

# Kapitel 16 – Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna

av Kristina Larsson och Marta Szebehely

## 16.1 Äldreomsorgens utveckling över tid

I internationell jämförelse brukar det framhållas att den nordiska äldreomsorgen är en del av de nordiska ländernas generella välfärdssystem. Som särdrag brukar då betonas det stora inslaget av offentligt finansierade och i huvudsak offentligt producerade omsorgstjänster, riktade till och utnyttjade av alla samhällsskikt. Till den nordiska modellens särdrag brukar man också hänföra att man tidigt satsade på hjälp i hemmet i stället för enbart på institutionsvård (se exempelvis Sipilä, 1997).

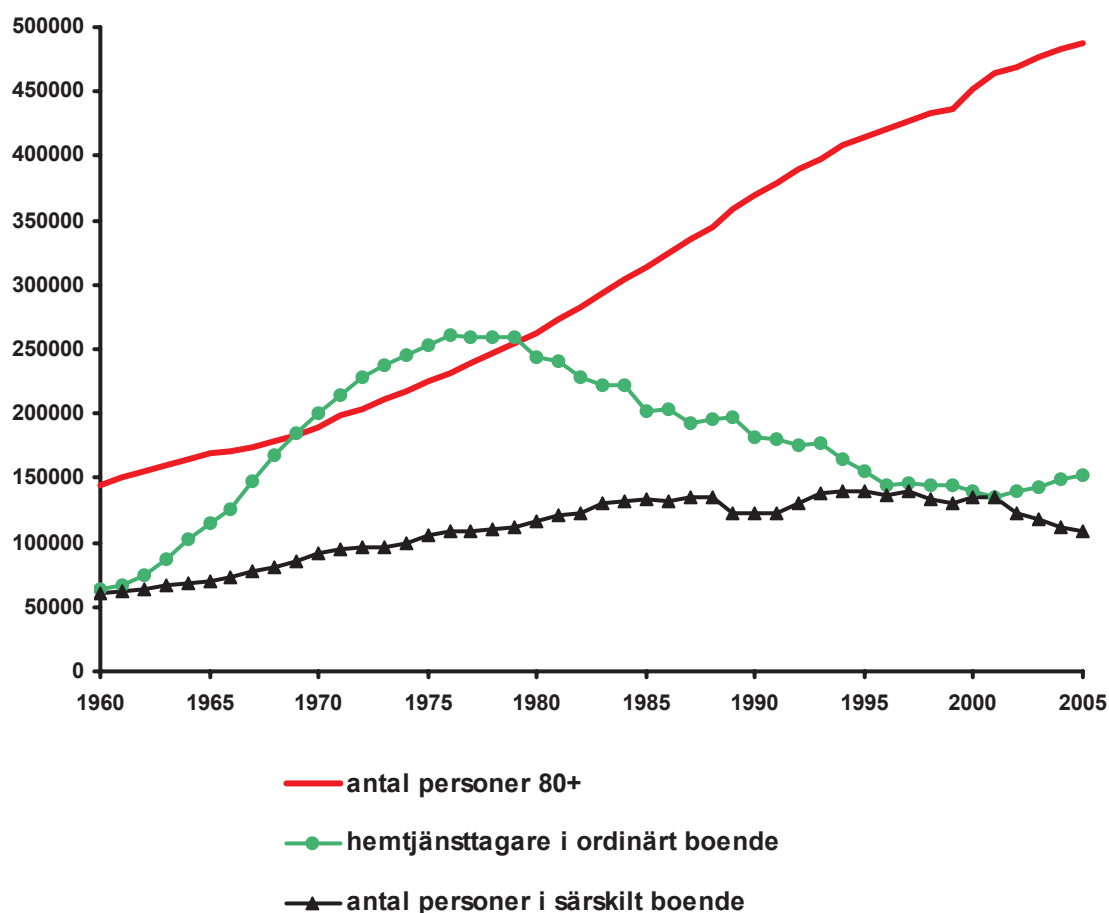
Det är rimligt att hävda att den moderna äldreomsorgen startade i Sverige vid början av 1950-talet när kommunal hemtjänst i eget hem introducerades. Dessförinnan var en plats på ålderdomshem den enda äldreomsorg som samhället kunde erbjuda. Hemtjänst för gamla blev snabbt efterfrågad av alla samhälls-

klasser och inom några år fanns denna nya service i alla kommuner (Szebehely, 1995).

