal experiment som har fallit mycket väl ut. Det handlar om en verksamhet som runt om i landet kallas omväxlande vårdlots eller vårdcoach. För den mest vårdkrävande gruppen handlar det om att lotsa eller coacha individen rätt. Man försöker styra om vården från slutenvård och/eller akutinsatser till planerad vård. Resultatet har blivit att man både ser en ökad livskvalitet hos den enskilda patienten och en mer resurseffektiv vård.

¹³ SKL, 2012 Bättre liv för sjuka äldre En kvalitativ uppföljning, s. 6.

Ett annat initiativ som är värt att uppmärksamma är skriften *En vård värd samverkan* där representanter från intresseorganisationer, folkrörelser och vårdpersonal gör gemensam sak. Det handlar om uppföljning, ansvarsfördelning, kompetensutveckling och tillgång till geriatrisk kompetens.¹⁴

Många av de förslag som finns på förbättringar inom äldre vården handlar intressant nog inte om att tillföra mer resurser. De flesta förslag handlar om en kombination av organisationsutveckling, förbättrad samverkan OCH ökade resurser.

Reformer inom hemtjänsten

Under vårt arbete i gruppen har det under året diskuterats hur hemtjänsten fungerar och vad man skulle kunna göra för att förenkla och förbättra den. Runt om i landet har det också genomförts ett antal reformer och experiment som kan tjäna som inspiration till andra kommuner.

Den första och mest utbredda förändringen inom hemtjänsten är redan delvis genomförd. Det är det så kallade rutavdraget. Det handlar om att du får en skattereduktion när du köper vissa tjänster som ett företag utför i ditt hem. Det handlar främst om städning eller andra enkla servicetjänster. Som mycket av statistiken kring rut visar så är det många äldre som utnyttjar dessa tjänster. Detta för att komplettera eller rent av ersätta den behovsprövade hemtjänsten. Om detta är en medveten eller omedveten effekt av denna reform är oklart. Dock har många äldre uppfattat detta som mycket positivt. Då frågan om rutavdraget är politisk känslig bland de rödgröna så pågår det i dag en diskussion om att införa åldersmässiga begränsningsregler. Detta skulle möjliggöra att man kan behålla de positiva sidorna som handlar om att detta faktiskt har förbättrat livskvaliteten för de äldre. Och detta till ganska låga kostnader. Då är idén att man fr.o.m. den dag man pensionerar sig ska få möjlighet att göra ett skatteavdrag för köpta tjänster som utförs i hemmet. Den tid som är tillgänglig skulle sedan kunna utökas ju äldre man blir.

Ett av de problem som en rut-liknande lösning löser handlar om att man undviker att en biståndsbedömning görs. Många individer och intresseorganisationer har påpekat att det finns en ”paternalistisk” dimension av biståndsbedömningen. Du blir genomlyst och granskad på ett sätt som kan upplevas som obehagligt. Det är också vanligt att den upplevda känslan av skröplighet inte överensstämmer med den bedömning som biståndshandläggaren gör. I till exempel Linköpings kommun kan alla personer över 75 års ålder få upp till sex timmar per månad utan särskild prövning. Detta stämmer väl överens med de ”nöjd kund”-undersökningar som har gjorts inom hemtjänsten. Dessa säger att hemtjänsttagarna är mest nöjda med ett system där det inte är så styrt vad som måste göras just den dagen. Man bestämmer vad som ska göras tillsammans. Ibland blir det diskning, ibland städning och ibland bara samvaro. Detta är ett system som ställer höga krav på personalen, men uppfattas mycket positivt.¹⁵ I Linköpings kommun kan alla som är över 65 år få tillgång till en kommunal fixartjänst. Då kan man få hjälp med enklare sysslor i hemmet som inte kräver fackkunskap. Syftet är att förebygga olyckor. I Örebro genomförde man ett experiment som gick ut på att alla personer över 80 år automatiskt och utan behovsprövning erbjöds fyra timmars hjälp per månad till ett

¹⁴ Uppropet finns att läsa på: <http://www.pro.se/Press/Nyhetsarkiv/Nio-organisationer-kraver-bättre-samverkan-i-vården/>

¹⁵ Ur dokumentation av PRO:s Gysingeakademi 5-6/10 2011. www.pro.se

pris på 75 :- per timme. Övriga kostnader subventionerades av kommunen. Den tiden ägnades åt städning, fönsterputsning, handling eller andra tunga sysslor. Detta projekt föll mycket väl ut.¹⁶

I diskussionen kring framtidens äldreomsorg är frågan om hemtjänst viktig. Dessa exempel visar på att det finns utvecklingsmöjligheter här. Exempel som de ovan bör uppmuntras och kunskap om dessa bör spridas. Som det tidigare har diskuterats så behövs det en nationell mötes- och samlingsplats där kunskaper och erfarenheter om god äldrevård kan diskuteras. En plats där olika kommuner och stadsdelars ”best cases” kan presenteras och diskuteras.

¹⁶ 80+ i ett nötskal. Kommunals förslag om seniorservice. Rapport som finns att hämta på: www.kommunal.se/KommunalSEof/.../80%20%20i%20ett%20n%20tskal.pdf

Del 2: Äldreomsorgens utmaningar på längre sikt

2017 och framåt – Behov av ökad finansiering, förbättrad lagstiftning och ett förtydligande av det offentliga åtagandet

Demografin kommer på lite längre sikt inte se lika bra ut som i dag. Det är återigen beroendekvoten som spökar. Det vill säga att mängden skatt som medborgarna i arbetsför ålder betalar inte kommer att täcka de kostnader som finns för de personer som behöver äldrevård.

Diskussionen om välfärdens framtida finansiering är hård och kommer med tiden att hårdna än mer. Diskussionen är ideologisk och liknar i mångt och mycket de strider som har förts inom olika vänsterpartier mellan traditionalister och förnyare. Men det är inte så lätt. Dessutom träter man om siffror och hur framtiden kommer att se ut. Debattörer som Daniel Ankarloo hävdar att problemen är ringa. Det handlar om att vänstern, i vid mening, är för mesig och passiv. Pengarna finns, men den politiska viljan saknas.¹⁷ Andra som SKL och Per Borg hävdar att problemet är reellt och kommer att explodera om vi inte gör något. Skattefinansieringen kommer inte räcka till.¹⁸ Alternativet står mellan skattehöjningar och/eller höjda egenavgifter alternativt ökad privat finansiering via olika försäkringslösningar. Då skattehöjningar är otillräckliga för att finansiera äldreomsorgens ökande kostnader återstår bara det egenfinansierade alternativet. Någonstans mellan dessa åsikter hittar vi Marta Szebehely som med sin forskning visar på att problemet inte riktigt är så enkelt som Ankarloo vill göra det till eller så drastiskt som SKL och Borg antyder.¹⁹ Det hon främst riktar in sig på är tesen om 40-talistgenerationens *drastiskt* ökade krav samt att den enda vägen att lösa detta handlar om privatiseringar. Vidare säger Szebehely att även om de kommunala kostnaderna för omsorg har ökat de senaste åren så har äldrevården fått sämre resurser per capita. Kostnadsökningarna inom den kommunala omsorgen har gått till barnomsorg och insatser för funktionshindrade personer. Det betyder att personalen fått mer att göra och stressen på den enskilda arbetsplatsen har ökat. När det inte räcker till har de anhöriga fått gå in och ta ett ökat vårdansvar. Detta drabbar främst kvinnor.²⁰ Enligt tillgänglig statistik anger så många som 80 000–120 000 av de som arbetar deltid att det främsta skälet är vård av en anhörig. En fungerande äldreomsorg är alltså en central förutsättning för att medelålders kvinnor ska kunna förvärvsarbeta (och på det viset bidra till förbättrad effektivitet på arbetsmarknaden och ökade skatteintäkter).

