

# Lapptäcke utan sömmar

En rapport om äldre med stora vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga



**VÄLJ**  
**VÄLFÄRDEN**  
2014



# Lapptäcke utan sömmar

En rapport om äldre med stora vård- och  
omsorgsbehov och deras anhöriga

av Anna Werkelin Ahlin och  
Emma Ölmebäck, Kommunal 2014

# Innehållsförteckning

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| <b>Sammanfattning</b> .....                                    | 5  |
| <b>Inledning</b> .....                                         | 6  |
| Metod.....                                                     | 7  |
| Begrepp .....                                                  | 7  |
| <b>Vården för sjuka äldre</b> .....                            | 8  |
| Aktörer .....                                                  | 9  |
| Hälso- och sjukvård .....                                      | 10 |
| Kommunen .....                                                 | 12 |
| Anhöriga .....                                                 | 14 |
| <b>Om anhörigomsorgen</b> .....                                | 16 |
| Anhöriga och den offentliga vården och omsorgen .....          | 17 |
| Anhöriga som försvarare .....                                  | 18 |
| Anhöriga som samordnare .....                                  | 19 |
| Anhöriga som inspektörer.....                                  | 21 |
| <b>Om anhörigvårdare</b> .....                                 | 22 |
| Anhörigvårdare oroar sig mer .....                             | 22 |
| Anhörigvårdare jobbar mindre .....                             | 23 |
| Anhörigvårdare har sämre ekonomi .....                         | 25 |
| <b>Tidigare reformer</b> .....                                 | 26 |
| Politiska .....                                                | 26 |
| Anhörigas åsikter .....                                        | 27 |
| <b>Slutsatser</b> .....                                        | 31 |
| <b>Kommunals förslag</b> .....                                 | 32 |
| Samlad kompetens - primärvård och omsorg i kommunal regi ..... | 32 |
| Uppvärdera den patientnära omvårdnaden i sjukvården .....      | 32 |
| Rätt kompetens kring sjuka äldre .....                         | 33 |
| Lag som kombinerar valfrihet med kontinuitet.....              | 33 |
| Arbetsvillkor som främjar kontinuitet.....                     | 34 |
| Platsgaranti i äldreboende.....                                | 34 |
| <b>Litteraturförteckning</b> .....                             | 36 |

# Sammanfattning

Syftet med den här rapporten är både att synliggöra bristerna i omhändertagandet av äldre med stora vård- och omsorgsbehov och vilka konsekvenser det får för anhöriga. Rapporten syftar även till att presentera ett antal förslag på hur situationen skulle kunna förbättras.

Rapporten visar att:

- Hälso- och sjukvården är dåligt anpassad för äldre eftersom de ofta har flera olika sjukdomar som behöver behandlas samtidigt. Vårdtiderna och omvårdnadsinsatserna har minskat vilket gör att sjuka äldre skrivs ut trots omfattande medicinska behov. Äldreomsorgen är dock dåligt rustad för att ta emot sjuka äldre som skrivs ut från sjukhusen. Konsekvensen blir ett ökat omsorgsansvar för anhöriga.
- Majoriteten av anhörigvårdarna är nöjda med den offentliga vården och omsorgen som ger dem en outhärlig avlastning. Men, de vittnar också om problem som finns. En av de största bristerna i vården och omsorgen av äldre, med stora vård- och omsorgsbehov, är den undermåliga samordningen mellan olika aktörer. Konsekvensen blir att anhöriga i genomsnitt lägger 40 minuter i veckan på att kontakta myndigheter i syfte att hålla ihop vården kring sin anhörige. De får ta på sig rollen som försvarare, samordnare och inspektör.
- Den ofrivilliga anhörigomsorgen som tillkommer på grund av brister i landstingens och kommunernas organisation är ett samhällsproblem. Omfattningen av anhörigomsorg varierar kraftigt beroende på vilken relation man har. Make, maka eller partner vårdar i genomsnitt sina anhöriga 29,4 timmar i veckan. Bland de som vårdar sina föräldrar är motsvarande siffra 6,6 timmar i veckan.
- Att vara anhörigvårdare påverkar såväl arbetslivet som fritiden. Av anhörigvårdarna i undersökningen svarar 13 procent att de inte hinner med att träffa vänner, 21 procent känner sig ofta oroliga och stressade på grund av situationen för deras anhöriga. 14 procent uppger att de fått sämre ekonomi och sex procent att de bytt jobb eller gått ner i arbetstid. Vanligast är att använda semester eller kompedighet för att hjälpa sina anhöriga. Av de som ger hjälp flera gånger i veckan känner en av fem sig ofta stressad på jobbet och 14 procent uppger att de har svårt fokusera på arbetet.
- I undersökningen är tre av fem anhöriga negativa till att privatiseringar och valfrihetssystem är bra reformer för att förbättra för äldre och deras anhöriga. Endast en av fem tror att det skulle ha betydelse för att förbättra vården och omsorgen. En övervägande majoritet är även negativa till skatteavdrag för privat köpt hjälp. Det anhörigvårdare efterfrågar är bättre kvalitet i den offentligt finansierade sjukvården och äldreomsorgen samt satsningar på samordning av insatser runt den sjuka äldre.
- Gruppen sjuka äldre behöver en sammanhållen sjukvårds- och omsorgsinstans utanför sjukhusen som präglas av samordning av olika kompetenser. Äldreomsorgen måste vara organiserad utifrån personalkontinuitet och tid för personalen att arbeta professionellt. Förebyggande och rehabiliterande insatser ska vara prioriterade.

# Inledning

Flera tidigare rapporter från bland annat Socialstyrelsen har kartlagt problemen med vårdens och omsorgens bristfälliga organisation kring äldre med stora vård- och omsorgsbehov. Många olika aktörer är inblandade och de förmår inte att samordna sina insatser. Ingen har, eller vill ta ansvar för helheten kring brukaren/patienten. Konsekvenserna av en organisation som inte är anpassad för de största konsumenterna av vård och omsorg blir i första hand ett mänskligt lidande. Därutöver är denna ordning både samhällsekonomiskt kostsam och tvingar anhöriga in i rollen som anhängvårdare.

Kommunals medlemmar arbetar både inom äldreomsorgen och inom sjukvården och de möter varje dag äldre som faller mellan stolarna i systemet. Vård- och omsorgspersonalen står maktlösa inför hur de olika aktörerna styrs av olika budgetar, lagar, avtal och avsiktsförklaringar. De befinner sig ytterst i organisationerna, närmast de äldre och deras anhöriga, och får på första parkett bevittna när aktörerna inte maktar med sina uppdrag och vilka konsekvenser det får. De har dessutom en pressad arbetssituation med delade turer, stress och underbemanning i kombination med ständiga hot om besparingar.

Det är Kommunals medlemmar som får möta frustrationen och ilskan från anhöriga när organisationen kring sjuka äldre inte fungerar. Och det är Kommunals medlemmar som drabbas när kommunikationen mellan olika aktörer brister. Det är till exempel hemtjänstpersonalen som står och väntar utanför den äldres hem när den person de har fått i uppdrag att möta i själva verket blir kvar på sjukhus ett par dagar till Sammantaget leder det till en maktlöshet som i kombination med känslor av otillräcklighet i sig innebär ett arbetsmiljöproblem.

Den här rapporten syftar till att synliggöra bristerna i omhändertagandet av gruppen sjuka äldre samt vad det får för konsekvenser för deras anhöriga. Rapporten syftar även till att presentera ett antal förslag till hur situationen skulle kunna förbättras – både för sjuka äldre, men också för deras anhöriga. Det hänger nämligen ihop. För när vården och omsorgen kring äldre fungerar ändamålsenligt – då fungerar livet även för deras anhöriga. Men när omsorgen brister i kvalitet, när olika aktörer inom eller mellan kommun och landsting inte kommunicerar med varandra, när det blir missförstånd och personalen inom hemtjänsten är alltför stressad för att hinna med sina arbetsuppgifter, då får anhöriga träda in och fylla igen luckorna i det lapptäcke som i dag utgör organisationen kring äldre med stora vård- och omsorgsbehov.

Kommunal har låtit intervjua 1 006 personer som regelbundet ger hjälp till en anhörig om hur de upplever att den offentliga vården och omsorgen fungerar samt hur den underlättar och påverkar dem som anhörig. Bilden som framträder är mångfacetterad och all anhängomsorg är inte problematisk. Tvärtom finns det många som vittnar om att de tycker att det är givande och att det känns bra att få “ge någonting tillbaka” till personer som funnits där för dem tidigare i livet. Kanske ett nu medelålders barn som hjälper en åldrande förälder. I de flesta fall är upplevelsen sannolikt delad – att ge hjälp och stöd kan kännas bra, samtidigt som det framkallar känslor av otillräcklighet, oro och skapar praktiska problem.

I den här rapporten vill Kommunal lyfta fram den påtvingade anhängomsorgen. Att inte få möjlighet att fortsätta finnas där och ge stöd, uppmuntran och närhet som dotter, make, partner eller granne utan istället tvingas in i rollen som samordnare, försvarare, vårdgivare eller logistiker. För det är vad som krävs av vissa anhöriga idag. Det är dessa anhöriga och deras äldre och sjuka närstående som den här rapporten handlar om.

## Metod

Rapporten bygger på en litteraturgenomgång av tidigare studier och utvärderingar av vården och omsorgen kring sjuka äldre.

Delarna som handlar om anhörigomsorg bygger på djupintervjuer och en intervjuundersökning. Vi har utfört två djupintervjuer med anhöriga till äldre med vård- och omsorgsbehov. Djupintervjuerna gjorde vi själva under februari och mars 2014.

Intervjuundersökningen bygger på 1 006 telefonintervjuer med personer som regelbundet hjälper en eller flera personer över 65 år som behöver hjälp på grund av hög ålder, funktionsnedsättning eller sjukdom.<sup>1</sup> Insamlingen är genomförd via telefon under en tvåveckorsperiod i april 2014 med hjälp av undersökningsföretaget Evry. Urvalet var ett slumpmässigt befolkningsurval av personer mellan 45 och 75 år.<sup>2</sup> Av de 1 579 personer som kvalificerade sig enligt urvalskriterierna valde 64 procent att vara med i undersökningen, vilket tyder på att undersökningen upplevdes som relevant och att det var ett stort intresse för personer i målgruppen att delta.

## Begrepp

Det finns olika definitioner på gruppen sjuka äldre. Socialstyrelsen och SKL använder definitionen "mest sjuka äldre" om personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Gruppen inkluderar omkring 300 000 personer som antingen har 25 hemtjänsttimmar/månad, bor i särskilt boende eller har omfattande sjukvårdsinsatser. De mest sjuka äldre utgör cirka 18 procent av alla över 65 år.<sup>3</sup>

I den här rapporten används två begrepp: äldre och sjuka äldre. Med sjuka äldre avses äldre personer i behov av både kommunal omsorg och sjukvård. I begreppet äldre ingår även individer som inte har någon sjukdomsbild, men som är i behov av hjälp och stöd för att klara sin vardag, antingen från det offentliga eller från anhöriga.