Antalet hemtjänsttagare ökade kraftigt från 1960 till början av 1980-talet, men minskade därefter successivt. Antalet personer i ålderdomshem, sjukhem, servicehus och andra särskilda boendeformer för äldre (inkl. geriatrisk vård) ökade fram till mitten av 1990-talet. Efter att ha legat på samma nivå under den senare delen av 1990-talet har antalet boende minskat de senaste åren medan antalet personer med hemtjänst ökat. (Figur 16.1).

Av figuren framgår att antalet personer 80 år eller äldre, där majoriteten av hjälptagarna finns, har tredubblats sedan 1960. Jämfört med 1980 finns det idag runt 100 000 färre personer (oavsett ålder) som får hjälp från hemtjänsten, samtidigt som antalet 80 år och äldre i befolkningen har ökat med mer än 200 000.

**Figur 16.1. Antal hemtjänsttagare i ordinärt boende, antal personer i särskilt boende inklusive geriatrisk vård samt antal personer i befolkningen 80 år och äldre. 1960-2005. Källa: Larsson, 2006; Socialstyrelsen, 2006a.**



Det är framför allt bland yngre äldre som äldreomsorgsinsatserna har minskat. År 1980 fick 14 procent av åldersgruppen 65-79 år äldreomsorg i form av hemtjänst eller plats i särskilt boende, jämfört med 5 procent år 2005. En relativt stor del av denna minskning (men inte allt) kan förklaras av förbättrad hälsa bland de äldre (Batljan & Lagergren, 2000; se vidare kapitel 12 och 13).

Också de äldsta (80 år och äldre), där hälsoförbättringarna har varit betydligt mer begränsade, har berörts av äldreomsorgsminskningen. År 1980 fick 34 procent av befolkningen som var 80 år och äldre hemtjänst; år 2005 var motsvarande andel 20 procent. Under samma tidsperiod minskade andelen 80 år och äldre i särskilt boende från 28 till 17 pro-

cent; sammantaget en minskning från 62 till 37 procent (Szebehely, 2000; Socialstyrelsen 2006a).

Bakom dessa nationella tal döljer sig mycket stora kommunala skillnader och det har hävdats att när det gäller äldreomsorg består Sverige av hundratals välfärdskommuner snarare än en enhetlig välfärdsstat (Trydegård, 2000).

När det gäller äldreomsorgens täckningsgrad av hjälp var de nordiska länderna relativt lika varandra för cirka 20 år sedan. Norden skilde sig då från resten av världen främst genom en betydligt mer omfattande, offentligt finansierad, hemtjänst. Idag finns det påtagliga skillnader mellan de nordiska länderna. Andelen äldre som får hjälp i hemmet har

minskat i Finland på ungefär samma dramatiska sätt som i Sverige, medan andelen har ökat i Danmark och framstår som relativt oförändrad i Norge.

Trots att vissa skillnader i statistikföringen försvårar jämförelser kan vi konstatera att sammantaget når äldreomsorgen (i särskilda boendeformer och i de äldres vanliga bostäder) 15-16 procent av de äldre (65 år+) i Finland och Sverige, 26 procent i Norge och 28-29 procent i Danmark och Island (Szebehely, 2005).

I Danmark har man valt att ge både omfattande vård och omsorg till de mest behövande och små hjälpinsatser till stora grupper av äldre med mindre omfattande behov. Den danska hemtjänsten är gratis för brukaren och kommunerna har en lagstiftad skyldighet att genom uppsökande verksamhet (s.k. förebyggande hembesök) aktivt erbjuda hjälpinsatser. Sätillvida är Danmark det land som kommer närmast idealbilden av den nordiska äldreomsorgsmodellen. Trots den mer generösa hjälptilldelningen i Danmark är de danska äldreomsorgskostnaderna i relation till antalet äldre i befolkningen lägre än de svenska (Nososco 2004; Szebehely 2005). En förklaring kan vara den starkare betoningen på förebyggande insatser i Danmark.