Oavsett om Ankarloo, Borg eller Szebehely har rätt står framtidens välfärd inför ett antal utmaningar. Äldreomsorgen kommer vara mitt i debattens kärna. Dels för att frågorna är stora och svårlösta, men det finns även andra skäl. Frågorna om äldrevården inrymmer tydligt konflikten mellan vänster och höger. Dels mellan alliansen och de rödgröna då det handlar om sänkt skatt vs. välfärdssatsningar. Men den splittrar även högern då debatten polariserar mellan nyliberala privatiseringsivrare och mer socialkonserverativt inriktade lösningar. Inom

¹⁷ Daniel Ankarloo, *Välfärdsmyter – Visst har vi råd att finansiera tryggheten*, ETC förlag 2011.

¹⁸ SKL, *Programberedningen för välfärdsfinansieringen, Välfärdens långsiktiga finansiering*, SKL 2010 samt Per Borg m.fl., *Vi har råd med framtiden*, Arena idé & Timbro 2010.

¹⁹ Marta Szebehely, *Äldreomsorg i kris*, Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2010:6.

²⁰ Marta Szebehely *Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi* i Laura Hartman (red.) *Konkurrensens konsekvenser*, SNS förlag 2011 & *Är äldreomsorg en privatsak?* i *Tiden* nr 2 2010.

vänstern står konflikten mellan traditionalister för en utökad offentlig sektor finansierad av höga skatter och förnyare som tycker att detta måste omprövas.

I våra diskussioner har vi inte tagit ställning vilken av de ovan angivna debattörerna som har rätt i detalj. Debatten om kostnadsökningarnas storlek förs på annan plats. Detsamma gäller frågan om dessa eventuella kostnadsökningar ska betalas genom höjda skatter eller privata medel. Fokus i denna rapport kommer i stället att ligga på ett antal problem, möjligheter och lösningar som är specifika för äldreomsorgen. Vi tror att man behöver satsa mer resurser på äldrevården rent generellt, men också tänka nytt. Det gäller vårdens organisation, uppdelningen mellan olika aktörer samt hur man kan stärka den enskilde vårdtagarens rätt att få det stöd som han eller hon önskar.

För att förbereda oss inför framtiden bör vi ta denna diskussion redan nu. Följande områden ser vi som de viktigaste att prioritera och tänka nytt kring.

- **Välfärd till alla, oavsett var man bor**
- **Äldreomsorgsförsäkring inklusive en översyn av lagstiftningen och ett förtydligande av det offentliga åtagandet**

Välfärd till alla, oavsett var man bor – Glesbygdsproblematiken och skatteutjämningsystemet

En av de verkliga ödesfrågorna för den svenska äldreomsorgen är den demografiska utvecklingen. Med stor sannolikhet kommer det på många platser i landet inte finnas tillräckligt många invånare som betalar kommunalskatt. Det är för få unga i arbetsför ålder som måste försörja en äldre och allt mer vårdkrävande befolkning. De trender som styr dessa förändringar är långsiktiga och svåra att påverka politiskt. Människor flyttar fram och tillbaka genom landet. Skattesystemet fungerar på så sätt att man under sin produktiva arbetsfas (vanligtvis mellan ca 20 år och pensioneringen runt 65 år) betalar skatt för den tid då man inte arbetar, dvs. barn- och ålderdom. För att kompensera för att detta kan ske på olika platser genom livet har man skapat ett system av skatteutjämning. Det går i dag främst från storstadskommuner till landsbygdskommuner. För att äldrevården ska fungera och vara likvärdig över landet är detta centralt då ansvaret för äldrevården i dag ligger på den enskilda kommunen.

Fram till slutet av 1800-talet bodde det fler personer på landsbygden än i staden. Men sedan dess är trenden ökad urbanisering. Om vi blickar några år in i framtiden kommer dessa tendenser enbart att förstärkas. Detta påverkar i allra högsta grad möjligheten att bedriva en högkvalitativ äldreomsorg i hela landet. Skälen är tre:

- Skatteunderlaget, t.o.m. med skatteutjämningsystemet taget i beaktande, kommer inte räcka till.
- De unga flyttar därifrån och de som blir kvar är de som kräver äldreomsorg.
- Kommunerna är för små för att kunna erbjuda den äldreomsorg som efterfrågas.

Den siffra som demograferna tittar mest på i sina förutsägelser är andelen arbetande befolkning per andel äldre med vårdbehov. På fackspråk heter det ”beroendekvoten”.²¹ Nedanstående uträkningar är gjorda av demografen Jan Amcoff, men stämmer väl överens med övrig forskning på området.²²