---

<sup>1</sup> För att ingå i undersökningens målgrupp var man också tvungen att regelbundet hjälpa till med minst en av följande sysslor: personlig omvårdnad, praktisk hjälp, hushållssysslor, kontakt med myndigheter, ge tillsyn eller motivera, förbereda eller följa upp kommunal omsorg eller sjukvård eller kontrollera att kommunal omsorg och sjukvård utförts som planerat.

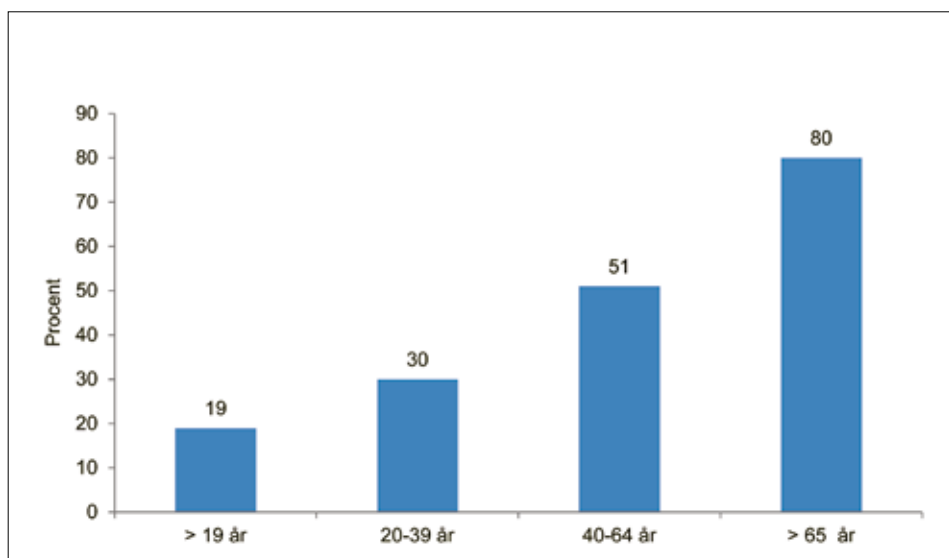
<sup>2</sup> För att ingå i undersökningens målgrupp var man också tvungen att regelbundet hjälpa till med minst en av följande sysslor: personlig omvårdnad, praktisk hjälp, hushållssysslor, kontakt med myndigheter, ge tillsyn eller motivera, förbereda eller följa upp kommunal omsorg eller sjukvård eller kontrollera att kommunal omsorg och sjukvård utförts som planerat.

<sup>3</sup> Regeringskansliet, 2014

# Vården för sjuka äldre

Befolkningen blir äldre. År 2060 kommer 25 procent av Sveriges befolkning att vara 65 år eller äldre, i dag är den siffran 19 procent. Att vi blir äldre innebär fler friska år, men också att vi lever längre med sjukdom. Hälften av sjukvårdens resurser går idag till personer som har minst två kroniska sjukdomar. De står också för hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar. Antalet kroniska sjukdomar ökar med ålder. Bland personer över 65 år har 80 procent minst en kronisk sjukdom.<sup>4</sup> Det vanligaste för en person över 75 år är att ha flera kroniska sjukdomar.<sup>5</sup>

**Diagram 1: Andel med minst en kronisk sjukdom utifrån ålder**



Källa: Myndigheten för vårdanalys, 2014

Enligt lag ska hälso- och sjukvård ges till personer med störst behov utifrån den enskilda människans värde. Trots att äldre med flera sjukdomar har de största behoven av vård och omsorg är sjukvården dåligt anpassad för gruppens behov. Hälso- och sjukvården är anpassad utifrån att behandla en sjukdom i taget, inte att ta ansvar för hela patientens samlade vårdbehov. Bristen på koordination mellan olika parallella medicinska processer är ett större problem för sjuka äldre än väntetiderna.<sup>6</sup>

Samtidigt som antalet vårdplatser har blivit färre och vårdtiderna har blivit kortare har den offentligt finansierade äldreomsorgen dragit sig tillbaka.<sup>7</sup> I dag är det svårare att få beviljad hjälp än för 20 år sedan och antalet platser på särskilt boende fortsätter att minska.<sup>8</sup> Underfinansieringen av äldreomsorgen tvingar personalen att springa fortare och fortare, vilket resulterar i att kontinuiteten i omsorgskontakten och tryggheten för den äldre prioriteras ned.

Den ökade marknadsstyrningen i form av valfrihetssystem har ytterligare komplicerat samordningen av insatser mellan olika aktörer då antalet aktörer kraftigt ökat och områdesansvaret i många delar av landet försvunnit. Varje individ ska välja sina utförare både

<sup>4</sup> Myndigheten för vårdanalys, 2014

<sup>5</sup> Myndigheten för vårdanalys, 2014, s. 32; Fratiglioni, Marengoni, Meinow, & Karp, 2010

<sup>6</sup> Socialstyrelsen, 2013b

<sup>7</sup> Szebehely & Ulmanen, 2012

<sup>8</sup> Szebehely & Ulmanen, 2012



inom hemtjänst<sup>9</sup> och i primärvården. Dessa har sedan till uppgift att försöka samordna sig utifrån alla tänkbara konstellationer som olika individernas val resulterat i, vilket blir en omöjlig uppgift.

Bristen på en fungerande organisation runt gruppen sjuka äldre är samhällsekonomiskt kostsamt. När sjuka äldre inte får den hjälp de behöver av äldreomsorgen eller primärvården leder det till onödiga sjukhusinläggningar. Den äldre bOLLAS runt mellan slutenvård, korttidsboenden och hemmet. I en rapport från SKL<sup>10</sup> pekas sex utmaningar ut för att åstadkomma ett bättre liv för de mest sjuka äldre:

- Brister i samordning och planering
- Avsaknaden av kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser
- Brister i informationsöverföring
- De äldre och deras anhöriga är inte inkluderade
- Bristande kontinuitet i hemtjänsten
- Anhöriga står för en stor del av vården men får inte tillräckligt stöd

Anhöriga gör en stor insats i att hjälpa och vårda äldre. Omsorgsinsatserna från anhöriga har ökat över tid<sup>11</sup> och främst inom gruppen lågutbildade.<sup>12</sup> Resultatet av att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen inte har kapacitet att möta behoven är att anhöriga tvingas till att ta ett allt större ansvar.

All anhörigomsorg är dock inte problematisk, många vill finnas där för exempelvis sina föräldrar som ett stöd. Kritiken bör riktas mot den anhörigomsorg som är påtvingad, det som tvingar individer in i rollen som koordinator, försvarare, vårdgivare eller logistiker istället för att få vara son, dotter, make eller granne.

## Aktörer

Bristerna i samordningen mellan olika aktörer handlar inte om avsaknad av dokument som fastslår att samordningen ska fungera. Lagar, policyer och samordningsdokument finns, problemet är att de inte följs och att grundorganisationen och ekonomin ofta styr åt motsatt håll. Det här avsnittet handlar om de olika aktörer inom landsting och kommun som tillsammans med anhöriga ansvarar för den formella och den informella vården och omsorgen kring sjuka äldre. Offentliga omsorgsinsatser kombineras dessutom relativt ofta med privat köpt hjälp.<sup>13</sup> I intervjuerna med anhöriga uppger 17 procent att den person som de hjälper också har fått privat köpt hjälp under det senaste året.

Det är vanligt att äldre både får formell vård och omsorg från sjukvården och kommunen i kombination med att anhöriga hjälper till. I undersökningen uppger tre av fyra, 76 procent, att den personen de hjälper också får insatser antingen från sjukvården eller kommunen. 40 procent får både sjukvård och omsorgsinsatser från kommunen, drygt 20 procent får insatser enbart från kommunen och 15 procent får endast sjukvård.

<sup>9</sup> I de kommuner där LOV är infört

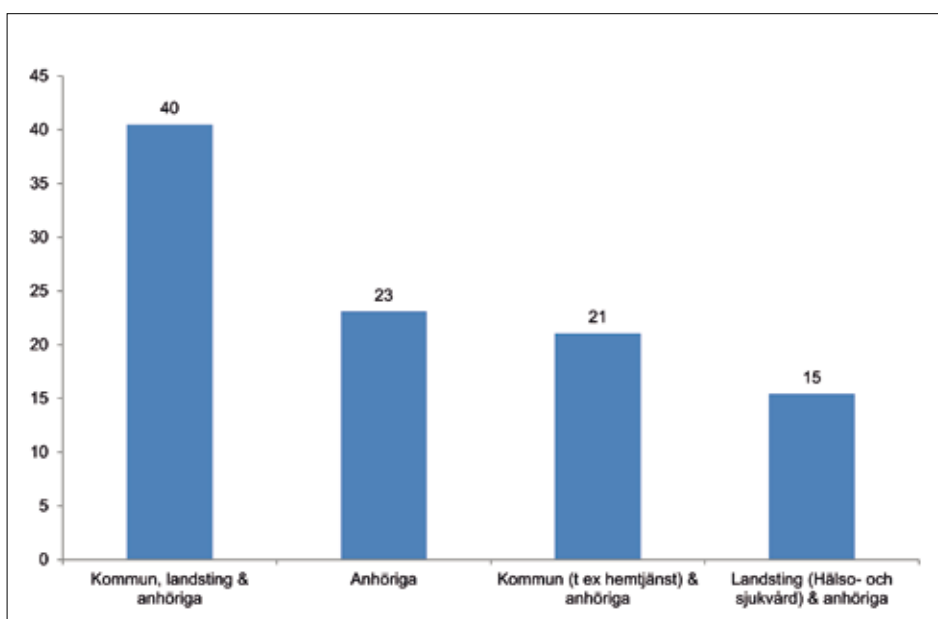
<sup>10</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2012

<sup>11</sup> Szebehely, Ullmanen, & Sand, 2014, s. 10

<sup>12</sup> Szebehely & Ullmanen, 2012

<sup>13</sup> I privat köpt hjälp ingår köpta skattesubventionerade tjänster (RUT-avdrag)

**Diagram 2: Andel äldre med vård- och omsorgsinsatser fördelat på aktör**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

## Hälsö- och sjukvård

I hälsö- och sjukvårdslagen finns en övergripande bestämmelse om att landsting och kommuner är skyldiga att samverka vid vården och behandlingen av en enskild.<sup>14</sup> I Socialstyrelsens föreskrifter står att huvudmännen i samråd ska utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information.<sup>15</sup> Trots detta skrivs en sådan plan endast i en tredjedel av fallen och läkaren från vårdcentralen medverkar sällan vid vårdplanering när en patient skrivits ut från sjukhus.<sup>16</sup>

Värdet av omvårdnaden har prioriterats ned inom sjukvården, där var fjärde undersköterska försvunnit sedan mitten på 90-talet. Idag får äldre patienter inte den hjälp med hygien, mat och samtalsstöd som tidigare erbjöds vid en sjukhusvistelse.<sup>17</sup>

Den svenska sjukvården är till stor del uppbyggd kring att patienter har en sjukdom, behandlas för sin sjukdom och åker hem. För gruppen äldre är sjukdomsbilden ofta mer komplicerad. Det handlar om flera diagnoser och ofta om kroniska sjukdomar som kräver längre tid, uppföljning och kontinuitet. Antalet aktörer som är inblandade blir ofta många, vilket kräver en god samordning. Väntetiderna i sjukvården är inte det största problemet för multisjuka<sup>18</sup> äldre. Huvudproblemet är enligt Socialstyrelsen bristande koordinering av insatser, och huruvida insatserna verkligen löser de problem den multisjuka har.<sup>19</sup>

<sup>14</sup> 2 § Hälsö- och sjukvårdslag (1997:142)

<sup>15</sup> Socialstyrelsen, SOFS 2007:10, 2007

<sup>16</sup> Gurner, nr 1 2012

<sup>17</sup> Ölmebäck, 2013

<sup>18</sup> Definitionen på multisjuka äldre kan variera, men handlar generellt om äldre med flera sjukdomsdiagnoser som kräver slutenvård.