## 16.2 Resurser för vård och omsorg om äldre

De totala kostnaderna för kommunernas och landstingens insatser för personer 65 år och äldre har beräknats uppgå till 158 miljarder kronor år 2004. Detta motsvarar 6,5 procent av BNP. Kommunernas kostnader uppgick till nära 80 miljarder, landstingens till nära 79 miljarder (Regeringens prop. 2005/06:115 s 22).

Under 1990-talets ekonomiska krisår minskade kommunernas resurser för äldreomsorg, men under decenniets senare hälft ökade resurserna åter, dock inte i takt med ökningen av antalet äldre i befolkningen. Kommunernas bruttokostnaderna för äldreomsorg per invån-

are 80 år och äldre var 15 procent lägre år 2000 jämfört med 1990 (SOU 2004:68, s 147). Mellan 2000 och 2004 minskade kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre med knappt 2 procent, samtidigt som antalet 80 år och äldre i befolkningen ökade med närmare 7 procent (Socialstyrelsen 2006b s 34). I relation till antalet äldre i befolkningen är således de *kommunala resurserna för äldreomsorgen klart mindre idag än för 15 år sedan*.

Äldreomsorgens resurser koncentreras allt mer till personer med behov av omfattande omsorgsinsatser. De som idag får äldreomsorgsinsatser får mer omfattande hjälp än tidigare, vilket avspeglas i att kostnaderna per äldreomsorgsmottagare har ökat med 68 procent mellan 1985 och 2002 (SOU 2004:68, s 147).

## 16.3 Utvecklingen inom vård och omsorg för äldre

Under de senaste decennierna har stora omstruktureringar skett av vård och omsorg för äldre personer. Flera reformer har genomförts vilka flyttat gränsen mellan landstingets och kommunens ansvar för vården av de äldre (förutom Ädelreformen också psykiatrireformen och handikappreformen). Under denna tidsperiod har också nya system för organisering av äldreomsorg vuxit fram, exempelvis beställar-/utförarsystem, alternativa driftsformer och kundvalssystem.

### 16.3.1 Sjukvårdsförändringar som berör äldreomsorgen

Ädelreformen infördes 1992 för att komma till rätta med en oklar ansvarsfördelning och bristande samverkan mellan kommuner och landsting när det gällde de äldres vård. Ett stort bekymmer var exempelvis att så kallade klinikfärdiga patienter blev kvar på sjukhusen eftersom äldreomsorgen inte tillräckligt snabbt kunde ordna boende eller hemtjänst. Vid Ädelreformen övertog kommunerna betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade personer,

vilket i ett slag "löste" det långvariga problemet med klinikfärdiga patienter som inte kunde skrivas ut (Styrborn & Thorslund, 1993).

Ett annat syfte med Ädel-reformen var att utveckla den gamla "långvården" till äldreboenden med ett mer socialt präglat innehåll. En omfattande kritik hade riktats mot den torftiga boendemiljö som fanns på långvården och den medikaliserade äldreomsorg som bedrevs där. Vid Ädel-reformen fick kommunerna ett samlat ansvar för boende, service och vård. Detta innebar bland annat att man tog över ansvaret för tidigare lokala och centrala sjukhem och 55 000 tidigare landstingsanställda (framför allt sjuksköterskor och undersköterskor men också sjukgymnaster och arbetsterapeuter) bytte arbetsgivare (Socialstyrelsen, 1996). Läkarinsatserna inom särskilt boende blev dock även i fortsättningen ett ansvar för landstingen.

Under de senaste decennierna har också landstingens sjukvård förändrats. Antalet slutenvårdsplatser började visserligen minska redan på 1970-talet men minskningen skedde i snabbare takt under 1990-talet. Framför allt berodde minskningen på effektiviseringar av vården, exempelvis nya behandlingsmetoder, samt besparingar. Efter Ädel-reformen minskade antalet vårdplatser då kommunernas betalningsansvar för så kallat medicinskt färdigbehandlade patienter förkortade vårdtiden på sjukhus. Mellan 1992 och 2003 nära nog halverades antalet vårdplatser inom akutsjukvården, samtidigt som antalet 80 år och äldre i befolkningen ökade med 22 procent (Socialstyrelsen, 2005 s 35). Vårdtiderna har förkortats kraftigt och äldre människor som lämnar sjukhuset med stora omsorgsbehov tar idag en större andel av den kommunala äldreomsorgens resurser.