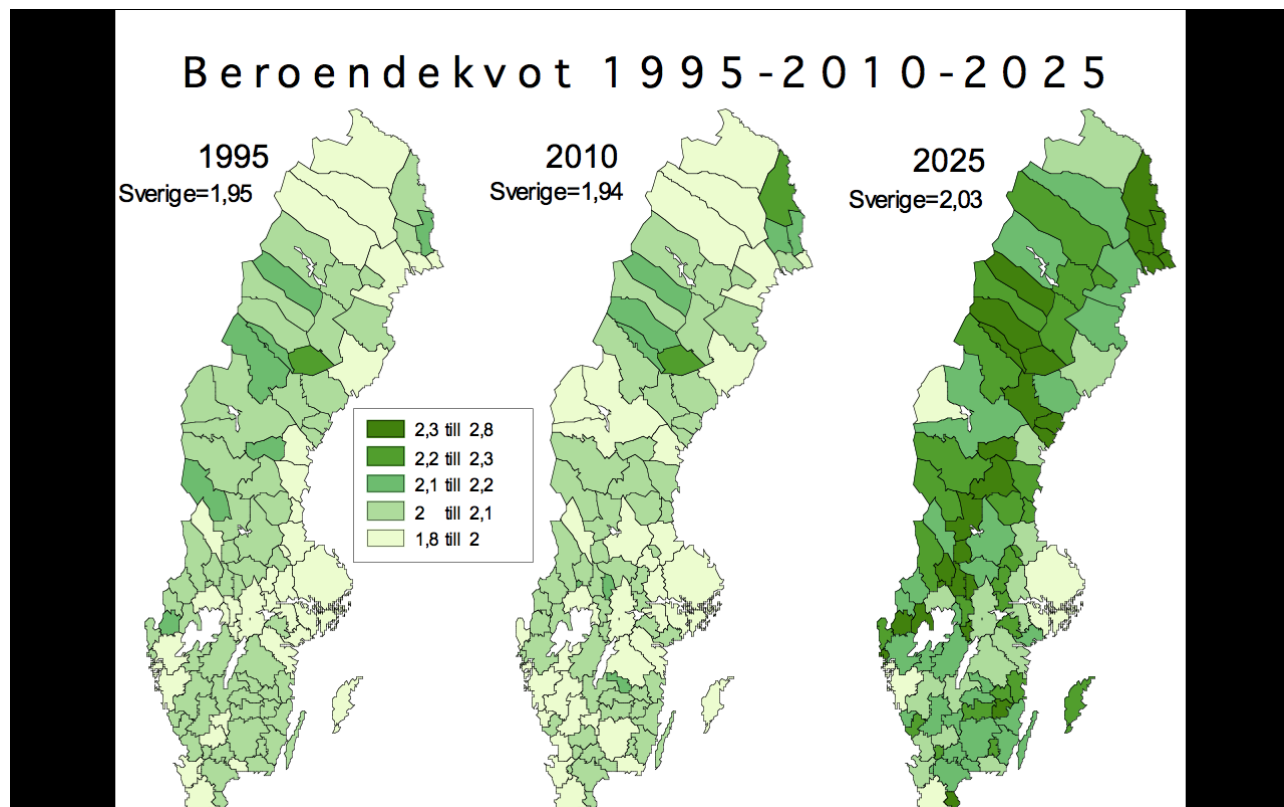
Sverige som helhet	
2011	2025
1,94	2,03
Storstadsregioner	
2011	2025
1,87	1,91
Mediankommuner	
2011	2025
2,02	2,20
De 10 svagaste regionerna	
2011	2025
2,08	2,43

Detta är inräknat en befolkningsökning 2010–2025 på 8,25 % i landet som helhet.

Kort sagt kan man beskriva denna trend som att det i storstäderna går utmärkt att klara en åldrande befolkning. Den demografiska utvecklingen kommer inte att innebära några större problem. De finns en åldrande befolkning, men också ett inflöde av arbetskraft i rätt ålder. Men som kartan visar är det bara en geografiskt liten del av Sverige som klarar detta väl. Det är faktiskt så illa att stora delar av landet riskerar en allvarligt försämrad, om inte havererad äldreomsorg.

²¹ Beroendekvoter definieras som den del av befolkningen som ska försörjas av den arbetsföra befolkningen. Som regel används då relativt grova mått på den arbetsföra befolkningen, till exempel de som är 15–64 år gamla.

²² Samtliga bilder, siffror & diagram från Jan Amcoff 2011. Ur dokumentation av PRO:s Gysingeakademi 5-6/10 2011. www.pro.se



Som kartan visar är det i stort sett bara Mälardalen, Göteborg, Malmö samt Åre som har en gynnsam befolkningsutveckling och en beroendekvot som möjliggör ett fullgott skatteunderlag för en högkvalitativ äldreomsorg. Resten av Sverige har stora eller mycket stora problem.

Utifrån den befintliga statistiken är detta den framtida äldreomsorgens största problem. Debatten måste byta fokus. Det är inte de välmående stockholmarnas eventuella rödvin till lunchen eller dusch två gånger om dagen som är den största utmaningen. Här krävs det nytänkande och politik. Några förslag:

- Skatteutjämningsystemet måste vara kvar och snarare förstärkas än monteras ner.
- Omorganiseringar kommer att krävas (kommunsammanslagningar, flytt av ansvar från kommun till landsting eller stat).
- Ansvaret för dessa reformer måste tas nationellt då det inte räcker att stärka det nuvarande systemet.
- Möjligtvis måste det också bli inskränkningar i det kommunala självstyret då pengar behöver öronmärkas för äldrevården.

Vi förordar en nationell finansiering. Många av dagens kommuner klarar inte att ha hög kvalitet och inte heller att driva äldrevården på ett effektivt sätt.

Äldreomsorgsförsäkring

Runt om i världen pågår det en debatt om hur man ska lösa finansieringen av en god äldre-vård. I en internationell jämförelse så kommer Sverige relativt lindrigt undan.²³ De olika OECD-länderna har olika typer av välfärdsstater där vi i Sverige hör till den nordiska modellen. Det handlar om en generell välfärd där du får vård och omsorg efter behov som till den största delen är skattefinansierad. Sedan Moderaterna la till ordet ”Nya” framför partinamnet är stödet för denna modell i den svenska riksdagen stort. Modellen fungerar väl även ur en ekonomisk synvinkel. Nyckelfaktorerna är att det i Sverige råder en låg inkomst-spridning och en generell hög kvalitet på den offentliga servicen. En viss del av den generella välfärden, pensionerna, ligger utanför detta system. Du är av staten försäkrad en pension som ökar ju fler timmar du jobbar och ju mer du tjänar (samt om ditt aktiva pensionsförvaltarval lyckas eller misslyckas). Sedan pensionsreformen 1994 har Sverige gått från ett förmåns-baserat till ett avgiftsbaserat system.

Under åren har politiker och debattörer diskuterat idén om en äldreomsorgsförsäkring. En utförlig diskussion om detta finns i Socialförsäkringsboken 2001 *Tema: Välfärd på äldre dar* som är utgiven av Riksförsäkringsverket.²⁴ Förslaget brukar förknippas med verkets dåvarande generaldirektör Anna Hedborg. En del av inspirationen till detta förslag kommer från Tyskland som har infört en sådan lösning. Den tyska lösningen bygger på ett system där anhöriga tar ett stort ansvar. I den svenska välfärdsmodellen är det inte ett lika intressant alternativ då vi ser det som en poäng, både p.g.a. ekonomi och rättvisa, att både män och kvinnor förvärvsarbetar. Även Japan har ett system med en äldreomsorgsförsäkring där alla som är äldre än 40 år betalar en premie som administreras av kommunen.²⁵ Det finns helt enkelt en del internationell inspiration att hämta. Men helt säkert måste Sverige hitta en egen modell som passar oss och vårt välfärdssystem.

