

TIMBRO

Sverige åldras

ÄLDREOMSORGEN MÅSTE BYGGAS OM

Johan Ingerö

TIMBRO • Augusti 2016

JOHAN INGERÖ arbetar på Timbro som ansvarig för välfärdsfrågor. Tidigare har han bland annat arbetat på Socialdepartementet som presschef hos dåvarande socialminister Göran Hägglund och som kommunpolitisk sekreterare. Han har även varit vårdbiträde inom äldreomsorgen. Författaren vill rikta ett varmt tack till Henrik Kjellberg, vårdanalytiker och tidigare sakkunnig i äldreomsorgsfrågor vid Regeringskansliet, för ovärderlig hjälp med research.

© Författaren och Timbro 2016

ISBN 978-91-7703-033-1

www.timbro.se

info@timbro.se

Innehåll

1 SAMMANFATTNING	• 4
2 INLEDNING	• 5
3 ÄR ÄLDREOMSORGEN BRA ELLER DÅLIG?	• 7
4 ÄLDREOMSORGENS UTVECKLING	• 9
4.1 Demografin	• 9
Tabell: Försörjningskvoten 2005-2030, prognos	• 9
4.2 Äldre personers hälsa och omsorgsbehov	• 10
4.3 Hemtjänst och särskilt boende och övriga insatser	• 11
Tabell 2: Boende i särskilt boende och hemtjänst 2000-2014	• 11
4.4 De mest sjuka äldre	• 12
4.5 Finansieringsgapet	• 14
4.6 Effektiviseringspotentialen	• 15
4.7 Kostnader för avsaknad av kvalitet	• 16
5 VAD BÖR GÖRAS?	• 18
5.1 Skutan måste styras – inte driva för vinden	• 18
5.2 Sluta samordna och börja organisera	• 19
5.3 Låt oss ta några obekväma beslut	• 20
5.4 Minska på administration och byråkrati	• 20
5.5 En kulturförändring behövs	• 21
6 NÅGRA FÖRSLAG FÖR EN EFFEKTIVARE VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	• 22
6.1 Lag om teambaserad för vård av äldre i hemmet	• 22
6.2 RUT räddar äldreomsorgen	• 24
Tabell 2: Fördelning av personer med hemtjänst grupperade i timnivåer	• 26
6.2 Inför en lag om servicekonton för äldre	• 27
7 AVSLUTANDE DISKUSSION	• 29
8 REFERENSER	• 30

1 Sammanfattning

Den svenska välfärden kommer ofrånkomligen att sättas under press när de äldre i befolkningen blir fler. Inom loppet av drygt två mandatperioder kommer en stor del av dem som föddes på 1940-talet att behöva äldreomsorg. Det är bråttom att förbereda och förbättra systemen, och även om situationen inte är unik kan den behöva hanteras med nya grepp.

Det kan vara frestande att jämföra dagens utmaning med 1990-talets ekonomiska kris. Även då tvingades välfärdens verksamheter genomleva hårdhänta sparbetning och omstruktureringar. Vården och omsorgen lyckades i stort sett med sitt uppdrag då, trots en svår situation. Men det reptricket låter sig inte göras om. Vi har ett helt annat vård- och omsorgssystem i dag.

En bärande tes i denna rapport är att vi måste leta efter outnyttjade reserver. Vården och omsorgen om äldre har sina brister och problem, men verksamheten har i många avseenden utvecklats positivt under senare år. Statliga satsningar har givit nya insikter. Det finns ett högt utvecklat kunnande inom svensk äldreomsorg. Mycket handlar om att ta till vara den orealiserade potential som faktiskt finns där ute, i enskilda kommuner. Goda exempel och erfarenheter kan användas i en varsam och fullt möjlig förändring av organisation, ansvar och arbets sätt. I rapporten skisseras tre förändringar av äldreomsorgen med dessa förtecken.

Ett huvudförslag rör bättre omvårdnads-, sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser i de äldres egna hem. Organisatoriska förändringar föreslås, i syfte att mildra eller helst upphäva byråkrati och samarbetsproblem mellan huvudmän. Äldre personer som behöver omvårdnadsinsatser och övriga kvalificerade hemsjukvårdsinsatser ska skrivas in i en ny teambaserad vård i hemmet.

Det andra förslaget innebär att regelverk och avgiftssystem konstrueras i en enlighet med en princip om att serviceinsatser i första hand ska köpas på marknaden med RUT-avdrag. Förslaget medför en begränsning av det offentligas ansvar för insatser som inte rör kvalificerad omvårdnad och vårdinsatser. Enskilda personers privata betalningsförmåga ska utnyttjas mer.

Ett tredje förslag tar sikte på äldre personers möjligheter att leva ett värdigt vardagsliv på egna villkor, oavsett inkomster och övriga möjligheter. En ny lag om så kallade servicekonton föreslås, där de olika systemen med så kallad förenklad biståndsbedömning formaliseras i en ny lag.

2 Inledning

Under 2000-talet har det presenterats en strid ström av bedömningar av demografin och en kraftigt ökande efterfrågan på äldreomsorg. Ett stort antal utredningar, rapporter och studier har föreslagit åtgärder och reformer. Vi vet vilka problem som väntar runt hörnet, men är trots det inte förberedda att möta dem.

Nu är stunden kommen då vi kan utvärdera prognoserna i realtid. Mellan 2013 och 2014 ökade kostnaderna för vård och omsorg till äldre med nästan fyra procent. Detta är bara början. Ungefär en fjärdedel av alla personer som får äldreomsorg finns i åldersgruppen 65-79 år. Den gruppen ökar snabbt i antal.

Om bara tio år förväntas kostnaderna för äldres vård och omsorg ha ökat med 60 miljarder kronor. Det handlar om litet drygt två mandatperioder. I ett längre tidsperspektiv, fram till 2050, så kommer antalet personer över 75 år att fördubblas.¹ Med tiden kommer också allt starkare krav på högre kvalitet, bättre service och en högre ambitionsnivå.

När offentliga välfärdssystem sätts under press finns något förenklat två alternativ. Antingen sker generella besparingar och ambitionssänkningar, eller så utnyttjas olika ekonomiska reserver. Under 1990-talets krisår lyckades vården och omsorgen i huvudsak med det senare alternativet. Slutna vård- och omsorgsformer gjordes om till öppna eller lades ner. Vårdtiderna på sjukhusen minskades rejält och hemtjänsten riktades mot dem som hade de allra största behoven. Den tidens reserv hette överkapacitet.

Komplicerade samhällsproblem karaktäriseras av att det inte finns en enskild lösning. När det gäller äldreomsorgen – och snart sagt all annan offentligt finansierad välfärdsverksamhet – är huvudfrågan alltid skatteintäkterna. En stor del av lösningen ligger utanför vård- och omsorgssystemet. Det handlar om arbetsutbudet, socialförsäkringarna och om utbildnings- och skattesystemen. Men äldreomsorgen måste också anpassa sig. I annat fall blir konsekvenserna sämre verksamhet och mer statlig och kommunal skuldsättning.

Det är möjligt att vi kommer att få mer privat finansierad äldreomsorg, ungefär som inom hälso- och sjukvården. Äldreomsorg skiljer sig dock från hälso- och sjukvården på avgörande punkter. En plats på särskilt boende kostar åtminstone 600 000 kronor per år, ofta betydligt mer. Behovet av omfattande omsorg kan finnas där under många år. För en dement person som tillbringar sina sista tio år på ett särskilt boende handlar det alltså om minst sex miljoner kronor. Mycket få privatpersoner har möjlighet att själva betala räkningar i den storleksordningen.

Varför är det så svårt för välfärdssystemen att hantera den demografiska utmaningen? Ett svar är att efterfrågan ökar snabbare än skat-

1. Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? MYVA, 2015.

teintäkterna. Ett annat svar är att tjänsteproduktionen inte kan höja sin produktivitet i samma omfattning som annan produktion. Det sistnämnda påståendet är dock bara delvis sant.

Nyvnunna erfarenheter från utvecklingsprojekt och pågående insatser inom några kommuner och landsting visar nämligen att det är möjligt att kraftigt förbättra resultaten av vårdens och omsorgens insatser för de mest sjuka äldre. Produktiviteten mätt i antal utförda hemtjänsttimmar är kanske vad den är, men resultaten av insatserna går att förbättra.

Även om äldreomsorgen blir bättre på att utnyttja denna kvarvarande reserv kommer det i sig inte att räcka. Frågan om ett preciserat offentligt åtagande måste därför ges ett tydligt svar. Allt fler ropar efter klarare spelregler gällande vad det offentliga ska stå för och inte. Det krävs också ett starkare fokus på äldre personers möjligheter att kunna leva ett "assisterat vardagsliv". Där finns viktiga kvalitetsaspekter, som äldreomsorgssystemet fortfarande försummar.

Fokus för denna rapport ligger på en effektivare vård och omsorg, ett preciserat offentligt åtagande och mer av eget ansvar, autonomi och valfrihet för äldre. Frågan är inte om samhället ska satsa på äldreomsorgen, utan hur. Det kommer att kosta att utveckla vården och omsorgen, och det gäller även med en bibehållen ambitionsnivå. Frågan är varifrån dessa resurser ska tas – några konkreta förslag kommer att framföras i den här rapporten.