Som en följd av en genomsnittligt kortare vårdtid på sjukhus har äldreomsorgens insatser kommit att koncentreras på en mindre och allt skröpligare grupp, medan äldre med mindre

omfattande hjälpbehov oftare ställs utanför det kommunala åtagandet. Kommunernas särskilda boenden har därmed fått ta emot patienter som tidigare skulle ha vårdats inom internmedicin eller geriatrik i en utsträckning som inte förutsågs när Ädel-reformen planerades (Socialstyrelsen, 1996). De förkortade vårdtiderna på sjukhus innebär också att äldre personer skrivs ut till hemmet med allt större behov av medicinsk vård och rehabilitering, vilket ställer stora krav på samverkan mellan äldreomsorg och primärvård (Gurner & Thorslund, 2003).

Vid Ädel-reformen övertog kommunerna ansvaret för *hemsjukvården* med undantag av läkarinsatser i de särskilda boendeformerna för äldre, vilket innebar att distriktssköterskor och undersköterskor anställdes inom äldreomsorgen. Omkring hälften av landets kommuner tog över ansvaret för hemsjukvården även i ordinärt boende.

*Husläkarreformen* 1994 innebar att primärvårdens områdesansvar togs bort och patienten kunde lista sig hos en husläkare, oavsett var denne hade sin mottagning. Den ökade möjligheten för den enskilde att välja läkare innebar dock att förutsättningarna för samarbete mellan primärvård och hemtjänst försämrades, åtminstone i storstadsområden med många läkare att välja mellan. Husläkarlagen upphävdes 1996 men den splittrade vården där primärvårdsläkare, distriktssköterska och hemtjänst inte har gemensamma upptagningsområden lever vidare på många håll. En kommitté under Socialdepartementet, Äldrevårdsutredningen, har haft i uppdrag att göra en översyn av vård och omsorg ett årtionde efter Ädel-reformen. Utredarna bekräftar bilden av en otydlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting avseende hemsjukvård, vilket kan medföra risker för den enskilde patienten (SOU 2004:68).

### 16.3.2 Organisatoriska förändringar inom äldreomsorgen

Den kommunala äldreomsorgen har det senaste decenniet präglats av stora organisatoriska förändringar. 1992 års kommunallag gav kommunerna stor frihet att välja privata företag eller stiftelser som utförare av den offentligt finansierade äldreomsorgen.

I dag har majoriteten (80 procent) av landets kommuner ett system där handläggning och myndighetsutövning skiljts från utförandet av vården eller omsorgen, ett så kallat *beställar-/utförarsystem*. Syftet med detta har varit att separera rollen som "beställare" från rollen som "utförare". Detta ger kommunen möjlighet att låta omsorgsinsatser utföras av fristående resultatenheter inom kommunen, privata företag eller andra organisationer.

Den vanligaste formen av konkurrensutsättning inom äldreomsorgen är *anbudskonkurrens*, där kommunen inbjuder privata och kommunala utförare att konkurrera om att ta över hela eller delar av äldreomsorgen i ett geografiskt begränsat område. Privata företag eller andra organisationer utför då äldreomsorg på entreprenad. Entreprenader inom äldreomsorgen är vanligast i större städer och förekommer sammantaget i en tredjedel av landets kommuner (Socialstyrelsen, 2004).

De senaste åren har ett mindre antal kommuner, framför allt i Stockholmsområdet, infört så kallade *kundvalssystem* i äldreomsorgen. Kundvalet ger den äldre möjlighet att själva välja utförare, i privat eller kommunal regi. Den relativt begränsade forskningen på området pekar på att de äldre ofta uppskattar möjligheten att välja utförare, men att påtagligt många (mellan 30 och 50 procent) inte känner till sina rättigheter att välja. Personer med stora fysiska och psykiska funktionsnedsättningar har svårigheter att göra ett aktivt val (Hjalmarsen & Norman, 2004; Edebalk & Svensson, 2005 samt Vabø, 2005).