Det av Riksförsäkringsverket presenterade förslaget handlar om att en viss del av din inkomst sparas åt dig i en allmän, solidarisk och offentlig försäkring. Den bör vara allmän, solidarisk och offentlig då höjda egenavgifter eller en helprivat lösning skulle innebära mycket stora inskränkningar i den svenska välfärdsmodellen. Det är inte politiskt möjligt och troligtvis inte heller ekonomiskt lönsamt.²⁶ Dessa pengar ska sedan öronmärkas till omsorg och vård under din ålderdom. Argumenten handlar både om att stärka ekonomin och, kanske än viktigare, att man definierar det offentliga åtagandet. Forskaren Per Gunnar Edebalk skriver:

”En obligatorisk äldrevårdsförsäkring är en socialförsäkring och detta innebär att staten tar ansvar för äldreomsorgens finansiering. Det finns framför allt tre principiella fördelar med en sådan försäkring:

²³ Martin Karlsson: Välfärdsstaten i den fjärde åldern. Ekonomisk debatt 5, 2011. Karlsson talar om ”försörjningskvoten” i stället för beroendekvoten, men begreppen betyder i stort sett detsamma.

²⁴ Socialförsäkringsboken 2001. Tema: Välfärd på äldre dar. Stockholm 2001.

²⁵ *ibid*, s. 17-18.

²⁶ En diskussion om olika internationella lösningar finns i Martin Karlssons text som refereras ovan.

- Den kan underlätta finansieringen av äldreomsorgen. Här förutsätts då att det sker en skatteväxling från kommunala skatter till försäkringsavgifter. Försäkringsavgiften kan ses som en ”öronmärkt” skatt och det torde vara mer acceptabelt för medborgarna att betala en sådan ”öronmärkt” skatt jämfört med allmänna skatter. En försäkringsavgift är nog också lättare att höja om så skulle anses nödvändigt.
- En obligatorisk försäkring kan premiera en god äldreomsorg. Med dagens finansiering i Sverige representerar en inflyttad vårdtagare enbart en kostnad för kommunen. Med en försäkring har en flyttande vårdtagare med sig sina försäkringspengar och svarar då för en intäkt till kommunen. Detta kan leda till en premiering av kommuner med en god äldreomsorg.
- Äldreomsorgen i Sverige är en social rättighet. Men innebörden i denna rättighet är bland annat beroende av det ekonomiska läget och de politiska förutsättningarna i olika kommuner. Förutsättningar för en nationellt rättvis äldreomsorg kan förbättras om vi får en statlig äldrevårdsförsäkring.²⁷

Eller uttryckt på ett annat sätt:

Det offentliga åtagandet. I dag råder det en viss osäkerhet om exakt vad du har rätt till och när. Det finns lagstiftning och ett antal riktlinjer, men det är till slut en biståndsbedömare som avgör om du har rätt till omsorg och/eller vård. Trots att lagstiftningen är nationell råder det redan i dag geografiska variationer. På grund av den förändrade beroendekvoten, främst i glesbygd, finns det en berättigad oro att din geografiska hemvist ska avgöra vilken vård du kommer att få.

Vård som en rättighet. Ytterligare en oro är att vården är beroende av vilken biståndshandläggare du möter. Det hänger samman med att det offentliga åtagandet kan uppfattas som otydligt i konturerna. Om det var definierat som en rättighet och någonting som du själv har betalat för kommer möjligheten att du får den vård du anser dig ha rätt till att öka.

Förbättrad finansiering. Om nu de mest illavarslande kalkylerna om välfärdens framtida finansiering visar sig stämma kommer det att saknas resurser. På ett eller annat sätt kommer det att kräva att man funderar över hur man ska stärka ekonomin. Genom att bryta ut och tydligt definiera dessa pengar kommer äldrevården på lång och kort sikt att stärkas. I tider av hårda prioriteringar inom välfärdsområdet skulle man ändå ha säkrat en större grundtrygghet för de äldre.

Hur ska man då förstå idén om en äldreomsorgsförsäkring? Det förslag som föreligger innehåller flera olika delar som kan diskuteras ihop, men också delas upp.

- *Stärka de äldres rätt.* En försäkring ses av dess förespråkare som förtydligande av kommunernas rättigheter och skyldigheter. Som socialtjänstlagen i dag är utformad har du som medborgare ingen ”rättighet” att få äldreomsorg. Det beror, drastiskt uttryckt, på om den enskilda kommunen har råd. Det är på många sätt ingen hållbar

²⁷ Per Gunnar Edebalk: Hur ska vi klara finansieringen av den framtida äldreomsorgen?
<http://www.aldreicentrum.se/till-tidskriften/2010-2008/Nr-12010-Vem-ska-betala/Hur-ska-det-bli/>

lösning vare sig rättsligt eller medmänskligt. En Äldreomsorgsförsäkring skulle betydligt förenkla och förhoppningsvis lösa denna problematik.

- *Finansiering av ÄO.* Här handlar det om två olika spår. Dels en tanke om att varje generation ska ”ta sin egen kostnad” och av solidariska skäl inte skjuta över en ohållbar ekonomi till kommande generationer. På många sätt en klok och rimlig tankegång. Det stora problemet just nu handlar om att det kanske redan är försent att få med de stora 40-talsgenerationerna. De närmar sig med stormsteg pensionsåldern och kommer då inte kunna vara med om att finansiera ”sin generations kostnad” för den kommande äldreomsorgen via en försäkringslösning. Det andra spåret handlar om att pengarna inte kommer att räcka till. Hur ska man då få mer pengar till äldreomsorgen? De som förespråkar en försäkringslösning tror att medborgarna ”har lättare” att betala en försäkring än en skatt. Hur det är med den saken är hiskeligt svårt att sja om. Stefan Svallfors forskning säger att svenska folket mer än gärna kan betala en höjd skatt.²⁸ Andra hävdar lika bestämt motsatsen.
- *Förändrad lagstiftning.* Lagstiftningen på området har i dag många år på nacken och skulle behöva moderniseras och, i vissa fall, skrivas om. Sedan socialtjänstlagen skrevs 1982 har mycket hänt och vi lever i det delvis förändrat samhälle. En viktig förändring är att lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har tillkommit. Den lagen är annorlunda utformad och liknar mycket mer en rättighetslagstiftning. Under åren har det kommit förslag på en särskild äldreomsorgslagstiftning. Helt säkert är att lagstiftningen måste ses över och vid behov moderniseras.