3 Är äldreomsorgen bra eller dålig?

Vissa välfärdsområden är ständigt förknippade med brister och missförhållanden. Äldreomsorgen är ett sådant exempel. Den som läser dagstidningar och ser på nyheterna kan knappast få en annan bild än att det råder stora problem. Äldreomsorgen framställs oftast som en enda lång eländeskatalog präglad av missförhållanden. Frågar man folk om de tror att de kommer att få en bra äldreomsorg så svarar följaktligen en majoritet nej.²

Men hur ligger det egentligen till – har Sverige en bra eller dålig äldreomsorg? Svaret på den frågan beror på vilka fakta man väljer att värdera, våra förväntningar och jämförelser över tid och med andra länders äldreomsorg. Men vården och omsorgen om äldre är hur som helst en av den svenska välfärdens mest omfattande utfästelser till medborgarna. Du arbetar och betalar skatt efter förmåga; kommunerna lovar att ta hand om dig när du blir gammal och skröplig. Du kan få hemsänd mat, trygghetslarm, hemtjänst, hemsjukvård och särskilt boende. Landstingen ska vid behov ge dig sjukvård i akuta, öppna eller slutna former. Om du är en av de allt fler personer som dör i ett utdraget förlopp så ska du få stöd, smärtlindring och värdighet till livets slut.

Sveriges största yrkeskategori – undersköterskorna – finns där tillsammans med läkare, arbetsterapeuter, dietister och sjuksköterskor för att ta hand om de äldre som behöver vård och omsorg. Kommunerna avsätter sammanlagt 109 miljarder kronor om året till äldreomsorgen (2014), vilket placerar Sverige i den absoluta världstoppen.

Motsvarar det offentliga utfästelser den verklighet som äldre personer sedan möter i äldreomsorgen? Vi ska återkomma till den frågan mer i detalj senare, men vi kan konstatera att ambitionerna är höga och att de äldre själva verkar nöjda när de tillfrågas. Internationella bedömare brukar i allmänhet ge svensk äldreomsorg toppbetyg.³

Vi har ett av världens mest generösa system för offentligt finansierad äldreomsorg. Så varför är och uppfattas svensk äldreomsorg som ett problem? Förklaringen kan vara en blandning av vinklade nyheter, systemfel och orealistiska förväntningar.

Kommunerna har i uppdrag att ge omsorg, socialtjänst och skola inom samma budgetram. Om resurser tryter, eller andra områden prioriteras högre i den kommunala politiken, får äldreomsorgen nöja sig med mindre. Lagstiftningen, som vi nog litet till mans uppfattar som rättighetsbaserad, förändras stegvis och automatiskt efter tillgängliga resurser.

Ett reellt och tydligt problem är att vården och omsorgen inte fungerar som den ska för de allra äldsta och mest sjuka äldre. Där är bevisen för ett systemfel överväldigande. Samarbetet mellan kommuner

2. <http://www.svt.se/nyheter/val2014/baro-2-av-100-trygga-med-att-aldras>

3. Reviews of Health Care Quality: Sweden, OECD 2013.

och landsting fungerar inte, vare sig på makronivå mellan huvudmännen eller mellan de individer som rent praktiskt är inblandade i vården och omsorgen om den enskilda äldre.

Samtidigt har vi här en komplicerad förväntningsproblematik, där höga ambitioner paradoxalt nog leder till en negativ bild av vård- och omsorgssektorn. Allt fler dör allt högre upp i åldrarna. Vi räddar livet på döende 90-åringar gång på gång. Konsekvensen är fler akutvårdsbesök, mer intensivvård och upprepade ambulansfärder. I den här vården kan mycket bli bättre – i själva verket är det kanske en av den svenska välfärdens sämst fungerande delar. Men våra medicinska och organisatoriska framsteg kan även ha gjort det svårare för oss att acceptera att livet har runnit ur dessa gamla kroppar. Det är enklare att klaga på bemanningen än att diskutera människans värdighet och det utdragna döende som blir konsekvensen när äldre personer nära nog förhindras att dö en naturlig död.

Hundratusentals äldre får hjälp av äldreomsorgen varje dag. Med så många människor inblandade innebär den mänskliga faktorn oundvikligen att misstag begås. Systemen försöker på olika sätt minimera dessa misstag, men de kan inte undvikas helt. Och som alla goda talare – och journalister – vet påverkar känslor mer än sakliga resonemang.

Den här blandningen av systemfel och svikna förväntningar brukar mötas med ett standardrecept på förbättringar: mer pengar och ett större offentligt åtagande. En central tes i denna rapport är att de brister som finns i högre utsträckning beror på grundläggande ineffektivitet, och att lösningen ligger i organisatoriska förändringar, ansvarsgränser och nya arbetssätt.

Potentialen ligger främst i frigörandet av kompetens, samarbete, ny teknik, riskhantering och nya integrerade sätt att ge vård och omsorg. Det handlar om förståelse för äldres behov, och om realistiska förväntningar på vilka resultat som kan uppnås.

Äldreomsorgen måste förändras nu och snabbt bli ännu bättre, eftersom äldreomsorgen snart kommer att gå in i ett svårare, kanske kritiskt, läge. För den som har följt debatten om vård och omsorgen om äldre är den demografiska utmaning vi står inför ingenting nytt. Skillnaden är att framtiden nu alldeles strax är här, och det behövs bättre svar på hur äldreomsorgen ska anpassas och förändras för att möta de växande behoven.

Har vi en bra äldreomsorg eller inte? Svaret är att den har höga ambitioner, i flera avseenden hög kvalitet, men också en hel del problem. Det finns en bra grund att bygga vidare på. Svenskt äldreomsorgskunande är i världsklass, men vi får inte alltid ut det i form av resultat i verksamheterna.

4 Äldreomsorgens utveckling

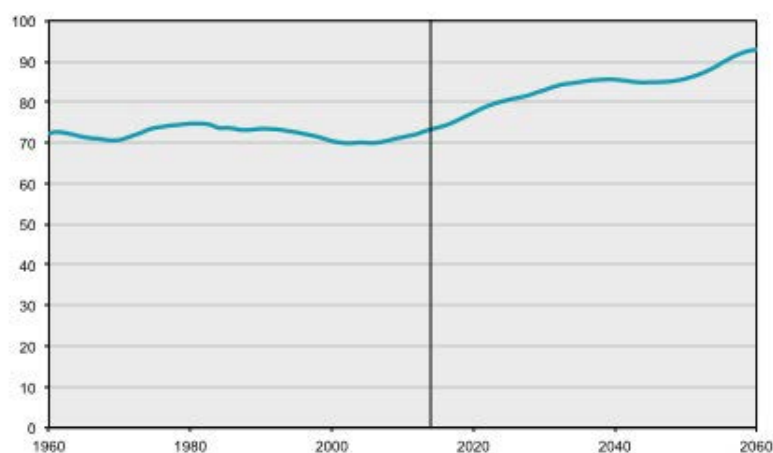
Inte sällan finns nog uppfattningen att äldreomsorgens utveckling är statisk och att verksamheten ser ut som den alltid har gjort. Ingenting kunde vara mer fel. Omvälvande förändringar har skett under 2000-talet. Fördelningen mellan olika typer av omsorgsinsatser – hemtjänst och särskilt boende – genomgår fortfarande en betydande omstrukturering. Hälso- och sjukvården genomgår en liknande omstrukturering där slutna vårdformer övergår i öppna. Till dessa förändringar kommer också demografiska fluktuationer och förändringar vad gäller äldres hälsa och vårdbehov, som kan förändra förutsättningarna.

4.1 Demografin

Sverige har en av världens äldsta befolkningar. Svensken har längst återstående livslängd efter 65 år inom hela EU.⁴ En ökande medellivslängd kommer leda till en förändring av befolkningsstrukturen mot ett större antal äldre. Om mindre än fyra år kan de födda år 1940 fira sin 80-årsdag och då börjar antalet i den äldsta åldersgruppen att öka. Nu finns drygt en halv miljon personer som är 80 år eller äldre; i mitten av 2040-talet beräknas de vara över en miljon till antalet.⁵

Ett större antal äldre leder också till att andelen personer i yrkesverksam ålder minskar. Det är här, i gränssnittet mellan demografi och antalet arbetande personer i samhället, som välfärdens finansiering och form avgörs. Den så kallade försörjningskvoten, alltså antalet personer i befolkningen i förhållande till antalet personer i yrkesverksam ålder, kommer att öka kraftigt.

Tabell 1: Försörjningskvoten 2005-2030, prognos



Källa: SCB

4. Researchsamtal med Märten Lagergren, Äldrecentrum

5. Statistiska meddelanden, Sveriges framtida befolkning 2016–2060, SCB 2016

Sverige har i dag en försörjningskvot på drygt 73. Det betyder att per 100 personer i de mest förvärvsaktiva åldrarna 20–64 år finns det 73 personer som är yngre eller äldre än så. 2060 antas siffran ha stigit till hela 93.