För femton år sedan drevs i stort sett alla hemtjänstenheter eller särskilda boenden i kommunal regi. År 2000 var sammanlagt 13 procent av samtliga anställda inom svensk äldreomsorg verksamma hos privata utförare, merparten hos vinstsyftande företag (Trydegård, 2001). Sammantaget innebär detta en fyrdubbling sedan 1993, men variationerna mellan landets kommuner är mycket stora.

År 2005 fick 10 procent av de äldre hemtjänstmottagarna sin hjälp från en privat utförare, och 13 procent av de äldre i särskilda boendeformer bodde i boenden som drevs i privat regi (Socialstyrelsen, 2006a)

Trots de snabba organisationsförändringar som ägt rum på äldreomsorgsområdet är kunskapen om konsekvenserna för brukare och personal ganska begränsade. De studier som finns tyder dock på att den vardagliga utformningen av hemtjänsten har påverkats av nya styrformer som har införts på många håll. Uppdelningen mellan beställare och utförare innebär ett ökat avstånd mellan beslutet om en hjälpinsats och det faktiskt utförda arbetet. Kraven på exaktitet och tydlighet i "beställningen" har ökat, och på allt fler håll kopplas idag arbetsuppgiften till en standardiserad tidsangivelse (5 minuter för bäddning, 10 minuter för blöjbyte eller 15 minuter för frukost). Till de nya styrformerna hör också den ökade betoningen av skriftliga kontrakt mellan hjälpmottagaren och hemtjänstorganisationen och olika instrument för att styra och mäta hjälpinsatserna och deras kvalitet (Szebehely, 2006).

Dessa organisationsförändringar innebär att hemtjänsten på många håll har blivit mer detaljstyrd och fragmenterad, långt från 1980-talets visioner om "helhetssyn". Personalens handlingsutrymme begränsas, vilket försvårar möjligheten att möta olika hjälptagares individuella och varierande behov.

Som en följd av dessa organisationsförändringar har sannolikt hemtjänsten blivit en mindre attraktiv omsorgsform. Troligen har detta haft en viss betydelse för den hemtjänstminskning som vi kunde se i Figur 16.1.

## 16.4 Förändrad syn på vem som är berättigad till hemtjänst

En viktigare faktor bakom de förändringar som visas i Figur 16.1 är dock sannolikt den delvis förändrade syn på vilka som är berättigade till äldreomsorg. Det handlar exempelvis om striktare kommunala bedömningar, en uppdelning av hjälpen i service- respektive omvårdnadsinsatser, policy för prissättning av hemtjänst samt en förskjutning från öppna verksamheter till biståndsbedömda insatser.

### 16.4.1 Skärpta kommunala riktlinjer

I många kommuner har *skärpta kommunala riktlinjer* lett till en avgränsning av de behov som kommunen åtar sig att möta, vilket har ökat kraven på anhörigas omsorgsinsatser. Den som behöver hjälp med enbart husliga sysslor som städning, tvätt och inköp avvisas i vissa kommuner rutinemässigt, och på många håll har de tjänstemän som bedömer de sökandes behov av hjälp fått instruktioner att noggrannare än tidigare undersöka om det finns eventuella närstående som kan ge hjälp. Trots att det enligt Socialtjänstlagen är den enskildes behov och inte kommunens ekonomi som ska vara avgörande, har ofta de tjänstemän som bedömer de sökandes hjälpbehov fått strängare krav att hålla kommunens budget. På senare år har det också blivit vanligare med kommunala riktlinjer om att tjänstemännen ska undersöka ifall det finns anhöriga eller andra närstående utanför hushållet som kan ge hjälp. Trots att svensk familjerättslig lagstiftning inte ålägger vuxna barn eller andra släktingar något omsorgsansvar för äldre anförvanter fanns sådana riktlinjer i var fjärde

svensk kommun år 2002 (Socialstyrelsen 2003a).