Mot idén om en äldreomsorgsförsäkring kan man ställa ett antal olika argument. Den första, och mest centrala invändningen, handlar om att det är en urgröpning av den generella välfärden. Varför bör just denna del av välfärden undantas? Det finns ett problem med finansieringen av äldreomsorgen, men det gör det även kring andra välfärdsområden. Om man börjar urholka systemet, var ska det sluta? En annan invändning handlar om att det egentligen bara är en förtäckt och öronmärkt skatt. Ett tredje förekommande argument är att det skulle finnas oförsäkrade individer som det offentliga ändå skulle behöva ta ansvar för. Då blir försäkringslösningen meningslös då det egentligen inte spelar någon roll om man betalar till sin försäkring eller ej. En försäkringslösning skulle också kunna skapa stora klyftor mellan rika och fattiga vilket den skattefinansierade och behovsprövade välfärden inte gör på samma sätt.

Om jag nu ska komma med en värderande slutsats om det förslag som ovan har beskrivits så är jag på alla sätt för de delar som handlar om att hitta ett sätt att sätta fokus på de äldres situation. När det gäller idén om en moderniserad och förnyad lagstiftning är behovet skriande. En rättighetslagstiftning är att föredra, trots att en sådan lagstiftning har en tendens att dra på sig skenande kostnader. Den delen som handlar om finansiering är mycket komplex. En förändrad lagstiftning utan tillförsel av extra resurser blir tandlös. Min grundhållning är att jag tror på välfärdsstaten och en solidarisk finansiering av densamma. I detta fall blir då det mer intressant ju mer skattelik den föreslagna försäkringen är.

²⁸ Se t.ex. http://www.svd.se/naringsliv/starkt-stod-for-valfardsstaten_5779487.svd

Sammanfattning

Äldrevården står inför många utmaningar. För att stärka den enskilda vårdtagaren och den generella behovsprövade välfärden så måste politiken utvecklas. Följande förslag ser vi som prioriterade:

- 1) Nationell finansiering, eventuellt i form av en obligatorisk försäkring.
- 2) Förbättrad valfrihet genom styrd upphandling och/eller etableringskontroll.
- 3) Satsa på hemtjänsten. Uppmuntra lokala initiativ som fixartjänster och liknande.
- 5) Bättre samordning och planering mellan kommun och landsting.
- 6) Rätt till heltid för personal.
- 7) Högre löner.
- 8) Bättre arbetsmiljö.

DEL 3: Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden²⁹

Vilka är dagens utmaningar?

Att leva upp till historiska mål – och till lagen

Antalet äldre i befolkningen var stabilt lågt under hela första halvan av 1900-talet. Därefter har antalet mycket gamla personer ökat mycket snabbt. Sedan 1960 har t.ex. antalet personer 80 år och äldre tredubblats och antalet 100-åringar är nu femton gånger större.

Starten för den starka ökningen av mycket gamla personer i befolkningen sammanföll med utvecklingen av de svenska välfärdssystemen. Det innebar att under 1960- och 70-talen ökade resurserna för äldreomsorgen (ÄO) i minst samma takt som ökningen av antalet äldre. Den svenska ÄO kan när det gäller tillgång till hemhjälp och institution sägas ha haft sin topp i slutet av 1970-talet. Det innebar att valfriheten var stor – de äldre kunde i stor utsträckning nära nog själva välja om de ville ha hemhjälp eller om de ville flytta till institution (särskilt boende med nutida språkbruk).

Efter förarbeten under slutet av 1970-talet antogs socialtjänstlagen (SoL) 1982 och fastställde kommunernas ansvar för att tillgodose befolkningens ”behov av försörjning och livsföring i övrigt”. Sedan dess har de äldre fortsatt att öka i antal medan ÄO:s resurser varit begränsade. Något som bland annat inneburit en prioritering av de äldre med störst behov av vård och omsorg men också inneburit införandet av en mängd åtgärder (satsningar på samarbete, omorganisationer, nya omsorgsformer, omdefinitioner, konkurrens, privata entreprenörer, specialisering, valfrihet, utbildning, värdegrund osv.) för att försöka öka produktivitet och effektivitet inom ramen för begränsade tillgängliga resurser.

Även om de flesta av dessa satsningar har det gemensamt att de inte seriöst utvärderats är det ändå rimligt att anta att den samlade effekten av de olika åtgärderna gjort den svenska ÄO mer effektiv i olika avseenden – åtminstone så att de mest uppenbara möjligheterna att förbättra och effektivisera har åtgärdats. Även om man kan ha olika syn på om dessa ”effektiviseringar” varit av godo blir slutsatsen att potentialen för fortsatta ”vinster” med samma åtgärder i motsvarande grad har minskat.

Utifrån gårdagens normer för vilka behov som berättigade till att erhålla insatser från ÄO och utifrån intentionerna med SoL – som fortfarande efter nära 30 år är den enda relevanta lagstiftningen inom området – är det uppenbart att det finns/har uppstått ett gap mellan dagens

²⁹ Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering. Reviderad & kortad version 2011-09-29. Texten är skriven av Mats Thorslund, Aging Research Center Karolinska Institutet/Stockholms Universitet.

resurser och gårdagens kriterier/normer för vilka behov som skall tillgodoses inom den offentligt finansierade ÄO. Trots det ökande gapet mellan befolkningens behov av vård och omsorg – oavsett hur behoven nu kan definieras och mätas – och tillgängliga resurser saknas en öppen debatt om vad som i dag är en rimlig och lämplig omfattning och inriktning av det offentliga åtagandet.

Sedan 1970 har kvoten mellan antalet i befolkningen i åldrarna 20–64 år och antalet personer 80 år och äldre halverats – från 25 till 12. Detta innebär att skatteunderlaget för äldreomsorgen från inkomster från yrkesverksamma har minskat liksom underlaget för att rekrytera personal till vården och omsorgen. Dvs. det är svårt att argumentera för att det skulle finnas förutsättningar för en återställare i dessa avseenden. Men vad är rimligt i dag?

Även om det saknas centrala eller lokala riktlinjer för vilka äldre och vilka behov som skall prioriteras när tillgängliga resurser inte räcker till är det i praktiken uppenbart att prioriteringarna har ändrats och biståndsbedömningarna stramats upp. Ribban för att få omsorg och vård har höjts väsentligt – äldre personer vars situation för 20 år sedan mer eller mindre självklart kunde beviljats en plats i särskilt boende vårdas i dag i hemmen och med i vissa fall omfattande insatser (tre procent av hemtjänstmottagarna har insatser som motsvarar eller till och med ligger över kostnaden för en plats i särskilt boende). Samtidigt har äldre som "bara" har problem med att klara vardagssysslorna i dag svårt att få hemtjänst överhuvudtaget.

Kvarboendepincipen har blivit en norm – att alla skall få möjligheten att få bo kvar hemma även med stora behov av vård och omsorg. Något som inneburit att innan en flyttning till särskilt boende beviljas försöker man inom den kommunala ÄO på olika sätt pröva om det ändå kan fungera att bo kvar i den ordinarie bostaden. Finns förutsättningarna för att kunna bo kvar med (mer) hemhjälp och/eller insatser från anhöriga beviljas oftast inte en flyttning till särskilt boende. När kvarboendepincipen mer allmänt infördes under 1980 talet sågs den som en möjlighet att få bo kvar hemma – något som numera för vissa äldre och anhöriga mer kan kategoriseras som ett tvång.