<sup>19</sup> Socialstyrelsen, 2013b

De flesta äldre bor i dag kvar i eget boende högt upp i åldrarna och får medicinsk hjälp via primärvården.<sup>20</sup> Det innebär att primärvården är den instans som till största delen är ansvarig för samordning av sjukvård för sjuka äldre. Få enheter har dock särskild kompetens kring äldre i form av geriatriker eller specialistsjuksköterskor.<sup>21</sup> Frågan blir då om primärvården har den kompetens och de förutsättningar som krävs för att fungera som den sammanhållande länken bland olika sjukvårdsinsatser och den kommunala omsorgen.

En annan faktor som påverkar primärvårdens förutsättningar att möta gruppen sjuka äldres behov är ersättningssystem och deras ekonomiska styrning. I en kartläggning från Socialstyrelsen beskriver många verksamhetschefer i primärvården ersättningssystemen som en utmaning, och ersättningsmodeller som styr mot besöksprestationsersättning upplevs ske på bekostnad av de sjuka äldre.<sup>22</sup>

Följden blir att då primärvården och de kommunala insatserna brister hamnar många äldre på sjukhus i onödan. Det är en relativt liten grupp sjuka äldre som står för majoriteten av alla onödiga sjukhusvistelser. Av alla inläggningar för individer över 65 år är en femtedel en återinläggning inom 30 dagar, 40 procent av återinläggningarna beräknas vara åtgärdbara. En minskning av återinläggningar med 10 procent skulle motsvara cirka 730 miljoner kronor eller 2,5 miljoner hemtjänsttimmar.<sup>23</sup> Dessutom har antalet vårdplatser på sjukhus minskat på grund av effektiviseringar och besparingar. Mellan åren 1992-2006 minskade platserna inom geriatrik med 74 procent och inom medicin med 31. Det har lett till att många äldre skrivs ut från sjukhusen trots att de behöver relativt mycket medicinsk vård och rehabilitering vilket bidrar till att öka vårdtyngden i särskilda boenden, inom hemtjänsten och på anhöriga.<sup>24</sup> Idag har inget landsting geriatrik verksamhet i primärvården, 16 landsting har geriatrik verksamhet i specialistvården.<sup>25</sup>

I vårdkarusellen mellan primärvård, hemsjukvård och slutenvård blir antalet kontakter många. När Socialstyrelsen undersökte antalet kontakter under en artonmånadersperiod kom de fram till att äldre med multisjuka i genomsnitt träffar 15 olika läkare vid kontakter med vårdcentralen, på akuten inom den öppna specialistvården och vid utskrivning från slutenvården. Av det totala antalet kontakter som gruppen haft utgör läkarkontakterna cirka 44 procent. Av samtliga kontakter svarar andra personalkategorier för 56 procent och av dessa är kontakterna med distriktssköterska eller med sjuksköterska i de fall kommunen tagit över hemsjukvården dominerande.<sup>26</sup>

I intervjuundersökningen som ligger till grund för den här rapporten får 10 procent av de äldre vård och omsorg från minst åtta olika aktörer och 38 olika personer.<sup>27</sup> 78 procent av de äldre har kontakt med vårdcentralen, vilket är den vanligaste vårdaktören att ha kontakt med. Den näst vanligast kontakten är med akutsjukvården. Över hälften, 55 procent, har haft kontakt med akutsjukvården under det senaste året. Det är en lika stor andel som har färdtjänst. Observera att det i undersökningen även ingår äldre med mindre vård och omsorgsbehov och som inte omfattas av Socialstyrelsens definition av de ”mest sjuka äldre”. Andelen av de mest sjuka äldre som har kontakt med akutsjukvården är därför sannolikt betydligt högre än vad som framkommer här.

---

<sup>20</sup> Socialstyrelsen, 2013b

<sup>21</sup> Socialstyrelsen, 2013a

<sup>22</sup> Socialstyrelsen, 2013a

<sup>23</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2013, s. 3-5

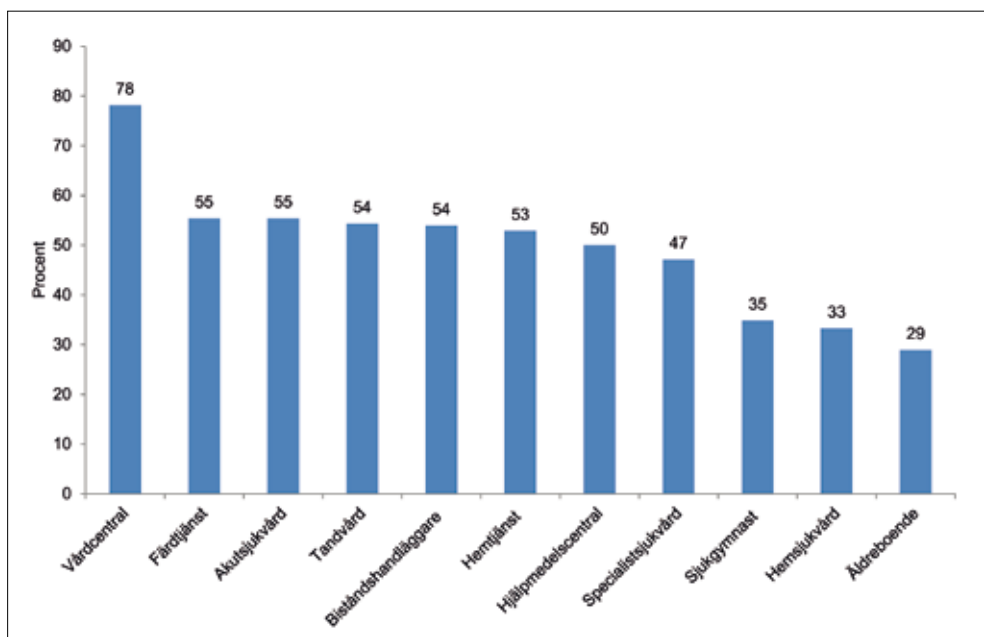
<sup>24</sup> Socialstyrelsen, 2011, s. 117-118

<sup>25</sup> Socialstyrelsen, 2012, s. 9

<sup>26</sup> Socialstyrelsen, 2013, s. 20

<sup>27</sup> Under de senaste 12 månaderna

**Diagram 3: Andel äldre som får offentlig vård och omsorg fördelat på aktör**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

Flera tidigare studier belyser att sjuka äldre inte får tillgång till den sjukvård de är i behov av och att många hamnar hos akutsjukvården på grund av åkommor som är möjliga att förebygga.<sup>28</sup> Två områden som ofta prioriteras ned bland sjukvårdsinsatserna är psykiatrisk vård och tandvård. Trots att förekomsten av depression bland personer över 65 år uppskattas till drygt 12 procent, vilket är dubbelt så många som för hela befolkningen, får gruppen äldre tillgång till psykiatrisk vård i lägre utsträckning än befolkningen i övrigt. De vårdas oftare på somatiska kliniker där personalen inte är vana att hantera psykiatriska sjukdomar.<sup>29</sup> Många äldre behöver även ha kontakt med hjälpmedelscentraler för exempelvis dålig hörsel eller syn.

## Kommunen

Kommunerna ska erbjuda vård och omsorg för dem som har ett långvarigt behov. Samtidigt som andelen äldre ökar minskar resurserna till äldreomsorgen som andel av kommunernas kostnader. År 2003 var äldreomsorgens andel av kommunernas kostnader 21,8 procent, medan motsvarande siffra för 2012 var 20,8 procent. Även andelen äldre som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen minskar. En majoritet av de vårdbehövande äldre bor i eget boende med hemtjänst, övriga vårdas på särskilt boende. Det totala antalet boendeplatser i särskilt boende har minskat med cirka 23 000 personer mellan åren 1993 och 2012.<sup>30</sup>

Socialstyrelsen har konstaterat att en ökad andel av de mest sjuka äldre<sup>31</sup> bor i ordinärt boende. År 2012 bodde 72 procent av de mest sjuka äldre i ordinärt boende, motsvarande siffra år 2007 var 66 procent. De flesta äldre multisjuka är funktionsnedsatta och i behov av stöd i hemmet. Hälften av dem behöver exempelvis hjälp med mat och mathållning. En fjärdedel klarar inte

<sup>28</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

<sup>29</sup> Socialstyrelsen, 2014

<sup>30</sup> Socialstyrelsen, 2014, s. 146

<sup>31</sup> Socialstyrelsen och SKL använder definitionen "mest sjuka äldre" som personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

själva av att följa sin läkemedelsbehandling. Vanligast är att hjälp ges av anhöriga/närstående. 80 procent av de multisjuka äldre har enbart hjälp av anhöriga eller av anhöriga och hemtjänst. Endast 8 procent av de multisjuka äldre har stöd enbart genom kommunens hemtjänst.<sup>32</sup>

**Tabell 1. Mest sjuka äldre fördelade efter boendeform, åren 2007-2012**

| År <sup>1</sup> | Särskilt boende (%) | Ordinärt boende (%) |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| 2007            | 34                  | 66                  |
| 2008            | 32                  | 68                  |
| 2010            | 31                  | 69                  |
| 2011            | 30                  | 70                  |
| 2012            | 28                  | 72                  |

Källa: Socialstyrelsen, Lägesrapport 2014 s. 150

Då dagens institutioner bara har plats för de allra sjukaste har vårdtyngden för äldre i särskilt boende ökat markant. Idag har särskilt boende mer en karaktär av hospice<sup>33</sup> då den genomsnittliga vistelsetiden på somatiska boenden minskat till under ett år och en femtedel av de äldre avlider inom två månader från det att de flyttar till boendet.<sup>34</sup> Samtidigt får hemtjänsten fler vårdtagare med stora behov.<sup>35</sup>

Förutom att omfattningen av äldreomsorg är för liten pekar flera tidigare rapporter på att verksamheten brister i kvalitet. Personalkontinuitet är en förutsättning för god vård och omsorg. Socialstyrelsens kartläggningar visar att kontinuiteten inom hemtjänsten ofta är dålig vilket resulterar i att äldre som har hemtjänst får ta emot vård och omsorg från ett stort antal olika personer. Den stora omsättningen på personal är också det som äldre ofta uttrycker missnöje med.<sup>36</sup> Enligt Socialstyrelsen möter en äldre person med hemtjänst under en tvåveckorsperiod i genomsnitt 14 olika personer. I den kommunen med störst omsättning på personal är motsvarande antal 26 personer, i genomsnitt.<sup>37</sup> Något liknande kontinuitetsmått för särskilda boenden saknas.