Det är värt att notera att de senaste åren ändå har varit demografiskt gynnsamma. En relativt låg andel äldre och hyggligt små barnkullar har gett äldreomsorgen visst andrum. Men nu har det så kallade köttberget, för att citera den tidigare finansministern Pär Nuder, börjat röra på sig.

4.2 Äldre personers hälsa och omsorgsbehov

År 2014 var medellivslängden 84 år för kvinnor och drygt 80 år för män. SCB beräknar att den 2060 kommer att ha stigit till 89 år för kvinnor och nästan 87 år för män, alltså en ökning med fem år för kvinnor och sex år för män.⁶ Det är främst den minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar som har bidragit till en ökad medellivslängd.⁷ En tvistefråga inom forskningen har varit om denna utveckling innebär att vi lägger fler friska år till livet eller om sjuklighet och omsorgsberoende sprids ut över en längre ålderdom. Ny forskning visar att den ökade medellivslängden, de år vi får ytterligare i livet, är år med hälsa utan funktionsnedsättning som leder till vård- och omsorgsbehov.⁸

För närvarande finns det ungefär 160 000 personer med demenssjukdomar i Sverige och varje år insjuknar drygt 25 000 personer. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Fram till år 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdomar nästan fördubblas.⁹ Dödligheten i demenssjukdomar har ökat och är nu drygt fyra gånger högre än 1987. Samhällskostnaderna för vård och omsorg för personer med demenssjukdom beräknas uppgå till drygt 50 miljarder kronor, varav 85 procent av kostnaderna faller på kommunerna, 5 procent på landstingen och resterande 10 procent på anhöriga eller andra närstående.

Den viktigaste faktorn för att hålla nere omsorgskostnaderna blir förmodligen förebyggandet av nedsatt funktionsförmåga hos äldre personer, det vill säga åtgärder som kan förhindra att behov av äldreomsorg ens uppstår.

Myndigheten för Vårdanalys (MYVA) har simulerat funktionsförmågan hos en genomsnittlig 78-åring under varierande omständigheter. Den ursprungliga så kallade funktionsnivån och dödligheten över tid bestäms i hög grad av den ursprungliga funktionsförmågan. Till exempel har en 78-årig kvinna som saknar funktionsnedsättning

6. Långtidsutredningen 2015, SOU 2015:104

7. Socialstyrelsen, Öppna jämförelser 2014

8. Scandinavian Journal of Health 1-7, Healthy life years in old age. M Lagergren m.fl. 2015

9. Nationell utvärdering: Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014, Socialstyrelsen, 2014

goda möjligheter att klara sig undan en svårare funktionsnedsättning under de närmaste fem åren.¹⁰

Insatser för att undvika svårare funktionsnedsättningar är avgörande. Kommunerna har enligt lag ett rehabiliteringsansvar (18 b § Hälso- och sjukvårdslagen). Studier, bland annat från Östersund, visar att en större satsning på rehabilitering kan vara kostnadseffektiv och lönsam för kommunerna¹¹. Ändå bedrivs förebyggande arbete i allt för få kommuner.

Ökningen av äldre personer de kommande decennierna kan nog inte helt och hållet vägas upp av fortsatta hälsoförbättringar, men med rätt insatser och preventiva åtgärder kan påfrestningarna mildras.

4.3 Hemtjänst och särskilt boende och övriga insatser

I dag får drygt 300 000 äldre personer någon form av hemtjänst- eller boendeinsats. Nästan 220 000 personer från 65 år och uppåt hade hemtjänstinsatser i oktober 2013. Hemtjänst inkluderar här samtliga personer som har biståndsbeslut om trygghetslarm eller matdistribution.

Ungefär 88 000 personer bor på särskilt boende (SÄBO). Går vi tjugo år tillbaka i tiden fanns 130 000 platser i särskilt boende (vilket då omfattade ungefär hälften av alla personer som fick insatser från äldreomsorgen). Kapaciteten att ta hand om äldre med heldygnsomsorg under ständig tillsyn har minskat kraftigt. Utvecklingen under 2000-talet, och även tillbaka till mitten av 1990-talet, har inneburit en kraftig omstrukturering av äldreomsorgens organisation.

Tabell 2: Boende i särskilt boende och hemtjänst 2000-2014



Källa: Socialstyrelsens verksamhetsstatistik.

10. Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? MYVA, 2015.

11. Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig - En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser, Zingmark, 2009.

Till denna tabell kan också antalet vårdplatser inom geriatrisk vård läggas. Det mått som används – disponibla vårdplatser i geriatrisk vård, antal/1 000 invånare – visar att det år 2000 fanns 0,31 sådana vårdplatser per 1 000 invånare; 14 år senare fanns bara 0,13.¹² Antalet äldre på korttidsboenden har under samma period minskat från 9 781 till 7 391 äldre. Vad gäller minskningen av platser på särskilt boende generellt, så kan det noteras att det i stor utsträckning är så kallade serviceboenden som har försvunnit. Samma typ av utveckling – en koncentration av insatserna till de allra mest behövande – kan alltså ses både inom hemtjänsten och inom de särskilda boendeformerna.

Att extrapolera utvecklingen och därmed sia om framtiden är egentligen meningslöst som prognosunderlag. Mycket kan hända, och kommer att hända, med äldreomsorgens struktur. Men om vi för ett ögonblick tänker oss att den pågående utvecklingen skulle fortsätta de närmaste decennierna så kommer antalet äldre i särskilt boende att uppgå till cirka 40 000 år någonstans efter 2030. Det skulle kräva en närmast otrolig hälso- och teknikutveckling av vården och omsorgen. Mer sannolikt är därför att allt färre i gruppen äldre kommer att bo längre tider på särskilt boende. I synnerhet särskilda boenden kommer förmodligen att fortsätta att ersättas av palliativ vård (alltså vård i livets slutskede) och renodlad demensvård. Samtidigt kan inte de utvecklingstendenser som vi har sett under 2000-talet fortsätta utan att åtgärder vidtas.

Vissa bedömare menar att antalet vård- och omsorgsboenden för äldre måste öka med minst 20 procent fram till 2025, bara för att behålla dagens nivå. Det handlar i så fall om 19 000 platser som behöver byggas inom tio år.¹³ Andra bedömare talar om betydligt fler, upp till 50 000 boendeplatser fram till 2030. Två och en halv mandatperiod är i det sammanhanget en mycket kort planeringsperiod.

4.4 De mest sjuka äldre

Politiska beslut måste fokusera på områden där vi vet att resurser förlösas, där äldre personer inte får sina behov tillgodosedda eller rent av får en direkt skadlig och dyr vård och omsorg. Ett område med tydliga problem är vården och omsorgen om de äldre som har flera sjukdomar, hög ålder och en komplex ohälsoproblematik. Gruppen brukar beskrivas som de mest sjuka äldre.

Den mest aktuella satsningen på de mest sjuka äldre är alliansregeringens åtgärdsprogram som pågick mellan åren 2011 och 2014. Målet var att få hemsjukvård, äldreomsorg, vårdcentraler och sjukhusvård att samverka bättre. SKL samordnade insatserna som omfattade vård och omsorg till äldre i alla kommuner, landsting och regioner. Flera utvecklingsområden ingick i satsningen: god demensvård, god läkemedels-

12. Kolada.se, 2015.

13. Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? MYVA, 2015.

användning, god vård i livets slutskede, sammanhållen vård och omsorg, riskförebyggande arbetssätt.

Metodologiskt, resurs- och genomförandemässigt höll satsningen allra högsta klass. Tydliga förbättringar gjordes på många områden, bland annat en minskning av olämpliga läkemedel och bättre vård i livets slutskede. Även riskhantering och demensvård förbättrades. Men på ett område – den sammanhållna vården och omsorgen – var genomslaget begränsat, ansträngningarna till trots.

Sverige Kommuner och Landsting (SKL) menar själva att det återstår att säkra det systematiska och strukturerade arbetssätt som leder till bättre vård och omsorg för äldre i ordinärt boende. Frågan är varför ett så centralt område inte uppnådde bättre resultat trots goda yttre förutsättningar.

Svaret på den frågan kan formuleras ungefär så här: I takt med att de riktigt gamla blir fler, får äldreomsorgen ta hand om allt skörare och mer vårdbehövande personer. Vården och omsorgen balanserar redan på en knivsegg när det gäller att undvika komplikationer, felbehandlingar och dyra sjukhusvistelser.

Det kommer aldrig räcka med högre samverkanskrav och nya projekt. Det måste till en större omställning av hur medarbetarna i organisationen arbetar och samarbetar. Detta var också en av projektets viktigaste slutsatser. De kommuner som lyckades bäst var de som hade gjort förändringar som inbegrep hela vårdkedjan: primärvård, sjukhus, hemsjukvård och hemtjänst¹⁴.

Att samverkan, inom ramen för ett i övrigt orört system, är en återvändsgränd är kanske inte så konstigt. Vården och omsorgen om en enda äldre person kan involvera ett tiotal verksamheter och oräkneliga anställda. Omvårdnad ges av olika personal för dag, kväll och natt. Andra verksamheter svarar för mat, hygien, städning och inköp. Hälso- och sjukvårdsinsatser ges av vårdcentraler och av hemsjukvården, ofta uppdelade mellan olika team.