Även vilka typer av behov som prioriteras har förändrats - från omsorg av hemmet till vård/omsorg av kroppen. Dessutom har det blivit allt svårare för samboende makar att få ÄO – med samma typ av fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar har ensamboende prioriterats framför samboende (Larsson & Szebehely, 2006). Härutöver har personer med demens prioriterats framför personer med stora fysiska funktionsnedsättningar och skröplighet (gäller framförallt särskilt boende) (Socialstyrelsen, 2006).

Men det har inte bara blivit svårare att överhuvudtaget få omsorg och vård. Väl inne i systemet får många äldre uppleva konsekvenserna av att äldreomsorgen har trimmats och effektiviserats. Personalen i form av vårdbiträden och undersköterskor har att ta hand om allt fler äldre med stora och sammansatta behov av vård och omsorg. Bemanningen har dock inte

följt med den ökade vårdtyngden. I klartext betyder det att de kvalitetskrav som i dag formulerats i olika kommuner i stil med att man skall kunna ge de äldre en omväxlande och meningsfull vardagstillvaro, komma ut varje dag för de som vill osv. på många håll inte kan karaktäriseras annat än som nonsens.

Slutsats: ÄO av i dag lever inte upp till tidigare normer och tidigare tolkning av socialtjänstlagen (SoL). Möjligen – och i synnerhet om man vill se dagens nivå på äldreomsorgen som en måttstock – skulle man kunna argumentera för att den svenska äldreomsorgen i vissa avseenden var överdimensionerad i slutet av 1970-talet och början av 1980-talet.

Att leva upp till dagens mål

I dagens ÄO bedrivs verksamheterna i platta organisationer. Administrativ personal och ledare har minskat över tid. Dagens chefer har i genomsnitt ca 50 underställda. Detta innebär att personalen i många fall sällan vare sig under dagen eller ens veckovis har möjlighet att få feedback från sin chef. Likaså måste det vara svårt att genom cheferna försöka förändra attityder och klimat på de olika arbetsplatserna – något som den statliga Vårdighetsutredningen förespråkade som metod för att öka värdigheten inom ÄO. Socialstyrelsen har under 2010 fastslagit ett antal riktlinjer när det gäller vården och omsorgen om demenspersoner. I flera avseenden innebär de en ambitionshöjning i relation till dagens standard.

Slutsats: Det finns inga nya nationellt formulerade mål för ÄO utöver SoL från 1982. Där emot uttrycker flera statliga utredningar behov av ambitionshöjningar. I flera kommuner finns också tydliga krav vid entreprenadupphandlingar som i olika avseenden överstiger rådande standard.

Att leva upp till dagens önskemål och förväntningar

Om man skall döma av brukarundersökningar – man frågar de äldre ”brukarna” med hemtjänst eller särskilt boende om de är nöjda med den vård och omsorg de får, med personalen, osv. – verkar äldreomsorgen i de allra flesta fall väl leva upp till de förväntningar som de äldre med beviljat bistånd har. Även om dessa nöjdhetsundersökningar är en i många avseenden tveksam metod för att få ett mått på hur väl äldreomsorgen fungerar (Socialdepartementet, 2002) så stämmer resultaten inte alltid med den bild man får när anhöriga tillfrågas och – framförallt – inte med massmedias reportage om knapphet, missförhållanden och skandaler.

En uppenbar svårighet när det gäller att bedöma den samlade kvaliteten och utvecklingen inom äldreomsorgen är de lokala variationerna mellan – och i vissa fall även inom – Sveriges 290 kommuner. Även om skillnaderna mellan kommunerna minskat under senare år finns

fortfarande stora skillnader vad gäller chansen för en äldre person att få hemhjälp eller en plats på särskilt boende. Vissa kommuner är mer generösa än andra och har mer platser och/eller en mer utbyggd hemtjänst – skillnader som har sitt ursprung i en historisk tradition snarare än den aktuella ekonomiska situationen eller rådande lokal politisk majoritet (Trydegård & Thorslund, 2010).

Kvaliteten på den ÄO som ges varierar enligt olika utvärderingar och bedömningar. Ett förhållande som bör åtgärdas är att många särskilda boenden inte är anpassade till de behov de boende har. Framförallt gäller det för de dementa. Av de ca 90 000 platser som finns i särskilt boende är uppskattningsvis ca 30 000 anpassade (och ofta högre bemannade) för äldre dementa. Dock bedöms dubbelt så många av de boende – ca 60 000 – ha behov av sådana särskilt anpassade platser (Socialstyrelsen, 2007a).

Ett annat eftersatt område är organiseringen och utformningen av omsorgen och vården av äldre personer med komplexa problem och behov av samordnade insatser från både den kommunala äldreomsorgen och från flera olika delar av sjukvården. Vare sig kommunerna eller – framför allt inte – sjukvården har hittills varit organiserad för att kunna tillgodose dessa komplexa behov.

När det gäller förväntningar på dagens ÄO bland de äldre som står utanför saknas studier. Däremot finns studier som pekar på att det är relativt ovanligt att man hankar sig fram själv eller med anhörigas hjälp men hellre skulle vilja få hjälp eller flytta till särskilt boende. Enligt dessa studier är det också ovanligt att man avstått från att formellt ansöka för att man inte trott att man har någon chans att få. Eller att man avstått från att ansöka för att man tycker att dagens utbud inte passar eller är för dyrt (Socialstyrelsen, 2007b; Lagergren m fl., 2010).

En del av förklaringen bakom de negativa bilderna av ÄO ligger nog i att det är morgondagens äldre som inte gillar det de ser eller tror sig se – ”Vi vill inte bli gamla som äldreomsorgen ser ut i dag!” – dvs. att de kommande generationerna har andra anspråksnivåer och andra vanor (duscha varje dag/komma ut varje dag/välja själv/bo med likasinnade/osv.). Förhållanden som för trettio år sedan betraktades som normala gäller nog till stor del fortfarande i våra särskilda boenden och inom hemtjänsten. Och accepteras kanske av dagens äldre brukare. Däremot verkar de anhöriga barnen till dagens brukare inte vara lika nöjda med den ÄO föräldrarna får.

Anspråksnivåerna – hur man vill ha det som gammal – kommer att öka. Däremot är det inte självklart att anspråken och kraven på det offentliga åtagandet kommer att öka i samma utsträckning. Massmedia – och även forskningsrapporter och utredningar – kan ha bidragit till en ökad insikt om att man som blivande äldre kanske inte kommer att kunna räkna med att den offentligt finansierade ÄO kommer att kunna fylla upp till den nivå man vill vara på som gammal och skröplig.