Personalen inom äldreomsorgen pressas hårt för att hinna med så många brukare som möjligt, ofta med arbetsvillkor som innebär delade turer och visstidsanställningar. Kommunals tidigare undersökningar visar att en tredjedel av personalen inom hemtjänsten dagligen saknar tid för att förflytta sig mellan brukarnas hem.<sup>38</sup> Det är vanligt att personalen inte hinner ta rast.

Pressade tidsscheman och stor omsättning på personal innebär att de som arbetar inom vård och omsorg många gånger saknar grundläggande förutsättningar att erbjuda äldre god vård och omsorg. Sjukdomstillstånd som kan förebyggas missas på grund av stress, brister i personalkontinuitet och utbildad personal.

<sup>32</sup> Socialstyrelsen, 2013b, s. 20

<sup>33</sup> Erbjuder vård och omsorg i livets slutskede med inriktning att lindra symtom.

<sup>34</sup> Boendetiderna avser somatiska boenden i Stockholm som generellt har något kortare boendetider än i andra delar av landet, Stockholm stads äldreförvaltning, 2013

<sup>35</sup> Socialstyrelsen, 2011

<sup>36</sup> Hjalmarson, 2014

<sup>37</sup> Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, 2014, s. 44

<sup>38</sup> Werkelin Ahlin & Sköld, 2013, s. 30

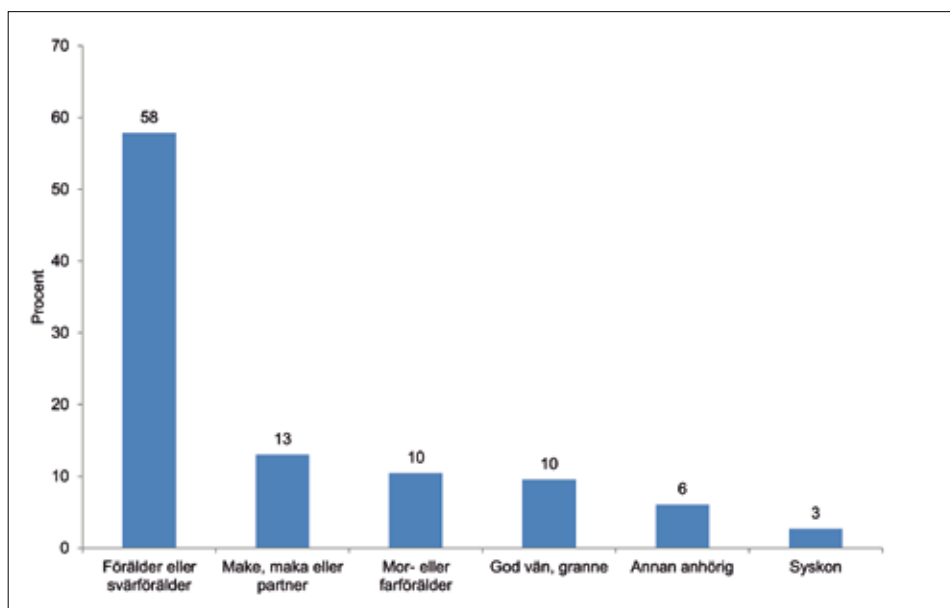
Ständig tidspress påverkar personalens hälsa och välbefinnande. Sjukskrivningstalen är i jämförelse med andra yrken höga och de ökar.<sup>39</sup> Långvarig stress, i kombination med psykiska påfrestningar av att arbeta med att tillgodose andra människors mest grundläggande behov utan att få rätt förutsättningar för det, är ett arbetsmiljöproblem och i längden skadligt.<sup>40</sup>

Mot bakgrund av hur sjuka många äldre inom den kommunala omsorgen är behöver personalen ett utökat medicinskt stöd för att klara av att möta behoven hos brukarna.<sup>41</sup> Endast 3,6 procent av sjuksköterskorna som arbetar inom den kommunala vården har en specialistutbildning i geriatrik. Det finns inte heller några formella krav på utbildning för omvårdnadspersonal. Andelen personal i särskilt boende som har en yrkesförberedande utbildning är 86 procent, inom hemtjänsten är motsvarande siffra 75 procent.<sup>42</sup> 14 procent av de anställda som arbetar på institutioner där människor är så sjuka att en femtedel dör inom två månader har alltså inte fått grundläggande utbildning.

## Anhöriga

Den vanligaste typen av anhörigomsorg är den som medelålders barn ger till äldre föräldrar vilket bekräftar resultat i tidigare studier.<sup>43</sup> I vår undersökning är det drygt hälften, 58 procent, som hjälper en äldre förälder eller svärförälder. 13 procent hjälper en partner, tio procent sina mor- eller farföräldrar, tio procent en god vän, granne, sex procent en annan anhörig och tre procent ett syskon.

**Diagram 4: Vem är det du hjälper? Andel.**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

I genomsnitt ägnar anhöriga i undersökningen nio timmar i veckan åt anhörigomsorg. I en studie från Stockholms universitet framkom att kvinnor i genomsnitt ger 5,4 timmars omsorg och män 3,8 timmar.<sup>44</sup> Att det genomsnittliga antalet timmar i den här undersökningen är högre kan

<sup>39</sup> Försäkringskassan, 2014

<sup>40</sup> Juthberg, 2008

<sup>41</sup> Bowin, Gurner, Krohwinkel Karlsson, & Rognes, 2012

<sup>42</sup> Socialstyrelsen, 2014, s. 156

<sup>43</sup> Szebehely, Ulmanen, & Sand, 2014

<sup>44</sup> Szebehely, Ulmanen, & Sand, 2014, s. 13

eventuellt förklaras med ett bredare åldersspann bland intervjupersonerna. Knappt hälften av de anhöriga i undersökningen hjälper en närstående flera gånger i veckan eller dagligen.

Anhörigomsorgens omfattning presenteras i tabell 2. Beroende på vilken relation den som hjälper har till den som är mottagare av hjälpen varierar omfattningen. Generellt ger de som lever nära och delar hushåll med den person som de hjälper mer omfattande omsorg. Anhöriga som hjälper en partner tenderar att lägga mer än tre gånger så mycket tid på att ge omsorg jämfört med andra grupper, i genomsnitt 29,4 timmar i veckan. Kvinnor ger både hjälp oftare och mer omfattande hjälp uttryckt i antal timmar. Drygt hälften, 53 procent, av anhängvårdarna är kvinnor och totalt utför de närmare 60 procent av alla hjälptimmar.

**Tabell 2. Genomsnittligt antal timmar anhängomsorg per vecka uppdelat på relation och kön. Medelvärde och median.**

|                             | Genomsnittligt antal hjälptimmar/vecka |            | Andel män som ger hjälp (procent) | Genomsnittligt antal hjälptimmar/vecka fördelat på kön. Medelvärde. |         |
|-----------------------------|----------------------------------------|------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|
|                             | Median                                 | Medelvärde |                                   | Män                                                                 | Kvinnor |
| Alla                        | 3                                      | 9,3        | 47                                | 8,7                                                                 | 9,8     |
| Förälder eller svärförälder | 3                                      | 6,6        | 46                                | 5,8                                                                 | 7,3     |
| Make, maka eller partner    | 15                                     | 29,4       | 45                                | 32,6                                                                | 26,8*   |
| Mor- eller farförälder      | 3                                      | 6,6        | 49                                | 4,4                                                                 | 8,6     |
| God vän eller granne        | 2                                      | 4,1        | 44                                | 2,9                                                                 | 5,1     |
| Annan anhäng                | 3                                      | 5          | 51                                | 3,6                                                                 | 6,5     |
| Syskon                      | 3                                      | 9          | 48                                | 7,1                                                                 | 10,1    |

\*I vår undersökning ingår några män som ger extremt många timmar omsorg till sin partner. Det gör att det genomsnittliga antalet timmar är högre för män jämfört med kvinnor. Medianvärdet för kvinnor är dock 20 timmar, vilket kan jämföras med 15 timmar för män.

Var tionde anhäng hjälper 20 timmar eller mer per vecka, vilket motsvarar två och en halv arbetsdag på heltid. Nästan var femte, 18 procent, hjälper mer än en person.

I hela undersökningen är det sammanlagt sex personer som uppger att de ger omsorg dygnets alla timmar. I samtliga fall handlar det om personer som hjälper en partner. Det kan tyckas vara en liten grupp, men med tanke på omfattningen av deras omsorgsansvar är det ändå värt att lyfta fram.

Genomsnittsåldern för de som ger hjälp är 62 år. Genomsnittsåldern för barn som har ansvar för sina åldrade föräldrar eller svärföräldrar är 60 år, medan personer som ger anhängomsorg till sin partner tenderar att själva vara äldre, i genomsnitt 70 år. Äldre som hjälper en annan äldre person kan vara problematiskt av flera skäl. I en av våra intervjuer berättar en man:

*Min pappa som var 90 år skötte min mamma i hemmet och hon blev inte beviljad boende för de tyckte att pappa var för pigg, men detta tog livet av honom. Han orkade inte.*

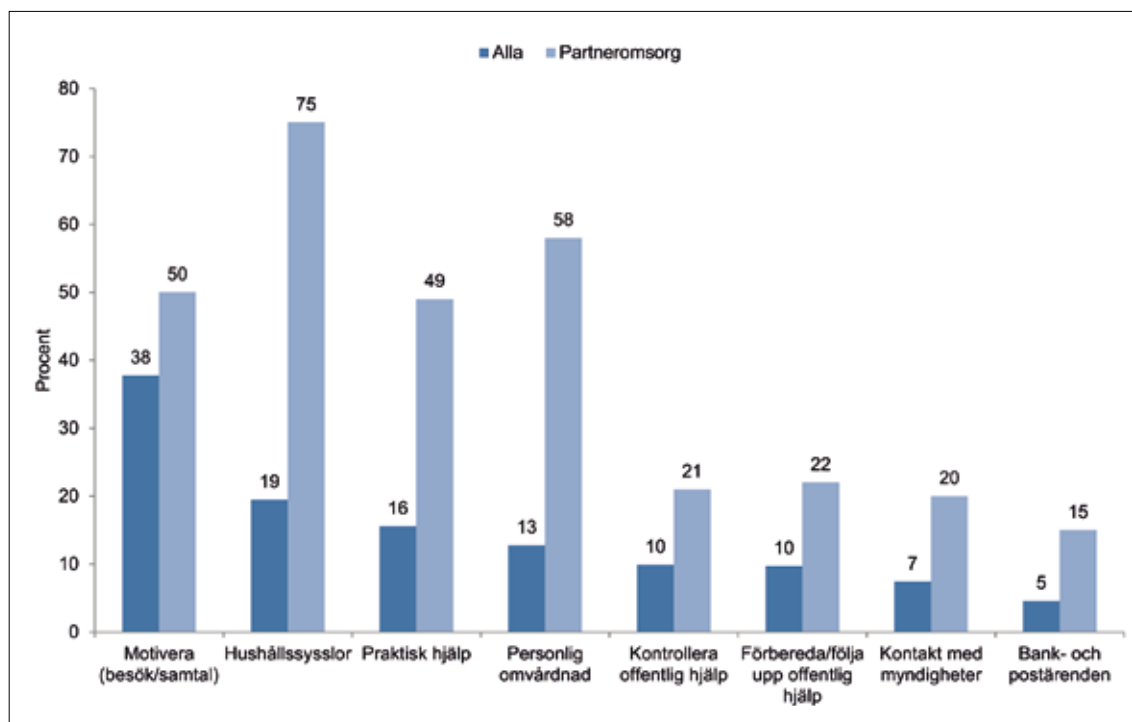
*Man 69 år; om sin pappa*

## Om anhörigomsorgen

Vid intervjutillfället fick anhöriga frågor om vilken typ av sysslor de hjälper till med och hur ofta de gör det. Det vanligaste är att motivera en äldre närstående genom besök eller samtal. Därefter kommer hushållssysslor som exempelvis städning, personlig omvårdnad i form av bad, dusch eller påklädning. Många anhöriga lägger också regelbundet tid på att sköta kontakt med offentliga aktörer, antingen genom att kontrollera att hjälpen blivit utförd som planerat eller genom att förbereda inför besök av exempelvis hemtjänsten.