En konsekvens av den offentliga äldreomsorgens åtstramning är att fler äldre idag än för 10-15 år sedan får hjälp av anhöriga. Det är också fler äldre som köper privata tjänster och betalar helt ur egen ficka. Dessa förskjutningar fördelas klassmässigt ojämnt: äldre med högre utbildning tenderar att ersätta hemtjänstens insatser med hjälp köpt på marknaden, medan anhörigomsorgen har ökat mest bland äldre med lägre utbildning (SOU 2001:79).

### 16.4.2 Hemtjänst i form av service respektive omvårdnad

Innehållet i hemtjänsten innefattar dels uppgifter av servicekaraktär, dels uppgifter som är mer inriktade på personlig omvårdnad. För 15-20 år sedan beviljades oftast hjälpen i form av hjälptimmar, inte som hjälpinsatser. Även om dessa också då specificerades med vad som skulle hinnas med på de beviljade timmarna, exempelvis städning varannan vecka eller dusch på onsdagar, så hade hjälptagare och vårdbiträde större möjlighet att själva bestämma över hur timmarna skulle användas (Szebehely, 1995). Att dela upp hjälpen i service- respektive omvårdnadsinsatser var av mindre betydelse.

I samband med att kommunerna införde beställar-/utförarsystem blev det mer aktuellt att skilja på olika typer av insatser. Det gäller framför allt där olika utförare utförde olika delar av hjälpen, exempelvis där kommunens egen verksamhet svarade för omvårdnadsinsatser medan privata entreprenörer skötte städning eller inköp av dagligvaror. Många kommuner hade också olika taxor för olika former av hemtjänst. Vid sidan av den ordinarie hemtjänsttaxan fanns separat taxa för städning i nästan 30 procent av kommunerna. Ett syfte med detta var säkerligen att hålla tillbaka efterfrågan bland personer som enbart behövde städning för att göra denna insats så dyr att den lika gärna kunde köpas på den

privata marknaden. Andra hemtjänstinsatser med separata taxor var trygghetslarm, matdistribution, tvätt, fönsterputs, dagligvaruinköp och matlagning i hemmet (Regeringens proposition, 2000/01:149).

I många kommuner höjdes avgifterna kraftigt under 1990-talet – framför allt för dem med mindre omfattande hjälpbehov, och på många håll har avgifterna använts för att styra bort efterfrågan på kommunens insatser. Enligt en beräkning från slutet av 1990-talet avstod ungefär var sjätte hjälpbehövande person över 75 års ålder från hemhjälp på grund av avgiftens storlek. Gamla kvinnor med låga pensioner avstod oftare än andra (Socialstyrelsen 2001).

Den avgiftsreform inom äldreomsorgen som infördes 2002 (den s.k. maxtaxe-reformen) innebar dock en begränsning av kommunernas möjligheter att ta ut höga avgifter, och under det första året efter reformen ökade andelen avgiftsbefriade bland äldreomsorgsmottagarna från 14 till 34 procent. I samband med taxereformen höjde dock många kommuner minimiavgiften för hemtjänst, vilket innebär att vissa äldre i stället fick höjda kostnader (Socialstyrelsen 2003b). Andelen som uppger att de avstått från hjälp på grund av avgiftens storlek har dock minskat påtagligt (Socialstyrelsen 2006b, s 16)

I propositionen Avgifter inom äldre- och handikappomsorg ges en översikt av vad som ingår i hemtjänsten utifrån tidigare lagstiftningsärenden, från 1992 och framåt (Regeringens proposition 2000/01:149). Man följer här den praxis som utvecklats för att beskriva hemtjänstens olika insatser.

- *Serviceinsatser* avser praktisk hjälp med hemmets skötsel som städning, tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post- och bankkontor, hjälp med tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat.

- *Personlig omvårdnad* avser insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska,

psykiska och sociala behov. Det handlar om hjälp för att kunna äta och dricka, klä och förflytta sig och sköta personlig hygien, men även insatser som behövs för att bryta isolering eller för att den enskilde ska kunna känna sig trygg och säker i det egna hemmet.