För de äldre som bor hemma och behöver vård och omsorg svarar anhöriga i dag för cirka två tredjedelar av den nödvändiga omsorgen. Medvetenheten om att ÄO är beroende av att anhöriga kan, vill och orkar fortsätta att ha denna roll har ökat under åren. Tillkomsten av en ny bestämmelse i SoL år 2009 som stadgar kommunernas skyldighet att erbjuda stöd för närstående som vårdar långvarigt sjuka äldre eller personer med funktionshinder kan ses som ett tecken på nödvändigheten att försöka stimulera anhöriga att även i fortsättningen orka ta detta ansvar.

Slutsats: Dagens brukare – de som fått ett biståndsbeslut – verkar till stor del vara nöjda med dagens vård och omsorg. Dock är det oklart vad de äldre utanför ÄO anser. Däremot är det uppenbart att många av morgondagens äldre sannolikt inte skulle vara nöjda med dagens nivåer.

Det finns uppenbara kvalitetsbrister när det gäller vården och omsorgen av äldre dementa personer och personer med flera sjukdomar samtidigt (multisjuklighet) och olika funktionsnedsättningar. Till stor del är dessa kvalitetsbrister en funktion av resursbrist. Men inte bara – det finns också stora brister när det gäller samordning.

Morgondagens utmaningar

Perioden 2010 – 2020

Demografien. Under perioden kommer antalet personer 80 år och äldre inte att nämnvärt öka. Däremot kommer enligt prognoserna antalet personer i yrkesverksamma åldrar att minska och därmed förändra beroendekvoten.

Pensionsavgångar. Inom ÄO närmar sig stora personalgrupper pensionsåldern. Vilket innebär att möjligheten att rekrytera ny personal måste uppmärksammas – speciellt med tanke på att antalet personer i de yrkesverksamma åldrarna sannolikt kommer att minska. Vad kan göras för att göra arbetet mer attraktivt? Högre löner och högre bemanning är här sannolikt nödvändigt – dels för att förbättra kvaliteten men framförallt att göra arbetet mer attraktivt, att personalen inte behöver gå hem från jobbet både trött och med en känsla av otillräcklighet.

Hälsa och vårdbehov. Det är ont om forskning rörande hälsoutvecklingen inom de allra äldsta åldersgrupperna, dvs. ÄO:s målgrupper. Den forskning som finns pekar också delvis i olika riktningar (Parker & Thorslund, 2007; Christensen m.fl., 2009). Detta innebär att det är svårt att göra prognoser baserade på den hittillsvarande utvecklingen. Om överlevnaden bland multisjuka och skröpliga äldre fortsätter att öka talar detta för ökade behov av både sjukvård och ÄO.

Ökade anspråk. Även om det fortfarande inte är 40-talisterna utan 30-talisterna som kommer in i ÄO:s ”brukar-åldrar” under denna period kommer nog anspråken på en bättre äldreomsorg bland de äldre att vara högre än i dag. Däremot är det inte självklart att dessa ökade anspråk i första hand kommer att riktas mot kommunernas äldreomsorg.

Slutsats: Även om inte antalet äldre kommer att öka under perioden så minskar antalet personer i yrkesverksamma åldrar och därmed både skattebasen och rekryteringsunderlaget för personal inom sjukvård och ÄO. Tillsammans med stora pensionsavgångar kommer detta sannolikt att leda till att lönerna behöver höjas. Äldregruppernas behov av vård och omsorg kommer knappast att minska utan snarare att öka under perioden. För att upprätthålla dagens ambitionsnivå även under denna period krävs alltså ytterligare resurser för löneökningar och (sannolikt) för att hantera den ökande sjukligheten bland de allra äldsta. En höjning av ambitionsnivån i form av ökad bemanning för att kunna leva upp till de kvalitetskrav som formulerats i statliga utredningar och i flera kommuner kräver en ytterligare resursökning på åtminstone ca 10 %.

Perioden 2020 – 2040

Demografien. Under denna period kommer antalet personer 80 år och äldre i befolkningen att öka dramatiskt. Detta utan att antalet yrkesverksamma ökar på motsvarande sätt. Beroendekvoten kommer 2040 enligt prognoserna att vara nära nog halverad jämfört med år 2010. Enligt prognoserna kommer det år 2040 att vara 7 personer i yrkesverksamma åldrar (20–64 år) per person 80+ jämfört med 12 år 2010. Den demografiska utvecklingen medför att det kommer att behövas mer personal för att en ÄO bestående av avlönad personal – oavsett om den är offentligt eller privat finansierad – skall kunna möta de ökande behoven. Även om de ekonomiska resurserna skulle gå att få fram – kommer det att gå att rekrytera tillräckligt med personal?

Hälsa och vårdbehov. Om det är svårt att göra prognoser på kort sikt är det inte lättare på längre sikt. Min bedömning utifrån bland annat svenska data pekar på att ohälsan ökat bland de allra äldsta – många dör inte längre av sjukdom utan snarare av ålder. Vilket kan ta tid – dvs. man är sjuk och skröplig längre. Även bland de multisjuka och de skröpliga har dödligheten minskat (Meinow, 2008).

Trots att det i dag inte finns några som helst tecken på att livslängden som äldre skulle sluta att öka (Vaupel, 2010) kan en fortsatt ökning inte tas helt för given. Hot mot en fortsatt ökning av livslängden (och därmed kortare tid som sjuk och skröplig) skulle kunna vara antibiotikaresistens och pandemier – båda kan få särskilt stor inverkan på livslängden bland de mest skröpliga. Effekterna av ett genombrott inom demensforskningen kan också komma

att spela en roll. Omsorgen om dementa äldre utgör i dag den dominerande kostnaden för kommunernas ÄO. I vilken utsträckning nya verksamma läkemedel mot demens också kommer att innebära nettobesparingar för kommunerna är ännu för tidigt att spekulera i.

Ökade anspråk. Under denna period kommer 40-talisterna att vara en målgrupp för ÄO. En central fråga – utan ett självklart svar – är hur de ökade anspråken man hade som yngre-äldre eventuellt omformats i livets slut när man är beroende och i behov av ÄO.

Slutsats: Antalet äldre kommer att öka dramatiskt och därmed behoven av ÄO. De hittillsvarande hälsotrenderna går inte att självklart generalisera till de nya äldre-äldre-kohorterna som haft en helt annan livsresa jämfört med dagens äldre-äldre. Det finns dock i nuläget inget som talar för en markant hälsoförbättring bland de allra äldsta – möjligen snarare tvärtom. Försök till kvantitativa beräkningar av de kommande behoven indikerar behov av ökning på 60–67 % mellan 2005 och 2040. Beräkningen baseras på täckningsgraderna år 2005 – som var avsevärt lägre än under tidigare år i den moderna ÄO:s historia. Med högre ambitioner ökar förstås resursbehoven.