De ljusa staplarna i diagram 5 visar hur ofta anhöriga som vårdar en partner utför olika sysslor. I jämförelse med hela gruppen anhörigvårdare ger de i större utsträckning omsorg dagligen. Vad de hjälper till med skiljer sig också. Anhöriga som vårdar en partner hjälper i betydligt större utsträckning till med hushållssysslor, praktisk hjälp och personlig omvårdnad. Över hälften gör det flera gånger i veckan eller dagligen.

**Diagram 5: Hur ofta och vad är det du hjälper till med? Andel som svarat flera gånger i veckan eller dagligen fördelat på alla och de som ger omsorg till en partner.**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014



## Anhöriga och den offentliga vården och omsorgen

Det är vanligt att personer som får hjälp och stöd av anhöriga också får vård och omsorg i offentlig regi. I undersökningen är det tre av fyra anhöriga som hjälper en person som också får insatser från sjukvården eller kommunen.

Den offentliga vården och omsorgen innebär en oumbärlig avlastning för anhöriga. Utan den skulle många, i synnerhet kvinnor, tvingas välja bort ett liv utanför hemmets fyra väggar.

Majoriteten i intervjuundersökningen är nöjda med de insatser som deras närstående får från sjukvården eller kommunen. Över 80 procent tycker att hjälpen är bra och tillräckligt omfattande. En nästan lika stor andel, 78 procent, uppger att de offentliga vård- och omsorgsinsatserna underlättar i deras egen situation som anhörig. Men det finns också en annan aspekt som framkommer. Anhöriga berättar om hur de får kompensera för brister i vården och omsorgen, sköta kontakten med myndigheterna, samordna olika aktörer och täcka upp när det offentliga inte räcker till.

En av tio har minst en gång i veckan kontakt med myndigheter för den personen som de hjälper räkning. Bland de som ger hjälp ofta<sup>45</sup> är den andelen dubbelt så stor, 20 procent. Uppskattningsvis lägger anhöriga i genomsnitt 40 minuter varje vecka på att ha, eller försöka ta, kontakt med myndigheter. En av tio ägnar mer än en timma varje vecka åt det. Många av kontakterna måste ske dagtid på vardagar, vilket innebär att anhöriga som arbetar kontorstid får ta av sin arbetstid för att ringa till kommunen eller sitta i vårdcentralens telefonkö. Varje vecka går nästan en halvtimme av anhörigas arbetstid åt till myndighetskontakter. En av tio ägnar mer än en timme av sin arbetstid åt det.

Många av de problem som anhöriga upplever i relation till offentliga vård- och omsorgsaktörer kommer av att det i praktiken saknas ett helhetsansvar för gruppen sjuka äldre. I en av intervjuerna reflekterar en kvinna över vad som hade hänt med hennes mamma om hon inte hade funnits där för henne:

*Jag måste säga att även om det finns alla de här biståndshandläggarna och allt det här, krävs att de har en anhörig. För har de inte en anhörig så vet inte jag vad som händer. Jag har ingen aning hur det skulle ha gått. Hon [mamma] skulle ha rullat omkring där tills det att det hände någonting. Att hon ramlade, eller förvirrad gick in till någon annan. Hon har ju i och för sig grannar som bor mitt över, men de är väl äldre än vad hon är.*

*Kvinna, 50 år, om sin mamma*

Utifrån vad som framkommit i våra intervjuer kan vi dela in problemen som uppkommer för anhöriga i tre kategorier: anhöriga som får kämpa eller strida för rätten att få vård och omsorg, anhöriga som får träda in som koordinatörer inom och mellan olika offentliga aktörer när samordningen brister, samt den tredje kategorin, anhöriga som får följa upp eller kontrollera att vården och omsorgen utförs på ett tillfredsställande sätt. Lite tillspetsat har vi valt att kalla dessa roller för *försvarare*, *samordnare* och *inspektörer*. För att illustrera dessa tre roller har vi i valt att redovisa ett antal citat från vår undersökning.

---

<sup>45</sup> Flera gånger i veckan eller dagligen

## Anhöriga som försvarare

Många anhöriga upplever att de får kämpa eller ”strida” för att deras närstående ska få tillgång till offentlig vård och omsorg. I undersökningen är det var fjärde anhörig som uppger att de har behövt göra det för att den person de hjälper också ska få hjälpinsatser i offentlig regi. Det kan både handla om sjukvårdsinsatser och om kommunal vård och omsorg. Att som anhörig behöva strida mot myndigheter upplever många som mycket påfrestande och frustrerande.<sup>46</sup> I stället för att finnas där och ge stöd i rollen som anhörig går tid och energi åt till myndighetskontakter.

Socialtjänstlagen är den lag som reglerar den kommunala vården och omsorgen. För att få insatser av exempelvis hemtjänsten eller plats på ett särskilt boende måste en biståndshandläggare göra en bedömning av den äldres behov och utifrån det behovet bevilja äldreomsorg. Tidigare undersökningar har visat att biståndshandläggarna, som är socialarbetare i grunden, har en mycket pressad arbetssituation och att de tvingas ta hänsyn till kommunens budget i sina beslut. Deras höga arbetsbelastning innebär att de prioriterar bort vissa arbetsmoment, exempelvis uppföljningen av biståndsbeslut.<sup>47</sup> Anhörigas insats riskerar då att få en avgörande betydelse för den enskildas rätt till vård och omsorg genom att de klagar, ”ligger på” och på olika sätt hävdar den äldres rätt till vård och omsorg gentemot kommunen och sjukvården. Det finns anledning att fundera på vad det innebär för äldre som saknar resursstarka anhöriga och hur det i förlängningen påverkar en jämlik tillgång till vård och omsorg som ska fördelas efter behov.

I intervjuerna uttrycker anhöriga det som att de har fått ”ligga på” kommunen och sjukvården. I våra intervjuer berättar två kvinnor:

*Varje gång mammas situation förändras om hon blir sämre så måste vi trycka på för att hon ska få mer hjälp.*

*Kvinna, 48 år, om sin mamma*

*Hon orkade inte strida så mycket själv så allt som skulle göras fick jag göra eftersom hon var lite dement. Mamma var så tacksam för det minsta.*

*Kvinna, 71 år, om sin mamma*

I en femtedel av kommentarerna nämner anhöriga spontant svårigheten att få plats på särskilt boende.<sup>48</sup> Detta kan sättas i relation till att platserna på särskilt boende har minskat kraftigt den senaste 10-årsperioden.

*Initialt så var jag tvungen att bevisa hans behov och tjata för att han skulle bli beviljad att komma in på äldreboende. Man var tvungen att vara den som skrek högst för att han skulle få komma in där.*

*Kvinna, 48 år, om sin pappa*

*Just nu är hennes allmäntillstånd så pass dåligt att hon behöver komma till ett särskilt boende. Till och med hemtjänstpersonalen tycker det. Gränsen är överskriden sedan långt tillbaka.*

*Kvinna, 53 år, om sin mamma*

---

<sup>46</sup> Forsell, 2014

<sup>47</sup> Werkelin Ahlin & Sköld, 2013

<sup>48</sup> Totalt 164 fritextsvar

## Anhöriga som samordnare

När de äldre får större behov ökar både vården och omsorgens omfattning och antalet vårdgivare som är engagerade. Komplexiteten ökar samtidigt som det blir mer avgörande för den enskildas välbefinnande att vården och omsorgen fungerar tillfredsställande.

I undersökningen är det totalt 743 anhöriga som hjälper en person som också får insatser av fler än en offentlig aktör. 42 procent svarade att det fanns en samordning mellan dessa aktörer medan så många som var fjärde, 25 procent, svarade att det inte fanns någon samordning alls.<sup>49</sup>

I våra intervjuer berättar anhöriga om sina erfarenheter av att agera *samordnare* och av att ha kontakt med myndigheter. Två exempel från våra intervjuer:

*Det var jag som tog på mig ansvaret att få kommunikationen mellan aktörerna att fungera och det blev väldigt jobbigt på slutet.*

*Man, 70 år, om sin vän*

*Man var tvungen att påpeka mycket själv. Det var mycket som jag fick påminna om hela tiden för att de på boendet inte kollade upp det själva. De borde ha kontaktat läkare etc. Man ska som anhörig inte behöva ta sånt.*

*Kvinna, 64 år, om sin förälder*

Bristen på samordning leder till slöseri och dubbelarbete, och det gäller inte bara för anhöriga. I en av djupintervjuerna beskriver en kvinna vad som hände när hon blev kontaktad av hjälpmedelscentralen som ville hämta hennes mammas rullator eftersom de hade fått information om att mamman var avliden, vilket hon inte var. När kvinnan ifrågasätter beslutet uppger de att de har fått uppgifterna från hemtjänsten. Mamman bodde vid den här tidpunkten på ett äldreboende, men hade tidigare haft hemtjänst. När kvinnan tar kontakt med hemtjänsten menar de att de inte alls har påstått att mamman avlidit och inte lämnat någon sådan order. Äldreboendet hade inte heller begärt att någon skulle hämta rullatorn.

Kvinnan får slutligen tag i en av kommunens sjukgymnaster som ett par månader tidigare lagt en order om att hämta rullatorn, inte för att mamman var avliden utan eftersom hon inte ansågs behöva den längre. När kvinnan återigen tar kontakt med hjälpmedelscentralen och ifrågasätter hur en sådan order kan bli liggande så länge får hon till svar att det inte är de utan ekonomiavdelningen som sköter uppföljningarna.

Till historien hör att det i mammans lägenhet stod andra hjälpmedel som hon, till skillnad från rullatorn, inte använde. Även om den mänskliga faktorn sannolikt haft betydelse i det här specifika fallet, ger det ändå en bild av vilka kostnader i form av dubbelarbete och slöseri samt praktiska problem som uppstår när många aktörer är involverade och samordning saknas.

Ytterligare två exempel på liknande problem och dess konsekvenser finns i citaten nedan:

*När han låg inne på sjukhus i två dagar så kom det tre olika handläggare och ställde samma frågor, de skulle behöva lite bättre kommunikation om hans behov.*

*Man, 70 år, om sin bror*

*Man blev bollad mellan olika myndigheter, kommun och landsting, sitta i långa telefonköer och aldrig få hjälp.*

*Man, 57 år, om sin vän*

---

<sup>49</sup> 33 procent svarade vet ej

Komplexiteten i organisationen kring sjuka äldre gör det svårt, och ibland nästan omöjligt, för anhöriga att navigera för att få tag i rätt person. I intervjuerna berättar två kvinnor om erfarenheten av vårdcentralen som ska vara den samordnande instansen för sjukvårdsinsatser. Det första citatet synliggör även problemen med de hierarkier som finns i sjukvården mellan primärvård och specialistvård.