- *Viss ledsagning* samt *avlösning av anhörig* ingår också i hemtjänstens arbetsuppgifter.

Uppdelningen i serviceinsatser och personlig omvårdnad är dock enligt vår uppfattning konstlad, sett ur den enskildes perspektiv. För att hjälptagaren ska kunna äta eller dricka måste någon ordna med mat i hemmet. Den personliga omvårdnaden är därför inte möjlig att ge om den inte kombineras med en serviceinsats, åtminstone inte för dem utan hjälp av anhöriga. Likaså kan hjälp med serviceinsatser som exempelvis städning vara av stor betydelse för att bryta isolering, eller för att få den enskilde att känna sig trygg i hemmet, trots att "trygghet" definierats som personlig omvårdnad.

### 16.4.3 Öppna verksamheter blir biståndsbedömda insatser

En generell trend inom äldreomsorgen har varit att verksamheter som tidigare var öppna för en bredare målgrupp av äldre personer nu blivit en insats som erbjuds den enskilde efter biståndsbedömning. Ett exempel på detta är dagverksamheter för äldre. Under 1970- och 1980-talet var det vanligt att äldreomsorgen erbjöd hobby- och fritidsaktiviteter som var öppna för alla pensionärer, oavsett om man hade hjälp från äldreomsorgen eller inte.

Idag är dagverksamheter ett komplement till hemtjänsten och riktas till äldre och funktionshindrade med demens, psykiska funktionshinder eller personer som av andra skäl behöver aktivering eller rehabilitering. Biståndsbedömningen har blivit ett sätt att hushålla med knappa medel och styra resurserna till personer med stora omsorgsbehov. Personer

som bedöms ha mindre omfattande omsorgsbehov hänvisas i stället till verksamheter inom studieförbund och liknande, eller blir utan.

## 16.5 Sammanfattning

Äldreomsorgens omfattning, inriktning och organisation har förändrats avsevärt under de senaste decennierna. Syftet med detta kapitel är att ge en översiktlig beskrivning av de utvecklingstendenser som kan urskiljas.

### Minskad täckningsgrad

Den moderna svenska äldreomsorgen började byggas ut på 1950-talet när kommunerna introducerade hemtjänst i eget hem. Denna nya service blev snabbt populär och antalet personer som fick hemtjänst ökade fram till början av 1980-talet; därefter har antalet hemtjänsttagare successivt minskat.

Fram till 1950-talet var institutionsvård, oftast på ålderdomshem, den enda samhälleliga äldreomsorg som erbjöds äldre personer med hjälpbehov. Antalet platser i särskilt boende ökade långsamt fram till mitten av 1990-talet, för att sedan minska under 2000-talet.

I relation till andelen äldre i befolkningen har täckningsgraden av äldreomsorg minskat betydligt de senaste decennierna, även i de äldsta åldersgrupperna. År 1980 fick 34 procent av befolkningen som var 80 år och äldre hemtjänst; år 2005 var motsvarande andel 20 procent. Under samma tidsperiod minskade andelen som bodde i särskilt boende från 28 till 17 procent.

Den minskade täckningsgraden av äldreomsorg bland yngre pensionärer kan till stor del förklaras av förbättrad hälsa. I den äldre åldersgruppen, över 80 år, har hälsoförbättringarna varit mer begränsade och här avspeglar den minskade täckningsgraden en reell reduktion av äldreomsorgens omfattning. Detta illustreras av att kommunernas bruttokostnader per invånare 80 år och äldre

var 15 procent lägre år 2000 jämfört med 1990.

### Äldreomsorgen koncentreras till personer med stora vårdbehov

Under 1990-talets ekonomiska krisår minskade kommunernas resurser för äldreomsorg. Även inom landstingens sjukvård genomfördes besparingar och effektiviseringar; antalet vårdplatser inom akutsjukvården närmast halverades mellan 1992 och 2003. Under samma period ökade antalet 80 år och äldre i befolkningen med 22 procent. Det minskade antalet vårdplatser, i kombination med ökningen av antalet äldre i befolkningen, ledde till att allt fler äldre personer skrevs ut till hemmet med behov av fortsatt omsorg och rehabilitering.