I tabellen nedan baseras den demografiska framskrivningen av behoven år 2040 på antagandet om en oförändrad hälsoliv i de åldrar som hittills varit aktuella för äldreomsorg alternativt antagandet om en viss förbättring. Den demografiska framräkningen varierar då mellan 60 och 67 procent. Med löneökningar motsvarar detta en nödvändig ökning av ÄO:s resurser med ca 80 procent för att komma upp i dagens standard. För att år 2040 inte bara nå upp till dagens faktiska standard utan också kunna leva upp till dagens mål krävs ökad bemanning och en viss ökning av antalet chefer motsvarande en fördubbling av dagens resurser. I tabellen finns inga försök att uppskatta behovet av resurser för att möta kommande äldrekohorters eventuellt ökande anspråk.

Procentuell utveckling av kostnaderna för äldreomsorgen fram till år 2040

För att behålla dagens standard	
Demografi (+ 60 – 67 %)	160 – 167 %
Löneökning (+ 10 %)	16 – 17 %
Summa	176 – 184 %
Tillkommer för att leva upp till dagens mål	
Ökad bemanning (+ 10 %)	18 %
Fler chefer (+ 2 %)	4 %
Totalt	198 – 206 %

Totalt pekar beräkningarna för år 2040 på ett behov av resursförstärkning för ÄO på 80–100 procent jämfört med dagens situation. För en verksamhet som i dag utgör drygt 3 procent av BNP borde en sådan utveckling inte vara omöjlig att uppnå även om det skulle innebära ett trendbrott för ett område som under snart tre decennier dragit ner på antalet platser i särskilt boende/vård- och omsorgsboende och dragit ner möjligheterna för de äldre att få hemtjänst.

Om det inte går. Om den offentligt finansierade ÄO inte ges möjlighet att expandera enligt ovan innebär det en ambitionsminskning. Under förutsättning att den svenska modellen i möjligaste mån skall bibehållas kan några olika utvecklingslinjer skönjas:

- Ribban för att få höjs. Det blir svårare att bli beviljad bistånd. Det kommer att krävas allt större behov för att få. Detta innebär en form av rättvisa – alla bedöms lika. Detta är en metod som använts fortlöpande sedan början av 1980-talet (dock att man då började nedgången från en hög och generös ribba). Detta kommer att innebära att många som i dag bedöms som självklart kvalificerade för att få ÄO kommer att hamna utanför. Hur kommer deras behov att tillgodoses?
- Vissa behov prioriteras. Den hittillsvarande utvecklingen har bland annat inneburit att personer med nedsatt kognitiv funktionsförmåga (demens) har prioriterats före personer med fysiska funktionsnedsättningar vad gäller en plats i särskilt boende. Detta för att kvarboendepincipen är svår att upprätthålla för personer med demens – särskilt svårt för de som är ensamboende. Även denna metod innebär rättvisa – förutsatt att de olika kommunerna gör samma prioriteringar.
- De som inte har anhöriga prioriteras. Detta görs tydligt redan i dag – ensamboende prioriteras framför samboende. En tendens – dock inte lika tydlig – är också att ensamboende utan barn prioriteras framför ensamboende med barn. Resurserna allokeras alltså till de äldre med behov av vård och omsorg där anhöriginsatser inte finns som alternativ.
- Maskorna i omsorgsnätet glesas ut – dock att det finns ett golv för hur lite man får. Detta alternativ skulle innebära att alla äldre med behov enligt dagens faktiska normer får ÄO men färre timmar/insatser per person (kan framförallt tillämpas när det gäller hemtjänsten och i mindre utsträckning för särskilt boende).

Avslutande kommentar

Samtliga alternativ ovan innebär i princip en oacceptabel ambitionsminskning relativt både gällande lagar och normer men också relativt de förväntningar när det gäller den svenska välfärdsmodellen som dagens äldre och deras anhöriga har haft och fortfarande har. Även om det finns en samsyn om principerna bakom den svenska ÄO är det tveksamt i vilken utsträckning de prioriteringar som i dag görs, dvs. dagens offentliga åtagande, är kända för allmänheten eller ens för merparten av våra politiker. Det senare innebär att på många håll finns ett avstånd mellan de politiska viljeyttringarna – främst då på nationell nivå – och de prioriteringar som görs i praktiken.

Härutöver är skillnaderna mellan landets kommuner stora när det gäller resurstillgång i relation till behov och därmed följande skillnader när det gäller vilka behov som kan beviljas i biståndsbedömningen.

Detta innebär att det offentliga åtagandet när det gäller ÄO inte är tydligt, inte är känt för medborgarna, att det varierar mellan kommunerna och inte heller är förutsebart – vare sig vid ett givet tillfälle eller över tid. Något som gör det mycket svårt för dagens och morgondagens äldre och deras anhöriga att förbereda sig – vad kan jag räkna med att få för hjälp? Och vad måste jag ta ansvar för själv?

Referenser

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. (2009). Ageing populations. The challenges ahead. *The Lancet*, vol 374, 1196-1208.

Lagergren, M., Berglund, J., Fagerström, C., m fl. (2010). Horizontal and vertical targeting – a comparison between users and non-users of formal age care (insänd för bedömning).

Larsson, K. & Szebehely, M. (2006). Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna. I: Vogel, J. (red). *Äldres levnadsförhållanden 1980 – 2003* (s. 411-420). SCB/Umeå Universitet.

Meinow, B. (2008). Capturing health in the elderly population. Complex health problems, mortality and the allocation of home-help services. Institutionen för social arbete, Stockholms universitet (avhandling).

Parker, M. G. & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *The Gerontologist*, vol. 47, 150 – 158.

Socialdepartementet (2002). Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen? Vad säger brukarundersökningar och andra mått på kvaliteten? Socialdepartementet, Ds 2002:23.

Socialstyrelsen (2006). Äldre som flyttar till service och vård. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2005. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007a). Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007b). Uppdrag att följa och utvärdera Socialtjänstlagens bestämmelser om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundström, G., Malmberg, B., Castiello, M.S. m.fl. (2007). Family Care for Old People in Europe: Policies and Practices. I: Szinovacz, M.E., & Davey, A. *Caregiving: Cultural, familial, and societal contexts* (s. 235–267). New York: Springer.

Thorslund & Wånell, S. E. (2006). Målen för äldreomsorgen, en potenkukuliss? I: Thorslund, M. & Wånell, S. E. (red.). *Åldrandet och äldreomsorgen* (s. 63–73). Lund: Studentlitteratur.

Trydegård, G.-B. & Thorslund, M. (2010). One uniform welfare state or a multitude of welfare municipalities? *Social Policy and Administration* (under publicering).

Vaupel, J.W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*, vol. 464, 536–542.