*Jag ringer till kardiologen och frågar om man inte kan se över mammas mediciner för hon är så yr och bara ligger och håller i sig. Får till svar att hon är utskriven därifrån så nu är det primärvården som tar över. Så ringer jag dit och frågar om man kan göra någon utredning med yrseln, se över medicinerna för det är så många läkare som har skrivit ut. Får till svar att de aldrig ifrågasätter specialisterna och att de inte kan gå in och ändra på mediciner som primärvården inte skrivit ut. Men det är ju tre olika specialister som skrivit ut och de kommunicerar ju inte!*

*Kvinna, 59 år, om sin mor*

*Jag har ringt och ringt till vårdcentralen eftersom min anhörige inte kan bo kvar i sin tillfälliga bostad där det är flera trappor och det krävs ett läkarintyg från vårdcentralen för att vi ska kunna ansöka hos socialen om att han kan få en bostad som är anpassad, dvs på första våningen. Det har gått många månader nu sedan vi ansökte om detta läkarintyg på vårdcentralen och fick höra att vi skulle få detta. Men vi har inte fått något intyg och jag ringer och ringer.*

*Kvinna, 65 år, om sin vän*

Rollen som samordnare handlar inte bara om att ha kontakt med myndigheter. Det är inte ovanligt att anhöriga praktiskt får förbereda inför hjälp som utförs av kommunen eller sjukvården. I vår undersökning är det nästan en av tio som förbereder hjälp från kommunen eller sjukvården flera gånger i veckan eller dagligen.

I en av våra intervjuer berättar en kvinna vars mamma har en demenssjukdom och får hjälp av hemtjänsten med att handla:

*Men varje gång hemtjänsten ska komma måste jag ringa [mamma] först, och säga till henne att ta fram papper och penna så går vi igenom vad hon ska handla för något. För hon har inte koll på det, hon glömmer. Jag får lägga tid på att hjälpa henne med att skriva en lista. Och sen måste jag ringa och påminna henne både dagen innan och på förmiddagen samma dag om att hemtjänsten kommer idag.*

*Kvinna, 50 år, om sin mor*

## Anhöriga som inspektörer

Rollen som inspektör går delvis ihop med den som samordnare. Vi vill ändå lyfta upp inspektörsrollen i ett separat avsnitt eftersom många anhörigas oro för avsaknad av helhetsperspektiv och bristande kvalitet leder till att de gör sig själva till ansvariga för uppföljning och kvalitetskontroll.

I vår undersökning uppger en av tio att de dagligen eller flera gånger i veckan ägnar sig åt att följa upp och kontrollera vården och omsorgen.

När det handlar om mer komplicerade aspekter av vård och omsorg som exempelvis medicinering kan det försätta anhöriga i särskilt svåra situationer. I en av intervjuerna berättar en kvinna om sina tankar efter att hon påtalat för läkarna att det inte längre var nödvändigt för hennes mamma att fortsätta med värkmedicin. Bristen på helhetssyn över sin sjuka mammas medicinering oroar henne:

*Dagen därpå var det dags för utskrivning och då hade man tagit bort Panodilen. Då tänker jag så här; att om jag inte hade påtalat det här. Jag förstår vad Panodil är; det är smärtstillande. De andra medicinerna förstår jag ju inte varför mamma får. Tänk om det är likadant med dem? Hon har fått de vid ett tillfälle där det rådde andra omständigheter; men nu så har den situationen förändrats. Vem ska då se till att ta bort eller minska medicinen? Det är ju ingen som gör det. Jag har inte förstånd på det.*

*Kvinna, 59 år, om sin mor*

# Om anhängigvårdare

Det här avsnittet handlar om hur anhängiga själva påverkas av att ge informell vård och omsorg. Tidigare studier visar att anhängigomsorg är en jämställdhets- och klassfråga. Kvinnor tenderar att ge mer omsorg än män, och lågutbildade mer än högutbildade. Det får konsekvenser för den enskilda personens liv men också strukturella effekter som påverkar hela samhället. Mest drabbade blir anhängiga som ger omfattande hjälp.<sup>50</sup>

För många anhängigvårdare är upplevelsen av att ge omsorg tudelad. Det kan kännas viktigt och bra att få göra konkret skillnad i en annan persons liv samtidigt som stress, press och känslor av otillräcklighet kan vara besvärliga och till och med skadliga i längden. För många anhängiga upptar stödet till en närstående en stor del av deras tid, vilket går ut över fritidsaktiviteter, vänner, egen familj och i vissa fall möjligheten att kunna arbeta.

## Anhängigvårdare oroar sig mer

Anhängiga i undersökningen lyfter fram både positiva och negativa aspekter av att hjälpa en närstående. När de 1 006 personerna fick möjlighet att nämna någonting positivt med att ge vård och omsorg var det en stor majoritet, närmare 90 procent, som kunde ge exempel på någon sådan aspekt.

Det många anhängiga framhåller är att det är positivt att få ”ge någonting tillbaka” till en person som funnits där tidigare under livet, andra uppskattar den tacksamhet som de får tillbaka, medan vissa framhåller att det för dem är en självklarhet att ställa upp. Följande tre citat ger exempel på detta:

*Det är mina föräldrar och jag älskar dem. Dom har ställt upp mycket för mig när jag var yngre. Jag vill väldigt gärna hjälpa tillbaka.*

*Kvinna, 65 år; om sina föräldrar*

*Att mamma är tacksam och glad för det.*

*Kvinna, 55 år; om sin mamma*

*Jag är uppväxt med att man ska hjälpa någon som behöver hjälp.*

*Kvinna, 72 år; om sin vän*

Men intervjupersonerna berättar också om hur påfrestande det kan vara att ha ansvar för en annan persons välbefinnande och vardag. Det blir extra påtagligt om det är en nära anhängig, som en partner eller en förälder. Det är inte ovanligt att tillsynen och omsorgen är det som totalt kommer att dominera livet. I en av intervjuerna beskriver en kvinna:

*Jag skiter i alla andra. Just nu är det min mamma som ligger där. Det är hon som ligger i den här sjuksängen och det är hon som ska få sina behov tillgodosedda.*

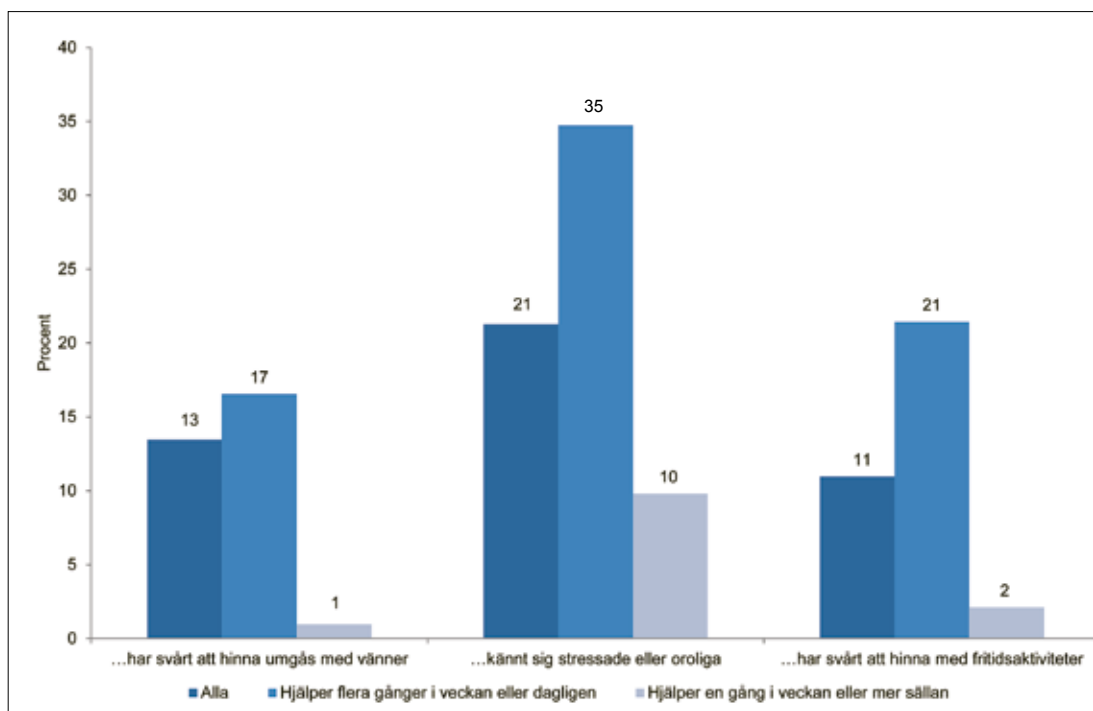
*Kvinna, 59 år; om sin mor*

---

<sup>50</sup> Szebehely, Ulmanen, & Sand, 2014

I intervjuerna fick anhöriga ta ställning till vad anhörigomsorgen inneburit för deras liv i övrigt, om de har svårt att hinna umgås med vänner, hur ofta de är stressade eller oroliga och om de har svårt att hinna med fritidsaktiviteter. Resultatet visar att en av tio har svårt att hinna umgås med sina vänner och en lika stor andel hinner inte med fritidsaktiviteter. Två av tio känner sig ofta stressade eller oroliga. De som ger omfattande hjälp har svårare att hinna med vänner och fritidsaktiviteter, och de känner sig också oftare stressade och oroliga. Resultatet är förväntat och bekräftar vad som framkommit i tidigare studier.<sup>51</sup>

**Diagram 6: Andel anhöriga som på grund av att de ger hjälp...**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

## Anhörigvårdare jobbar mindre

Tidigare rapporter har visat att 140 000<sup>52</sup> personer gått ned i arbetstid eller helt slutat förvärvsarbete för att ge vård och omsorg till en anhörig. Det får stora samhällsekonomiska konsekvenser, men också långtgående effekter för individens privatekonomi.

Drygt hälften, 55 procent av anhöriga som ingår i undersökningen arbetar. Nästan var fjärde, 24 procent, av de som arbetar gör det på deltid. Det är således en relativt stor andel som inte är förvärvsaktiva eller som inte är det på heltid. Förklaringen till att det är en större andel än i andra undersökningar är delvis att vi har valt att även intervjua personer som passerat pensionsåldern. Tidigare studier har framförallt fokuserat på anhöriga i förvärvsaktiv ålder.

Av de anhöriga som arbetar<sup>53</sup> är det fyra procent som uppger att de gått ner i arbetstid permanent på grund av att de ger hjälp. Två procent har bytt jobb av samma anledning. Det är totalt 221 personer som ger omsorg flera gånger i veckan eller dagligen som också är förvärvsaktiva. Av dem är det 18 personer, motsvarande åtta procent, som har gått ner i arbetstid permanent och fem personer, drygt två procent som har bytt jobb.