Till detta kommer besök i specialistvård, och inte sällan i slutenvård. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dietister deltar i omvårdnaden och delegerar dessutom uppgifter till andra. Att få till en fungerande samverkan kring dessa åldrande och sköra personer, som har individuella behov och ofta inte klarar av att administrera några kontakter själv, är extremt komplicerat.

De mest sjuka äldre är också minst nöjda med den vård och omsorg som tillhandahålls¹⁵. Denna grupp svarar för betydande delar av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården.

Stockholms läns landsting beställde 2009 en rapport om vårdkonsumtionen bland så kallade vårdtunga patienter. (not) Rapporten visade att cirka tio procent av befolkningen inom SLL (200 000 per-

14. Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre, Socialdepartementet, 2014.

15. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2015 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen, 2015.

soner) under 2008 stod för uppskattningsvis 79 procent av den sjukvårdskostnad på cirka 22 miljarder kronor som genom interna databaser går att koppla samman med ett visst vårdtillfälle. Omkring en procent av befolkningen (cirka 20 000 personer) stod för 33 procent av kostnaderna. Om man bara tittar på den slutna somatiska vården stod en liten del av patienterna för en ännu större del av resursinsatsen; en procent (20 000 individer) stod för 48 procent, eller knappt 6 miljarder kronor, av den totala slutenvårdskostnaden om cirka 12 miljarder kronor. Medianåldern var 71 år.¹⁶ Det är dock inte bara organisationen och den närmast omöjliga samverkan som utgör ett problem. Svårigheterna sitter djupare än så. Äldreomsorgens ursprung, arbetssätt och rutiner skiljer sig från hälso- och sjukvårdens. Det försvårar samarbetet men ger också verksamheten en slagsida mot omsorgstänkande, när det helt uppenbart är ett starkare hälso- och sjukvårdsperspektiv som måste till. Socialtjänstlagens fokus på att uppnå en skälig levnadsnivå behöver bytas ut mot en verksamhet som lutar sig mer mot hälso- och sjukvårdslagens behovsinriktade angreppssätt.

4.5 Finansieringsgapet

Kommunernas sammanlagda kostnader för vård och omsorg om äldre låg 2014 på 109 miljarder kronor. Den största delen, 62,7 miljarder kronor, avsåg vård och omsorg om äldre i särskilt boende. Kostnaderna för vård och omsorg om äldre i ordinärt boende uppgick till 44,8 miljarder kronor.

Äldreomsorgens problem är kommunernas ansvar, men äldreomsorgens förutsättningar bestäms av betydligt fler faktorer. Det handlar om hur länge vi lever och arbetar, om arbetsutbud och sysselsättning, om sparande och konsumtion. Finansieringen av äldreomsorgen går alldeles snart in i en mer ansträngd fas. Det har ropats varg i rätt många år, men nu är verkligheten snart ikapp debatten. Om fem år kommer den stora 40-talistgenerationen att behöva allt mer äldreomsorg, samtidigt som den stora 90-talistgenerationens barn kommer att behöva förskoleplatser.

Till detta kommer en socialtjänst som redan är hårt pressad. Den omfattande asylinvandringen kan på sikt leda till en bättre demografisk balans och, om rätt åtgärder vidtas, fler skattebetalare. Men innan dess kommer kommunerna att klämmas mellan höga kostnader för äldreomsorg, barnomsorg, skola och försörjningsstöd under en tid när de demografiska påfrestningarna är som störst.

SKL bedömde 2009 att det skulle krävas en skattehöjning på 13 kronor fram till 2035, enbart för att upprätthålla samma nivå på välfärdstjänsterna. Fem år senare kunde SKL konstatera att underskotten i de offentliga finanserna hade blivit lägre än vad den tidigare prognosen

16. Utveckling av innovativa och fokuserade beställarstrategier för bättre hantering av vårdtunga patienter, Landstinget i Stockholm län och Scandinavian Health Partner, 2009.

visade, trots lägre skatter. Förklaringen låg dels i en bättre utveckling av sysselsättningen,¹⁷ dels i en mycket gynnsam demografisk utveckling 2009-2014.

En försiktigt positiv och ändå realistisk prognos är att det kommer att behövas betydande resurser under en längre tidperiod fram till åtminstone 2050 för att hantera situationen. För att klara demografiska utmaningar har samhällen i alla tider använt "reserver".¹⁸ Så var det även under 1900-talets senare del, när de svenska välfärdssystemen byggdes ut. Då bestod dessa reserver bland annat av rationaliserat jordbruk, kvinnors inträde på arbetsmarknaden och ett kraftigt ökande skattetryck. De reserverna kan inte användas på nytt, och frågan är alltså vilka reserver som existerar i dag.

Sanningen är att en stor del av lösningen förmodligen ligger utanför vård- och omsorgssystemet. Det handlar om arbetsutbudet och socialförsäkringarna, och om utbildnings- och skattesystemen. Men äldreomsorgen måste också anpassas sig efter ändrade förutsättningar. Det kommer krävas mer privat ansvar och finansiering och en högre effektivitet i verksamheterna. Även innovationer, ny teknik och bättre läkemedel kan ge väsentliga bidrag.

4.6 Effektiviseringspotentialen

Statliga utredningar, den så kallade Borg-kommissionen och enskilda debattörer har försökt att gissa hur framtiden kommer att se ut och vad som kommer att krävas i form av politiska beslut. Den här typen av prognoser är viktiga som diskussionsunderlag, men som framtidsprognoser är de osäkra.

Framtidens äldreomsorg kommer inte bara att formas utifrån demografi (där prognoserna ofta är mer osäkra än vad många tror) utan kan även påverkas av tekniska språng, innovationer, prioriteringar och skeenden som vi i dag inte vet någonting om. Men vi behöver inte exakta underlag, vi behöver bara ha rätt på ett ungefär. Då talar allt för att vi går mot en större påfrestning på våra system.

Under 1990-talets ekonomiska kris lyckades välfärdens verksamheter spara sig ur påfrestningarna. Slutna vård- och omsorgsformer gjordes om till öppna eller lades ner. Vårdpersonal fick gå hem, vårdtiderna på sjukhusen minskade och hemtjänsten riktades allt mer in på dem som hade de allra största behoven. Välfärdens omfattning minskade i snabb takt, men fungerade ändå eftersom det fanns överkapacitet att ta av. Naturligtvis fick besparingarna negativa följdverkningar, men på det hela taget lyckas vården och omsorgen ändå med sitt uppdrag.

Inför den demografiska påfrestning vi nu står inför finns ingen tydlig motsvarighet till denna överkapacitet. Någon reserv av utbytbara slutenvårdsformer finns till exempel inte denna gång. Nya besparingar

17. Den svårförutsägbara framtiden, SKL, 2014

18. Arbetet – välfärdens grundval, Gunnar Wetterberg, 2004

skulle med största säkerhet få svårare konsekvenser nu än på nittioalet. Hur Sverige lyckas på andra områden – sysselsättning, arbetsmarknad, integration, utbildning – kommer att spela stor roll för äldreomsorgen. Inom själva äldreomsorgen handlar de flesta kvarvarande lösningar om effektivisering.

Så vad vet vi om potentialen inom vården och omsorgen, och hur kan vi ta reda på mer? Ett sätt är att studera skillnaderna mellan olika kommuner. De skillnaderna är nämligen rätt stora.

- Kostnaden för äldreomsorgen per invånare 65 år och äldre i vissa kommuner är mer än dubbelt så hög som i andra kommuner.¹⁹ I Ljusnarsbergs kommun kostar en plats på särskilt boende 483 681 kr per år, i Mullsjö kommun kostar motsvarande insats 1 571 647 kr.²⁰
- Kostnad per brukare inom hemtjänst varierar mellan 119 573 och 513 053 kr.²¹
- Antalet fallskador varierar stort mellan kommunerna, med 30–84 fallskador per 1 000 personer som är 80 år och äldre²².

Det bör nämnas att det inte finns några undersökningar som definitivt och säkert pekar ut ett samband mellan resurser och kvalitet.

Många av dessa skillnader måste delvis betraktas som resultat av mätfel och olika förutsättningar – som graden av glesbygd och omsorgsbehov – för olika kommuner. Men även om vi rensar för mätproblemen, så kvarstår ett faktum: Skillnaderna är betydande och antyder att det finns en stor potential om bara de dyraste kommunerna närmar sig de mer effektiva.

4.7 Kostnader för avsaknad av kvalitet

Vården och omsorgen om äldre är en komplicerad verksamhet som kräver kunskap, samordnade processer, kontinuitet, flexibilitet och hög reaktionsförmåga i akuta situationer. De äldre själva är sköra och svaga, vilket innebär att behandlingsalternativen ofta är en fråga om att kalkylera mellan olika risker.

Ett exempel på potentialen för bättre riskhantering är fallolyckor. Varje dag dör minst fyra äldre till följd av en fallolycka. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har visat att 48 662 äldre över 65 år fick sluten sjukhusvård på grund av fallolyckor 2013. Varje vecka läggs drygt 900 personer, 65 år och äldre, in på sjukhus till följd av en fallolycka.

19. Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen - Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov, MYVA, 2013

20. Kolada, 2015.

21. Vård och omsorg om äldre – jämförelser mellan kommuner och län, Socialstyrelsen, 2016.

22. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport, Socialstyrelsen, 2015.

Många av dessa olyckor kan förebyggas, vilket skulle spara både lidande och miljardbelopp.²³ Den stora möjligheten ligger i att rätta till vårdens och omsorgens uppenbara brister. Socialstyrelsens bearbetade 2012 uppgifter ur patientregistret och kunde konstatera att drygt 133 000 vårdtillfällen i slutenvård av äldre hade kunnat undvikas. Kostnaderna för dessa undvikbara slutenvårdstillfällen uppgick till cirka 5 miljarder kronor²⁴.

Vården och omsorgen om de riktigt gamla och mest sjuka kommer alltid att kosta pengar. Det handlar trots allt om några av de mest omsorgs- och vårdbehövande personer som finns i vårt samhälle. God kvalitet och mer hanterliga kostnader kan dock här gå hand i hand. SKL lät göra en studie i samband med satsningen på den tidigare nämnda satsningen på de mest sjuka äldre. Studien omfattade 298 personer, från 75 års ålder och uppåt, och deras anhöriga. Flera av resultaten är mycket intressanta:²⁵ Primärvård utgjorde endast tre procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent.

- I genomsnitt gjorde de tillfrågade endast fyra läkarbesök inom primärvården under perioden. Under samma tid hade de lika många sjukhusinläggningar. Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar 56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska.
- Fyra sjukhusinläggningar under 18 månader motsvarar alltså 224 läkarbesök (drygt ett läkarbesök var tredje dag) inom primärvården eller 424 hembesök av distriktssköterska.
- Kostnaden för vården och omsorgen för de 298 personerna under de arton månaderna uppgick totalt till 123 miljoner kronor.

23. <https://www.msb.se/sv/Om-MSB/Nyheter-och-press/Nyheter/Nyheter---Aldres-sakerhet/Fallolyckor-orsakar-flest-antal-dodsolyckor-bland-aldre/>

24. Äldreutredningens rapport (S2014:02).

25. Bättre liv för sjuka äldre - en kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre, SKL, 2012.

5 Vad bör göras?

Ett stort antal rapporter och offentliga utredningar har under 2000-talet försökt beskriva vilken situation som väntar och vilka åtgärder som behöver vidtas. Bara att sammanfatta allt som har tänkts och föreslagits kräver en egen utredning. Några huvudlinjer i rapportfloran kan ändå ses.

Hur ska vården och omsorgen om de mest sjuka äldre bli bättre? Övergången från kvantitet till kvalitet, från boende till hemtjänst, har inte fungerat för de mest sjuka äldre. Omsorgen måste ta hand om allt sjukare personer. Primärvårdens roll i vården är underordnad och när sjukhusens vårdplatser för äldre sjuka patienter har hyvlats ner till ett minimum uppstår ett systemfel som måste hanteras.

Vem ska betala för äldreomsorgen framöver? Flera rapporter pekar på behovet av att begränsa det offentliga åtagandet och hitta annan finansiering för sådant som staten och individerna själva bör stå för. Men försöken att precisera vad som ska ingå i en basmeny, och vad som i stället måste köpas för egna medel, brukar sluta med allmänna och till intet förpliktigande formuleringar.

Hur ska det offentliga systemet möta kraven på högre kvalitet? Lagen om valfrihetssystem har inneburit ett genombrott för äldre som vill välja utförare. Men stödet till ett assisterat och fungerande vardagsliv behöver fortfarande bli bättre. Äldre personers behov av autonomi och valfrihet måste tillgodoses på ett bättre sätt. Kraven på högre kvalitet och bättre tjänster kommer att öka.

Vem ska bekosta de investeringar som måste göras? Staten och kommunerna har redan i dag kroniskt ont om pengar. Egen privat finansiering via avgifter, tilläggstjänster och statliga bidrag kan till viss del avhjälpa pressen, men det går inte fullt ut. Fler särskilda boenden och nya boendeformer måste byggas. En nödvändig omställning av vården och omsorgen om äldre måste till. Men vilka principer bör förändringen bygga på?

5.1 Skutan måste styras – inte driva för vinden

Varför lyckas inte alla kommuner ta till vara den kunskap som finns och förbättra sig mer? Ett svar är att vård- och omsorgssystem är komplexa och kräver ett långsiktigt och strukturerat tänkande. Ett annat, sannolikt viktigare, svar är att det operativa genomförandet brister.

Det krävs ett enormt arbete för att ändra arbetssätt ute på fältet. Det räcker inte med att kommunfullmäktige, socialnämnden och socialchefen är överens om vad som ska göras. Även landstingsfullmäktige, hälso- och sjukvårdsnämnden och hälso- och sjukvårdsdirektören måste vara med på tåget. Dessutom krävs att samtliga verksamhetschefer och enhetschefer har samma uppfattning om syfte och mål. Till sist gäller det att få till konkreta förändringar ute i verksamheterna. Där

befinner sig undersköterskor och annan vårdpersonal som ofta ställs inför flera, ibland motstridiga, styr signaler i en redan stressig vardag.

Det är också en trolig förklaring till varför innovationer och nya arbetssätt sprids för långsamt i Kommun-Sverige. Kanske är det också en viktig förklaring till varför privata utförare kan bedriva vård och omsorg med vinstmarginal och högre kvalitet. De är helt enkelt bättre på att operativt förändra och styra verksamheten ner på medarbetarnivå.

Bilden är naturligtvis inte entydig. I vissa kommuner pågår en spännande utveckling. Huvudintrycket är ändå att många kommuner är ett rö för vinden när det gäller äldreomsorgen. De styr inte sin tillvaro, utan låter sig styras.

Ett genomgående problem inom välfärdens verksamheter är att politiker, statliga myndigheter och kommunledningar nästan alltid underskattar svårigheterna att införa nya arbetssätt. Inte ens lagändringar garanterar förbättringar. Trots nästan fyra decennier av ansträngningar är resultaten för svaga när det gäller samarbete mellan medarbetare och huvudmän. För många misstag görs och det tar för lång tid att komma överens.

En verksamhet måste självklart ledas och styras. Intrycket från äldreomsorgen är att styrningen är splittrad och svår att tillämpa på fältet. Äldreomsorgen måste snegla mer på sjukvårdens sätt att delegera ansvar och överlåta till professionella medarbetare att fatta beslut.

5.2 Sluta samordna och börja organisera

Under vilka förutsättningar fungerar vården och omsorgen om äldre riktigt bra? I svaret på den frågan finns även en rimlig utgångspunkt för reformer. Att rent organisatoriskt minimera glappen mellan alla inblandade verksamheter har visat sig fruktbart. Alla åtgärder måste sträva efter ett så sammanhållet omhändertagande som möjligt.

Vi kommer naturligtvis aldrig att kunna konstruera ett system helt befriat från glapp och samarbets svårigheter. Det som gäller är att försöka bygga och reglera en organisation där kommunikation om och samarbete kring den äldre personen underlättas i största möjliga utsträckning. Kommuner och landsting har försökt laga och utveckla inom rådande system. Samverkansprojekt, satsningar och lokalt utvecklingsarbete har inte givit tillräckligt goda resultat. Därför behöver svårigheterna preciseras.

En grundläggande frågeställning, som är för omfattande för att behandla här men som vi kommer att behöva återkomma till, hänger ihop med de ständiga krockarna mellan kommuner och landsting. Frågan är om vi någonsin kommer att kunna bygga upp en effektiv och modern vård- och omsorgskedja så länge ansvaret är uppdelat mellan två skilda politiska nivåer som båda har alla incitament i världen att skjuta över arbete och kostnader till varandra.

5.3 Låt oss ta några obekväma beslut

Äldreomsorgen måste betalas. Det spelar ingen roll om vi upprättar ett nytt försäkringssystem – pengarna måste in via premier (som kan höjas när behoven kräver det). Ett skattefinansierat system är effektivt i den meningen att det saknar en komplicerad administrativ överbyggnad. Problemet är att pengarna inte räcker till ändå. Höjda skatter utgör ingen långsiktig lösning i sammanhanget, bland annat eftersom de slår mot andra faktorer som är avgörande för välfärdens kvalitet och omfattning.

Det ligger i korten att staten tillfälligt kommer att behöva ta ett större ansvar för kostnaderna, men staten har många och dyra åtaganden, och Sverige står redan inför stora ekonomiska utmaningar framöver. Kvar som alternativ finns då den privata betalningsförmågan, som kommer att öka relativt kommunernas resurser.

Det är dags att välja och välja medvetet och öppet. Ett ökat inslag av privat finansiering leder till större ojämlikhet mellan dem som har och dem som inte har resurser. Men alternativet, om man betraktar verkligheten så som den faktiskt ser ut, är en än större ojämlikhet. En skattefinansierad äldreomsorg som enbart baseras på skatter och små avgifter kommer leda till en sämre verksamhet, och det snart. Om systemet då inte tillåter mer privat finansiering så kommer i stället anhörigvårdens omfattning att behöva öka. Kvaliteten på äldreomsorgen kan bli så försämrade att det underminerar det starka stöd som den offentliga verksamheten i dag har.