Kommunerna valde att koncentrera äldreomsorgens resurser till personer med behov av omfattande omsorgsinsatser. De som fick hjälp fick mer omfattande hjälpinsatser än tidigare. Detta avspeglas i att kostnaden per hjälptagare ökade med 68 procent mellan 1985 och 2002.

### Avgränsning av äldreomsorgens uppdrag

Utvecklingen mot att ge hjälp framför allt till personer med stora omsorgsbehov har inneburit en förändrat syn på vem som är berättigad till hemtjänst. Äldre med mindre omfattande hjälpbehov står idag ofta utanför det kommunala åtagandet. En konsekvens av den offentliga äldreomsorgens åtstramning är att fler äldre idag än för 10-15 år sedan får hjälp av anhöriga. Det är också fler som köper privata tjänster och betalar ur egen ficka.

Verksamheter som tidigare varit öppna för en bredare grupp, exempelvis dagverksamheter, har blivit insatser som enbart erbjuds den enskilde efter individuell biståndsbedömning. Många kommuner har riktlinjer som avgränsar vilka uppgifter den enskilde kan få hjälp med.



Det har blivit svårare för makar att få hjälp och även tillgången till anhöriga i den hjälpbehövandes närhet vägs in i biståndsbedömningen – något som det inte finns stöd för i svensk lagstiftning.

## Referenser

- Batljan, I. & Lagergren, M. (2000) *Kommer det att finnas en hjälpare hand? Långtidsutredningen 1999/2000, bilaga 8*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Edebalk, P.G. & Svensson, M. (2005) *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden*. TemaNord 2005:507. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hjalmarson, I. & Norman, E. (2004) *Att välja hemtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Larsson, K. (2006) Äldres sociala förhållanden. *Social rapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Nososko (2004) *Social trygghet i de nordiske lande 2002*. Köpenhamn: Nordisk Socialstatistisk Komité.
- Regeringens proposition. (2000/01:149). *Avgifter inom äldre- och handikappomsorg*.
- Regeringens proposition 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*.
- Sipilä, J. (1997) (red.) *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*. Aldershot: Avebury.
- Socialstyrelsen (1996). *Ädelreformen. Slutrapport (1996:2)*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2001) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Lägesrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003a) *Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2003b) *Avgiftsenkät november 2002. Redovisning och jämförelser med tidigare studier*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004) *Konkurrensetsättning och entreprenader inom äldreomsorgen. Utvecklingsläget 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005) *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2006a) *Äldre – Vård och omsorg 2005*. Statistik Socialtjänst 2006:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006b) *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 2001:79 *Välfärdsbokslut för 1990-talet. Slutbetänkande, Kommittén Välfärdsbokslut*. Stockholm: Fritzes
- SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård. Äldrevårdsutredningen*. Stockholm: Fritzes.
- Styrborn, K., & Thorslund, M. (1993). 'Bed-blockers': delayed discharge of hospital patients in a nationwide perspective in Sweden. *Health Policy*, 26(2), 155-170.
- Szebehely, M. (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten* (Akad. Avh.). Lund: Arkiv förlag.
- Szebehely, M. (2000) *Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer*. I: Szebehely M, (red.) *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Szebehely, M. (2005) (red.) *Nordisk äldreomsorgsforskning. En kunskapsöversikt*. TemaNord 2005:508. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Szebehely, M. (2006) *Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor – en jämförande studie av den nordiska hemtjänsten*, *Tidskrift for Arbejdsliv*, 2006, 8 (1) 49-66.

- Trydegård, G-B. (2000) *Tradition, Change and Variation. Past and present trends in public old-age care.* (Akad. avh.) Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.
- Trydegård, G-B. (2001) *Välfärdstjänster till salu – privatisering och alternativa driftformer under 1990-talet. I: Szebehely, M. (red.) Välfärdstjänster i omvandling.* SOU 2001:52. Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Vabø, M. (2005) *New Public Management i nordisk äldreomsorg – hva forskes det på? I: Szebehely, M. (red.) Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt.* TemaNord 2005:508. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.