<sup>51</sup> Szebehely, Ulmanen, & Sand, 2014

<sup>52</sup> Szebehely, Ulmanen, & Sand, 2014

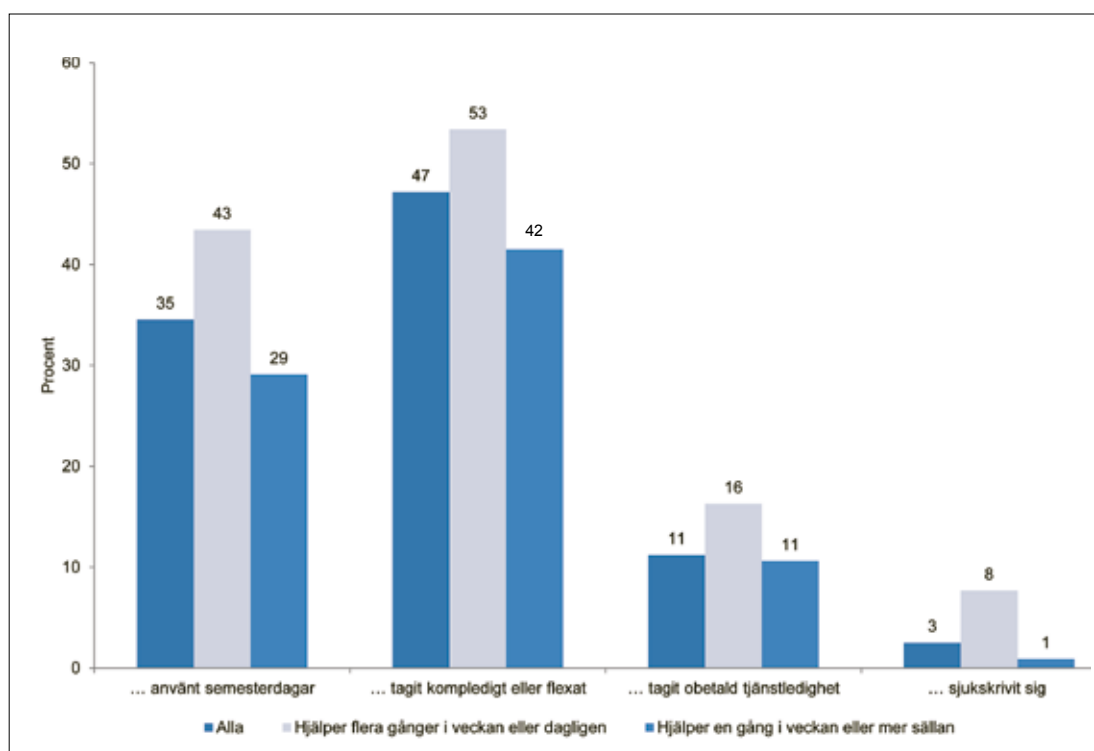
<sup>53</sup> Totalt 553 personer i undersökningen

Det är relativt vanligt att anhöriga är frånvarande från sitt arbete för att exempelvis följa med på läkarbesök eller för att träffa kommunens biståndshandläggare. När omsorgsansvaret blir tungt kan anhöriga behöva ta ledigt för att orka. Omsorgsansvaret kan också leda till sjukskrivning under en kortare eller längre period.

Vilken form av ledighet en person har möjlighet att ta varierar med anställningsvillkor. Därför är det en klassfråga hur flexibla anhöriga kan vara med frånvaro från sitt arbete och också vilken konsekvens frånvaron får för privatekonomin.

I diagram 7 framgår att det vanligaste är att anhöriga har tagit komplement eller använt flexitid. Det är närmare hälften som har gjort det, och en nästan lika stor andel oavsett omsorgens omfattning. Det är även relativt vanligt att ta semester. Sjukskrivningar är något mer ovanligt, förutom för personer som ger hjälp flera gånger i veckan eller dagligen.

**Diagram 7: Andel som på grund av att de ger anhörigomsorg...**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

Att ge hjälp till en närstående kan även påverka möjligheten att vara produktiv på arbetstid. I undersökningen är det drygt var tionde som uppger att de flera gånger i veckan känner sig stressade på sin arbetstid. Sju procent har haft svårt att fokusera på arbetet, tre procent har lika ofta problem att hålla arbetstider och en lika stor andel har svårt att hinna med arbetsuppgifter. De som ger mer omfattande omsorg, flera gånger i veckan eller dagligen, har oftare svårt att fokusera på sitt arbete. En dubbelt så stor andel som i hela gruppen, 20 procent, känner sig ofta stressade på arbetstid och 14 procent har svårt att fokusera på arbetet.

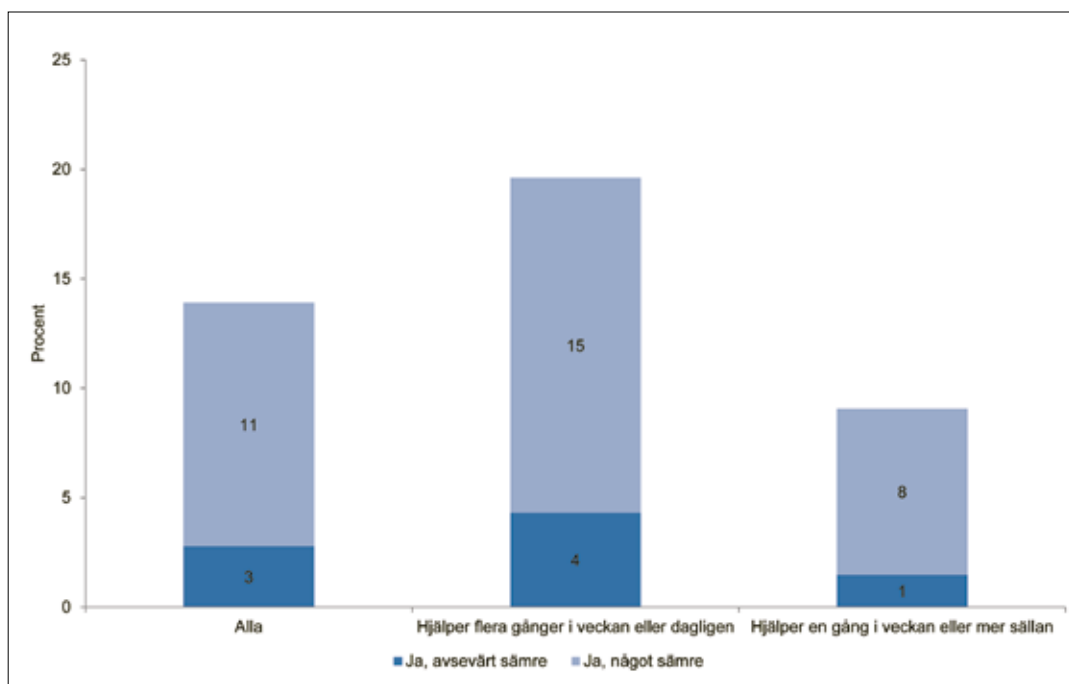


## Anhörigvårdare har sämre ekonomi

Att gå ner i arbetstid eller att vara frånvarande från arbetet under kortare eller längre perioder påverkar privatekonomin. Både på kort sikt som ett resultat av löneavdrag för exempelvis obetald ledighet, men också på lång sikt på grund av missade karriärchanser eller sämre pension.

I undersökningen är det en relativt stor andel anhöriga som uppger att anhörigomsorgen inneburit en sämre privatekonomi. Det kan antingen bero på ökade utgifter eller minskade inkomster. Drygt var tionde av alla anhöriga, och en av fem av dem som ger omfattande hjälp, har fått försämrad ekonomi.

**Diagram 8: Har du under de senaste 12 månaderna på grund av att du ger hjälp till en anhörig fått sämre ekonomi?**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

# Tidigare reformer

Hur vården och omsorgen är organiserad kring sjuka äldre är politiska beslut. I det här avsnittet redovisas de stora politiska reformerna på området de senaste två mandatperioderna. I undersökningen fick anhöriga ta ställning till olika förslag utifrån vad de anser skulle ha betydelse för deras och deras anhöriges situation.

## Politiska

De senaste åtta åren har varit en tid av stora förändringar inom sjukvård och omsorg. Flera reformer har fått betydelse för möjligheterna att erbjuda en sammanhållen vård för gruppen äldre. Införandet av valfrihetssystem (LOV) har inneburit ökad konkurrensutsättning och fler privatiseringar inom offentligt finansierad vård och omsorg. Den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt att införa LOV i primärvården för samtliga landsting.<sup>54</sup> Inom specialistvården och hemtjänsten är det däremot frivilligt för kommuner och landsting att tillämpa LOV. Regeringens utredare föreslår att LOV ska bli obligatoriskt även i hemtjänsten.<sup>55</sup>

De politiska målen har varit mångfald och tillgänglighet – fler privata aktörer och kortare vårdköer. För gruppen äldre med sammansatta vårdbehov har reformerna inte resulterat i odelat positiva effekter. Tidigare studier visar att de äldre och sköra patienternas val av vård- eller omsorgsgivare i många fall blir ett problem snarare än en tillgång.<sup>56</sup> En paradox är att samtidigt som regeringens reformer inom sjukvård och omsorg resulterat i ytterligare utmaningar i att skapa en sammanhållen vård för sjuka äldre satsar regeringen 4,3 miljarder kronor mellan 2011 och 2014<sup>57</sup> för att överlappa den organisatoriska splittring de själva skapat.

Genom valfrihetssystem inom både sjukvård och kommunal omsorg har antalet aktörer ökat i omfattning. Den fria etableringsrätten har bidragit till att försvåra samverkan både på grund av att antalet aktörer ökat och att de är spridda över större geografiska områden. Regeringens egen utredare menar att detta bland annat påverkar möjligheterna att skapa en integrerad vård, en samordnad vårdplanering, möjligheten att skapa gemensamma rutiner samt att möjliggöra för en rationell planering av enskilda hemtjänstmedarbetares förflyttningar mellan omsorgstagares hem.<sup>58</sup> Valfrihetssystem ställer nya krav på en fungerande samverkan. De privata aktörerna har samma skyldigheter att samverka över huvudmannaskapsgränserna som de offentligt drivna. Utvärderingar visar dock att de privata utförarna inte deltagit i samordningsarbetet i tillräcklig omfattning. För att få de privata aktörerna att arbeta mer aktivt med samverkan har regeringen tillsatt särskilda medel.<sup>59</sup>

I många ersättningssystem är patienter som har sammansatta vårdbehov olönsamma i förhållande till patienter med lätta åkommor. Patienter som tar lite tid i anspråk prioriteras då man hinner ta emot fler patienter och därmed öka intäkterna. Ersättningssystemen premierar

<sup>54</sup> Lag (2008:962) om valfrihetssystem

<sup>55</sup> SOU 2014:2, 2014

<sup>56</sup> Olson, 2013

<sup>57</sup> Regeringskansliet, 2014

<sup>58</sup> Olson, 2013

<sup>59</sup> SOU 2014:2, 2014

i många fall att varje vårdenhet maximerar sin verksamhet snarare än patientens väg genom vården. I ersättningssystemen saknas ofta incitament för vårdgivarna att samverka kring patienten eller brukaren.

En annan reform som fått stor påverkan för gruppen äldre är skattesubvention av hushållsnära tjänster (RUT-avdrag). Användningen av privat köpt hjälp genom RUT-avdrag har ökat markant bland äldre. År 2008 gjorde mindre än två procent av alla över 65 år avdrag, 2012 var samma siffra tio procent i åldersgruppen.<sup>60</sup> Samtidigt har personer som har få timmar hemtjänst minskat. I undersökningen uppgav 17 procent av de tillfrågade anhöriga att personen de hjälper också köper hjälp privat.