5.4 Minska på administration och byråkrati

I dag kan det gå upp till 20 år mellan tillsynsbesöken på äldreboenden från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Hemtjänstverksamheten i kommunerna synas i praktiken aldrig.²⁶ Det saknas dock inte riktlinjer, allmänna råd, författningar, anmälningsskyldigheter och krav på ledningssystem. Biståndshandläggarna har, som nämnts ovan, en administrativ börda som är svår att hinna med och som avskräcker nyutexaminerade socionomer från att söka sig till socialtjänsten.

Staten och dess myndigheter har inte legat på latsidan när det gäller krav på kommunernas verksamheter och medarbetare. Till detta kommer förstås också kommunernas egna beslut och riktlinjer. Resultatet är en överväldigande byråkratisk karusell där olika organisationer sätter varandra i administrativt arbete.

Det finns dock sansade motkrafter. Många kommuner har infört former för förenklad biståndsbedömning. Tillämpningen av så kallade rambeslut växer också i omfattning. Det innebär att biståndsbeslut för hemtjänst och särskilt boende utformas efter en samlad tidsram och med delegering. Medarbetarna kan då på ett mindre administrativt

betungande sätt justera hjälpen till de äldre som är sjuka och hjälpbehövande.

Den totala regelbördan inom socialtjänsten har vuxit, bland annat som ett resultat av att ansvariga på alla nivåer är rädda för att göra fel. Det finns en målkonflikt mellan kontroll och rättssäkerhet å ena sidan och möjlighet till flexibilitet, kontinuitet och kvalitet å andra sidan. Hittills har kontrollargumenten gått vinnande ur kampen om mer eller mindre administration.

5.5 En kulturförändring behövs

Själva idén med 290 kommuner är att mångfalden ska ge uppslag och lösningar på komplicerade problem. Det vill säga: om många aktörer funderar över samma problematik så ökar chanserna att smarta lösningar uppstår. Inom äldreomsorgen går denna utveckling långsamt. Spridningen av innovationer och ny teknik tar tid.

Låt oss återigen jämföra äldreomsorgen med hälso- och sjukvården. Båda verksamheterna är inblandade i vården och omsorgen om äldre, men utifrån olika perspektiv och bakgrunder. En bärande tanke i denna rapport är att sjukvårdens sätt att arbeta och tänka kring patienterna behöver spridas till äldreomsorgen. Det skulle förbättra verksamheten och underlätta för äldreomsorgen att rekrytera och behålla medarbetarna. Men det finns också andra aspekter på frågan. När det gäller spridningen av nya metoder och innovationer har sjukvården med sin kultur av forskning och utveckling ett försprång jämfört med kommunernas mer förvaltningsbaserade kultur.

6 Några förslag för en effektivare vård och omsorg om äldre

Kraven på kommunerna att leverera en god äldreomsorg ökar, och denna utmaning kommer att tillta. Vi har nu gått igenom ett antal av de reserver kommunerna har möjlighet att utnyttja. Enkelt uttryckt måste vården och omsorgen bli effektivare när det gäller kvalificerade omvårdnads- och sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser i de äldres egna hem.

Men inte ens det räcker. Det måste till ett avgränsat och tydligt offentligt åtagande som sträcker sig över nuvarande huvudmannaskapsgränser, och upphäver eller i alla fall mildrar samarbetsproblemen. Privat betalningsförmåga bör tas i anspråk, men utan att skapa orimliga skillnader i den offentliga omsorgens utbud. Nedan skisseras en möjlig reformering med dessa förtecken. Reformen bygger på tre åtgärder.

1. Hemtjänsten delas organisatoriskt upp i dels hemsjukvård- och omvårdnadsinsatser och dels serviceinsatser. Äldre personer som behöver omvårdnadsinsatser och övriga kvalificerade hemsjukvårdsinsatser, skrivs in i en ny teambaserad vård i hemmet, med hjälp av rambeslut.
2. Serviceinsatser och sociala insatser köps i första hand på marknaden med RUT-avdrag.
3. För de äldre som inte har ekonomisk möjlighet eller inte kan eller vill ansvara för köp av tjänster ges kommunerna möjlighet att inrätta servicekonton, som bygger på systemen med förenklad biståndsbedömning.

6.1 Lag om teambaserad för vård av äldre i hemmet

Förslag: Hemtjänst (personlig omvårdnad) och hemsjukvården organiseras i multiprofessionella team med ett samlat ansvar för vård- och omvårdnadsinsatser, för rehabilitering och koordinering. Personlig service inom hemtjänsten ska ligga utanför teamets ansvar. Lagen om valfrihetssystem ska gälla.

Hemsjukvården blir en allt viktigare del i vård- och omsorgssystemet när fler äldre personer bor kvar hemma med komplexa och långvariga hälsoproblem. Hemsjukvården övergick under förra mandatperioden, efter statligt stöd, från landstingen till kommunal regi utom i ett lands-ting (Stockholm). Bakgrunden var att en kommunal huvudman på ett bättre sätt förmodades kunna erbjuda kontinuitet och flexibilitet.

Det här var en av utgångspunkterna i den så kallade Äldreutredningens arbete (S 2014:02). Utredningen hade planer på att lägga ett förslag som delade upp äldreomsorgen i dels serviceinsatser och sociala insatser och dels omvårdnads- och hemsjukvårdsinsatser. Den rödgröna regeringen lade dock ner utredningen efter tillträdet 2014.

Den största utmaningen i vården och omsorgen om äldre handlar om samverkan och kommunikation mellan de aktörer som är inblandade i vården. När samverkan inte fungerar sjunker resultaten. Den viktigaste lärdomen är denna: Integrering, kontinuitet och individuell anpassning måste fungera bättre och det åstadkommer man genom organisatoriska förändringar och arbetssätt. De verksamheter som samlar sig i multiprofessionella team eller arbetslag som innehåller en så stor del av vårdkedjan som möjligt lyckas bäst.

Det finns flera exempel på hemvårdslänkande verksamheter i landet, bland annat i Skaraborg, som har minskat behovet av sjukhusvård kraftigt. Den teambaserade organisationen förefaller också ha bättre möjligheter att utveckla nya arbetssätt. Ett exempel är konceptet Trygg hemgång som utvecklades i Ronneby, där ett hemgångsteam möter den äldre i hemmet i samband med utskrivningen. Biståndshandläggaren beslutar redan på sjukhuset om trygg hemgång, och därefter anpassas stödet i hemmet under en tid – upp till 14 dagar – utifrån den äldres behov. Detta skapar trygghet och minskar riskerna för påfrestande och kostsamma återinläggningar.

Notera också att den sedvanliga biståndsbedömningen egentligen inte tillämpas. I praktiken blir detta en utvärderande provotid som i en praktisk mening definierar vård och omsorgsbehovet i hemmet. På det sättet kan både kommuner och landsting räkna med betydande kostnadsminskningar till följd av färre slutenvårdsdygn, kraftigt minskat behov av korttidsboenden och minskat administrativt arbete med betalningsansvarsfrågor.

Mycket talar för att en grupp av kvalificerade medarbetare som arbetar under eget delegerat ansvar får en bättre och mer flexibel arbetsmiljö, som i sig leder till god kvalitet. Dessutom finns här en intressant möjlighet att erbjuda ett mer utvecklade och mer kvalificerat vård- och omvårdnadsarbete, vilket i sin tur kan göra äldreomsorgen till ett attraktivare yrkesval.

I dag ägnar sig hemtjänstens undersköterskor åt att handla mat och jaga dammråttor, samtidigt som de ska bedriva en avancerad omvårdnadsverksamhet och samverka med annan vårdpersonal och anhöriga. Här bör en uppdelning av arbetsuppgifter och ansvar genomföras. Visst kan det finnas vissa svårigheter att skilja mellan en service- och en omvårdnadsinsats, men det är trots allt stor skillnad på städning och kvalificerad omvårdnad. En ny lagstiftning bör därför precisera att teamen ska ägnas sig åt just personlig omvårdnad och sjukvård, och de uppgifter som följer av detta ansvar.

Nyligen presenterade den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården sitt slutbetänkande (S 2016:2). Utredningen har gjort en mycket gedigen och genomarbetad genomgång av hälso- och sjukvårdens effektivitetsproblem. Utredningens analys av varför omsorgen om äldre multisjuka är ineffektiv skiljer sig inte på avgörande punkter från den som presenterats här.

Den innehåller dock några förslag om vården och omsorgen om äldre som särskilt behöver kommenteras här. Utredningen föreslår att landstinget ska organisera en riktad primärvård till äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Den riktade primärvården ska, enligt utredningen, undantas från skyldigheten att organisera primärvården i form av vårdvals-system. Landsting och kommun får – men måste inte – organisera den gemensamma verksamheten så att den enskilde kan välja en helhet av utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. I förslaget betonas att kommun och landsting måste vara överens om att erbjuda valfrihet.

En sådan förändring kan i praktiken innebära ett hårt slag mot valfriheten, eftersom valfriheten för kommunernas och landstingens del blir frivillig. Om en kommun inom ett landsting trilskas, så kommer det att innebära ett betydande merarbete för det enskilda landstinget. Risken är att valfrihetssystemet helt undantas från den riktade primärvården. Dessutom finns det förstås gott om enskilda landsting som inte står bakom lagen om valfrihetssystem och vill bedriva verksamheten utan den valfrihet som garanteras genom Lagen om valfrihet, LOV. Utredningen menar vidare att den målgrupp som den gemensamma verksamheten tar sikte på sannolikt är liten. Vi vet dock att den ökar i omfattning, och i viss mån lämnas huvudmännen att avgöra personkretsens storlek.

Utredningens förslag är i de flesta avseenden värda att ta vidare. Men att med ett penndrag kraftigt försvåra – och förmodligen i många fall avskaffa – den valfrihet som garanteras alla äldre är fel väg att gå. Valfriheten är inte bara viktig för enskilda människor, den har också en underskattad systemfunktion genom att ett klart och överhängande hot riktas till alla utförare inom systemet: Sköter du dig inte så kan du bli bortvald. Effekten på utförarna ska inte underskattas.

Det finns andra alternativ till utredningens förslag. Ett sådant alternativ vore att bygga en ny tydlig lagstiftning kring teambaserad vård i hemmet, en som innebär att privata utförare kan delta i den teambaserade vården.

6.2 RUT räddar äldreomsorgen

Förslag: Hemtjänstens serviceinsatser ska i första hand köpas privat med RUT-avdrag. För de äldre som inte har tillräckliga inkomster eller inte klarar av att sköta kontakterna med utförarna utnyttjas kommunens servicekonton (se 6.3). Ett nytt avgiftssystem för äldreomsorgen bör utredas och införas. Avdraget inom RUT höjs för att skapa förutsättningar för en breddning av serviceutbudet.

Hushållsnära tjänster med skatteavdrag har på kort tid vuxit fram som ett alternativ till formell äldreomsorg. RUT-avdrag är redan vanligast bland äldre personer. En av sju personer äldre än 75 år använder RUT-avdrag.²⁷ Om man delar upp personer över 65 år i flera åldersgrupper så är det de äldsta, 85 år och äldre, som i störst utsträckning gör RUT-avdrag. Sannolikt är siffran i praktiken ännu högre eftersom barn får köpa RUT-tjänster åt sina föräldrar, något som statistiken inte fångar.

Socialstyrelsens rapport Avgifter inom äldreomsorgen (2014) bygger delvis på intervjuer med äldre personer. I rapporten framgår att äldre ofta använder RUT-tjänster i de fall de endast har behov av hjälp med serviceinsatser. Timkostnaden för RUT-tjänster är i många fall lägre än kommunens hemtjänsttaxa. De äldre själva menar också att det är lättare att påverka insatsernas utformning när tjänsterna köps in privat än via kommunens hemtjänst. Det blir framför allt fördelaktigt att välja RUT-tjänster framför hemtjänsten i kommuner som har avgiftssystem där de äldre kommer upp till maxavgiften jämförelsevis snabbt.²⁸

Någon tydlig och samlad bild av utvecklingen finns inte. Kommunernas avgifter är ett nära nog ogenomträngligt system, med variationer mellan huvudmännen. Det nuvarande systemet infördes 2002 och hade som ambition att skapa mer enhetlighet. Det målet har inte uppnåtts. Socialstyrelsen har i sin uppföljning identifierat sju olika avgiftstyper inom kommunerna, där så kallad timavgift är den vanligaste (med stora variationer av själva timavgiften).

Frågan är vilka fördelar som ett så disparat system egentligen har, bortsett från den allmänna principen om största möjliga kommunala självstyre. Avgifterna inom äldreomsorgen styr inte äldre till rätt vårdnivå såsom patientavgifterna inom vården gör. Systemet kräver stor administration i varje kommun och leder knappast till effektivare äldreomsorg. Dessutom borde mer enkelhet och begriplighet råda i ett system som påverkar äldre personers livssituation.

Hemtjänstavgifternas täcker mindre än fyra procent av kostnaderna.²⁹ Över tid har hemtjänstavgifternas andel dessutom minskat. Kommunerna har i stället höjt eller infört andra avgifter för äldre personer. Några exempel är avgifter för portionsförpackad mat, distribu-

27. Ekonomifakta.se

28. Avgifter inom äldreomsorgen – Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem, Socialstyrelsen 2014

29. Höjt avgiftstak för avgift enligt socialtjänstlagen (2001:453), Ds Socialdepartementet

tionsavgift för sådan mat, installation av trygghetslarm och avgift för uttryckning till följd av larm. Socialstyrelsen konstaterar att ”sjuka och sköra äldre med stora behov av vård och omsorg från både kommun och landsting kan få ganska stora utgifter som inte täcks av de olika högkostnadsskydden och som inte ingår i kommunens avgiftsberäkning”.

Trots komplexiteten i avgiftssystemen så kan man anta att de flesta kommuner har en god uppfattning om hur deras avgiftssystem påverkar de äldre. Det finns alltså tydliga tecken på att många kommuner lägger sina avgifter så att det lönar sig att använda RUT-tjänster för serviceinsatser. För närvarande är taket för avgifter inom äldreomsorgen 1 780 kronor i månaden (regeringen höjer taket med 211 kronor till 1 991 kronor i månaden från 1 juli 2016). För den summan kan en äldre person utan problem få många av sina servicebehov tillgodosedda via tjänster med RUT-avdrag.

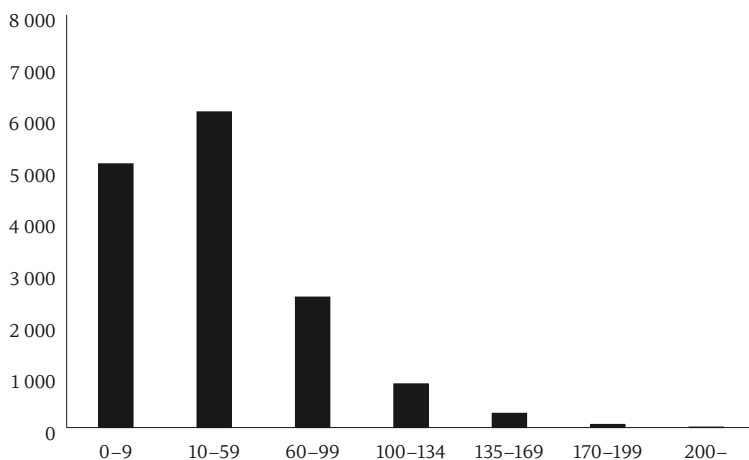
Kopplingen mellan kommunernas avgifter och RUT-avdraget har intressanta följder för den diskussion som förs om hur vi ska ha råd med äldreomsorgen. I praktiken överförs ansvar från kommunen till den enskilde (och staten), det kommunala offentliga åtagandet avgränsas – något som efterfrågas av allt fler bedömare (se till exempel Långtidsutredningen 2015). Den äldre personen ges väsentligt större möjligheter att styra över det stöd som ges, och får på köpet mer autonomi och valfrihet.

Hemtjänsten brukar delas in i personlig service och personlig omvårdnad. Med service avses till exempel praktisk hjälp med bostadens skötsel, hjälp med inköp, ärenden på post och bank, tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses bland annat hjälp med fysiska, psykiska och sociala behov såsom intag av måltider, förflyttning, personlig hygien och viss ledsagning. I hemtjänsten ingår också avlösning av anhörigvårdare.

Hur mycket av äldreomsorgen är personlig service respektive omvårdnad? Enligt tidigare statistik, som inte längre inhämtas, från den så kallade SNAC-studien bestod ungefär 38 procent av hemtjänsttimmarerna av personlig service.³⁰ Tabellen nedan är uppgifter hämtade från Stockholms äldreförvaltning som visar hur timmarna fördelar sig bland de äldre med äldreomsorg.

Tabell 2: Fördelning av personer med hemtjänst grupperade i timnivåer

Antal personer grupperade i timnivåer



Källa: Stockholms stads äldreförvaltning

Äldreförvaltningen räknar med att samtliga brukare som har nio timmar eller mindre per månad uteslutande får serviceinsatser. Med litet säkerhetsmarginal kan man hävda att serviceinsatserna utgör 35 procent av timmarna i hemtjänsten. Det är troligt att dessa siffror är ganska lika för all äldreomsorg över landet.

Allt talar för att möjligheterna att få hjälp till ett ”assisterat vardagsliv” via egna köp av tjänster kommer att öka i framtiden. Äldre personer kommer få ett större konsumtionsutrymme, och möjligheterna att ta mer eget ansvar för service och andra insatser kommer att öka.

Avgiftssystemet inom äldreomsorgen behöver, bland annat mot denna bakgrund, göras om. Ambitionen måste vara att skapa mer enhetlighet och transparens när det gäller tillämpning och påverkan på äldres livssituation. Framför allt krävs en tydligare uppdelning mellan den enskildes och det offentliga ansvar.

En konkret åtgärd inom RUT-systemet skulle kunna vara att koppla det till kommunernas biståndsbedömning. En person som har bedömts vara i behov av hemtjänst skulle samtidigt kunna anses kvalificerad för ett kraftigt förstärkt RUT-avdrag. Allt tyder på att staten kommer att behöva öka stödet till kommunernas verksamhet. Det finns ingen anledning till varför det inte skulle kunna ske via ett rejält äldre-RUT, i stället för via ytterligare statsbidrag. Tvärtom skulle en sådan variant på samma gång stimulera hemservice-branschen, och därmed jobbtillväxten, och garantera att pengarna används som avsett. (Höjda statsbidrag kan teoretiskt sett lika gärna gå till andra kommunala åtgärden av mer eller mindre angelägen karaktär.)

6.2 Inför en lag om servicekonton för äldre

Förslag: Ett servicekonto införs för de äldre som inte vill eller kan ta över ansvaret för servicetjänsterna. Förslaget innebär en lagreglerad men flexibel modell för förenklad biståndsbedömning. Kravet på kommunerna att införa ett servicekonto bör omfatta serviceinsatserna inom hemtjänsten.

För den som behöver äldreomsorg krävs en biståndsbedömning. Processen vid biståndsbedömningen syftar till att avgöra vilka behov som ska tillgodoses, på vilket sätt och med vilken resursåtgång. Det är typisk myndighetsutövning och i regel en starkt byråkratiserad process. Inte sällan upplevs biståndsbedömningen som oförutsägbar och tidsödande. Biståndsbedömarna hamnar ofta i svåra situationer när kommunernas prioriteringar pressas ut i organisationens kapillärer. Det är ett administrativt betungande arbete och det arbete som läggs ner på processen borde kunna användas på ett annat sätt.

Allt fler kommuner inför olika former av förenklad biståndsbedömning. Myndigheten för vårdanalys genomförde 2013 en kartläggning som visade att vanlig biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen alltjämt var den vanligaste metoden; cirka 150 kommuner tillämpade enbart denna modell. Ungefär 110 kommuner erbjöd den äldre en möjlighet att ansöka om vissa tjänster genom någon typ av förenklad hantering. Ett 30-tal kommuner utredde om ett system med förenklad biståndsbedömning skulle införas. MYVA konstaterade att det finns betydande skillnader mellan kommunerna, och att en enhetlig modell saknas.³¹

Ett hinder för förenklad biståndsbedömning är att ansvariga myndigheter har markerat att det kan strida mot lagen. Socialstyrelsen har pekat på att behov inte utreds och dokumenteras på ett sådant sätt att rättssäkerheten uppfylls. Systemet med förenklad biståndsbedömning bygger mer på tillit och lyhördhet än på byråkrati och myndighetsbeslut. Man kan hävda att Socialstyrelsen driver en onödigt rigid linje, men sanningen är nog att myndigheten gör en riktig bedömning av de krav som lagen ställer på kommunerna. Linköpings kommun – en av föregångarna på området – har överklagat tillsynsmyndighetens (IVO) förelägganden om att individuella socialtjänstinsatser ska utredas och bedömas av kommunens biståndshandläggare. Kommunen har dock inte lyckats övertyga domstolarna. Alltså krävs här någon form av lagändring.

Om fler kommuner kunde införa förenklad biståndsbedömning kunde också administrativt överbelastade biståndsbedömare i stället ägna sig åt en viktigare uppgift: Det uppföljningsansvar för varje äldres vård och omsorg som kommunen har. Biståndsbedömarna skulle till

31. Kartläggning av kommunernas arbetssätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten, MYVA, 2013.

exempel kunna ägna sig åt en arbetsuppgift som sällan förekommer i deras vardag, nämligen oanmälda inspektioner i privat och offentligt driven verksamhet.

Vilka är då invändningarna? Risken för kostnadsexplosion är en, men de kommuner som har infört förenklad biståndsbedömning ger inga bevis för den tesen. Det finns få tecken på att äldre överkonsumerar insatser från äldreomsorgen. Städning, tvättning och såromläggning är inte hett eftertraktade tjänster, när väl det grundläggande behovet är tillgodosett. Den här slutsatsen styrks också av studier kring när och hur äldre ”debuterar” inom äldreomsorgen. Inträdet till äldreomsorgen i allmänhet sker vid hög ålder. Livets slutskede är dessutom förhållandevis kort.³² Det är dags att dra några definitiva slutsatser av de försök och projekt som pågått på detta område. Ett lagreglerat servicekonto bör införas som innebär en lagreglerad modell för förenklad biståndsbedömning. Kravet på kommunerna att införa ett servicekonto bör i första hand omfatta serviceinsatserna inom hemtjänsten.

32. Äldreomsorgens debutanter, SNAC-k rapport nr 21, 2013.

7 Avslutande diskussion

Ingen reform eller åtgärd kan ändra på det faktum att äldreomsorgen kommer att kosta stora summor under de närmaste decennierna. Vårt lands svar på utmaningen måste vara ett flertal åtgärder som samspelar mot de mål som äldreomsorgen har. Men vad händer om kombinationen av alternativ visar sig vara otillräcklig?

Ett troligt utfall är att privat finansiering uppstår på områden där den ekonomiska möjligheten finns. Vi ser redan en kraftig tillväxt när det gäller RUT-avdrag för servicetjänster. På litet längre sikt kommer anpassade boenden att vara ett intressant alternativ för många fler äldre. Som tidigare nämnts finns dock en gräns för hur omfattande helt privatfinansierade lösningar kan komma att bli. Viss äldreomsorg är omöjlig att betala för de allra flesta av oss. Då måste var och en försöka klara sig själv, utan de insatser som utlovats men inte levereras.

Anhörigvården kommer i ett sådant läge att öka kraftigt. Kvalitetsbristkostnaderna kommer att leda till ytterligare kostnader och påfrestningar i andra system, så som slutenvården. När problemen är som allra störst finns förmodligen inte utrymme eller tid att reformera detta väldiga system i grunden. Då ökar överbeläggningarna i sjukhusens korridorer och ambulansfärderna till akuten med sköra äldre personer som borde ha fått vård hemma. Äldreomsorgen och hälso- respektive sjukvården är nära förknippade med varandra, och även små störningar kan få svårlösta konsekvenser för nära nog all sjukvård och omsorg.

Förberedelserna de allra närmaste åren och förmågan att ta tag i målkonflikterna kommer att visa sig avgörande. Det behöver inte handla om omvälvande strukturreformer, som vänder upp och ner på det äldreomsorgssystem som på många sätt fungerar väl, och som svensken i allmänhet gillar. Men att få ut mesta möjliga av den potential som vården och omsorgen om äldre faktiskt har – det måste vara uppgiften.

8 Referenser

Rapporter och statliga utredningar

- Statens Offentliga Utredningar 2015, *Långtidsutredningen 2015, Huvudbetänkande (SOU 2015:104)*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2015, *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?*
- Socialstyrelsen, 2014, *Vård och omsorg om äldre – jämförelser mellan kommuner och län, Öppna jämförelser*.
- Socialstyrelsen, 2014, *Nationell utvärdering: Vård och omsorg vid demenssjukdom*.
- Regeringskansliet, 2014, *Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*.
- Socialstyrelsen 2015, *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2015 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden*
- Landstinget i Stockholm län och Scandinavian Health Partner 2009, *Utveckling av innovativa och fokuserade beställarstrategier för bättre hantering av vårdtunga patienter*.
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2014, *Den svårförutsägbara framtiden - En jämförelse av två framtidskalkyler*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2013, *Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen - Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov*.
- Socialstyrelsen 2016, *Vård och omsorg om äldre – jämförelser mellan kommuner och län*.
- Sveriges Kommuner och Landsting 2012, *Bättre liv för sjuka äldre - en kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre*.
- Socialstyrelsen 2014, *Avgifter inom äldreomsorgen – Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*.
- Socialdepartementet 2015, *Höjt avgiftstak för avgift enligt socialtjänstlagen (Ds 2015:23)*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2013, *Kartläggning av kommunernas arbetssätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten*,
- Mårten Lagergren 2013, *Äldreomsorgens debutanter, SNAC-k rapport nr 21, Äldrecentrum*
- S2014:2 Äldreutredningen, *SlutPM - Att åldras i trygghet och självbestämmande (S2015/00646-1)*, Socialdepartementet 2015

Artiklar

- Mårten Lagergren m.fl 2015, *Healthy life years in old age*, Scandinavian Journal of Health 1-7.
- Magnus Zingmark 2009, *Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig – En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser*, Rapport nr 2009:1 i FoU Jämts rapportserie.

Böcker

- Gunnar Wetterberg, 2004, *Arbetet – välfärdens grundval*, SNS Förlag.

Övriga statistikkällor

OECD 2013, *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden*.

SCB 2016, *Statistiska meddelanden, Sveriges framtida befolkning 2016–2060*.

Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada)

Socialstyrelsens statistikdatabas

Ekonomifakta.se