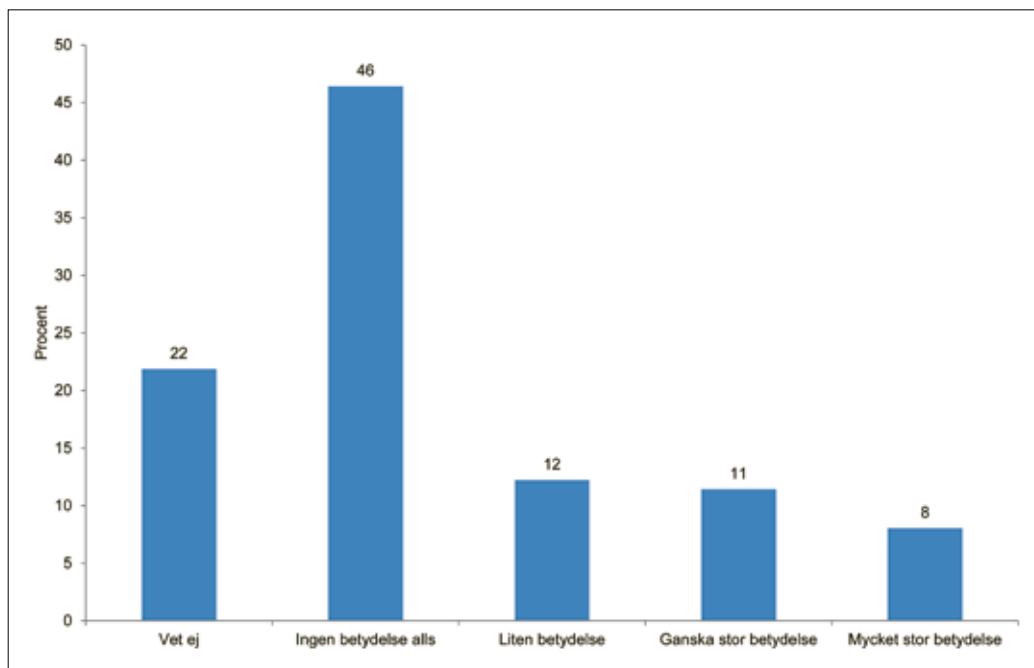
## Anhörigas åsikter

I undersökningen fick anhöriga ta ställning till huruvida olika politiska förslag skulle förbättra deras och deras anhörigas situation. Undersökningen omfattade också öppna frågor där anhöriga själva fick möjlighet att formulera förslag som skulle förbättra deras situation.

En stor majoritet tycker att generella insatser för att öka kvaliteten i äldreomsorgen och sjukvården är de viktigaste åtgärderna för att förbättra situationen för både äldre och deras anhöriga. Få tycker att fler privatiseringar eller skatteavdrag skulle underlätta situationen.

En övervägande majoritet av de tillfrågade anhöriga anser att mer av kundvalsmodeller och privatiseringar inte skulle innebära förbättringar för deras situation. Över hälften, 58 procent, tycker att det inte skulle ha någon betydelse alls eller liten betydelse. Endast 19 procent svarar att det skulle ha ganska stor eller mycket stor betydelse.

**Diagram 9: Fler kundval och privatiseringar inom äldreomsorg och sjukvård?**

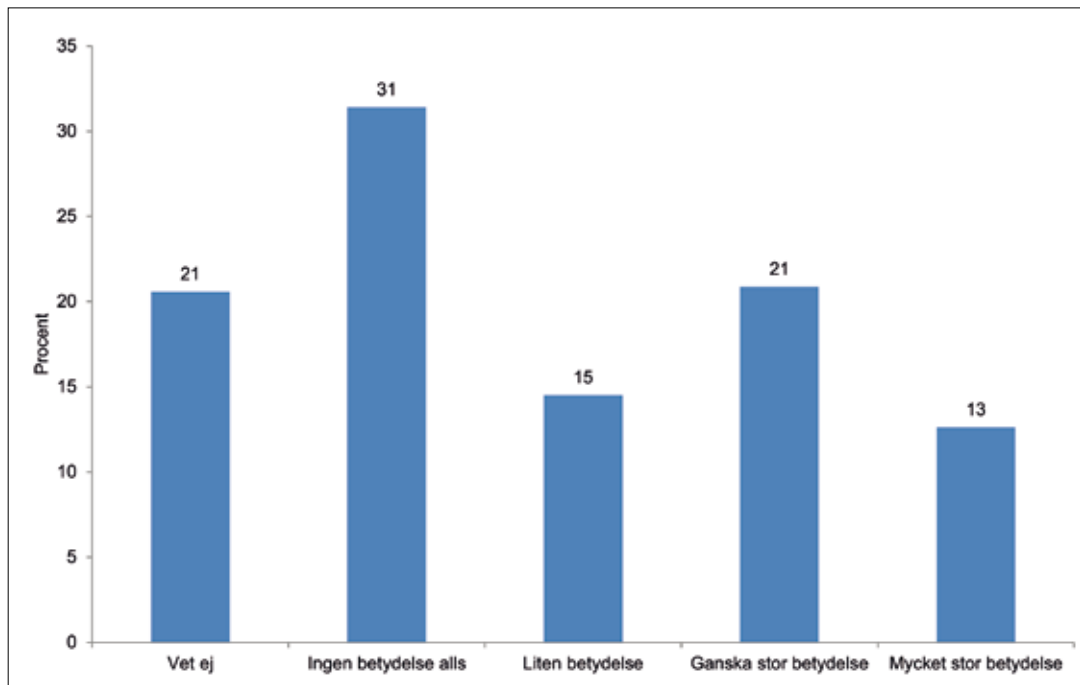


Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

<sup>60</sup> Socialstyrelsen, 2014, s. 148

I undersökningen svarade nästan hälften, 46 procent, att fler skatteavdrag för privat köpt hjälp skulle ha liten eller ingen betydelse för att förbättra situationen för deras anhöriga. En tredjedel, 34 procent, svarar att det skulle ha stor eller mycket stor betydelse.

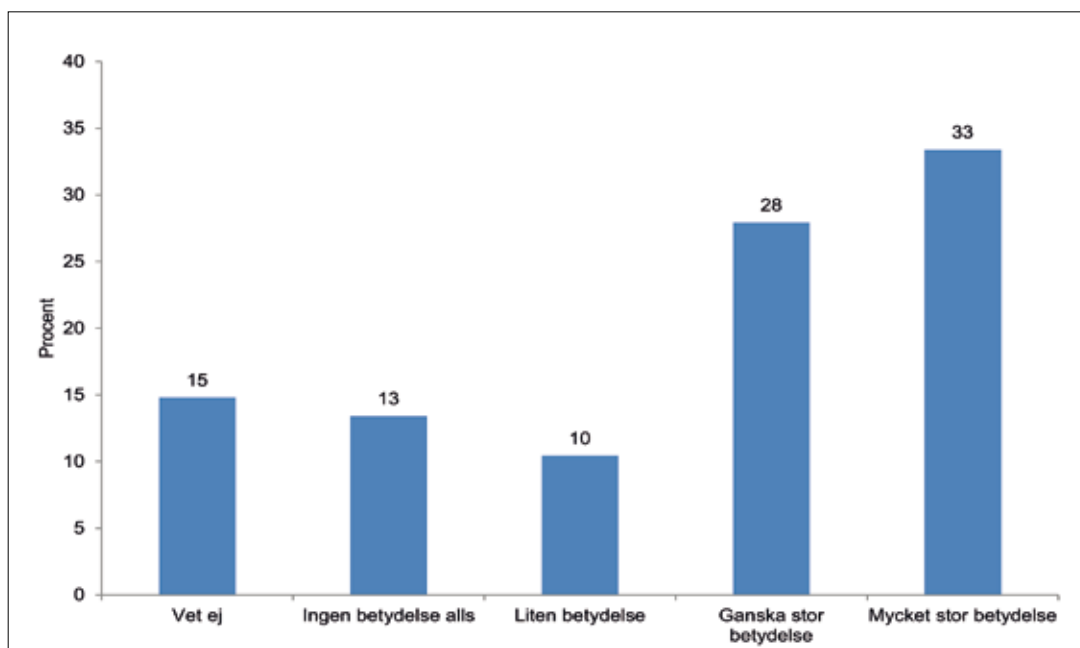
**Diagram 10: Fler skatteavdrag för privat köpt hjälp, t.ex. RUT?**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

I vår undersökning är en majoritet av de tillfrågade positiva till samtalsstöd, hela 61 procent uppger att det har stor eller mycket stor betydelse. 23 procent anser att det har liten eller mycket liten betydelse.

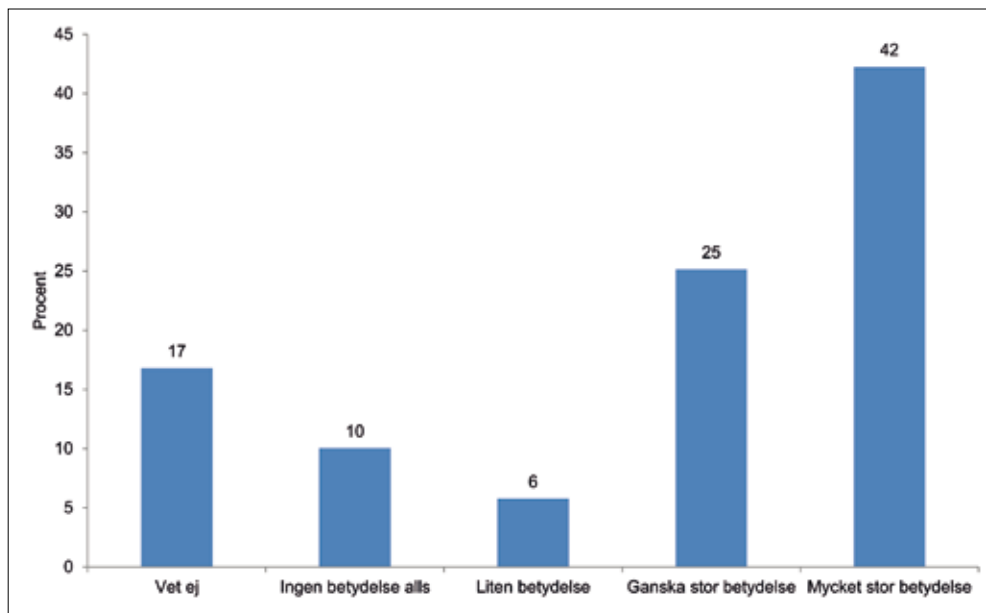
**Diagram 11: God tillgång till samtalsstöd för anhöriga?**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

Många anhöriga upplever att de inte vet vart de ska vända sig när vården och omsorgen inte fungerar. Att förenkla systemen för hur man anmäler klagomål och hur processen sedan fortlöper anser många anhängigvårdare har stor betydelse för hur deras situation kan förbättras. En stor majoritet, 67 procent, tycker att det har stor eller mycket stor betydelse huruvida det är lätt att framföra klagomål. 16 procent tycker att det har liten eller ingen betydelse.

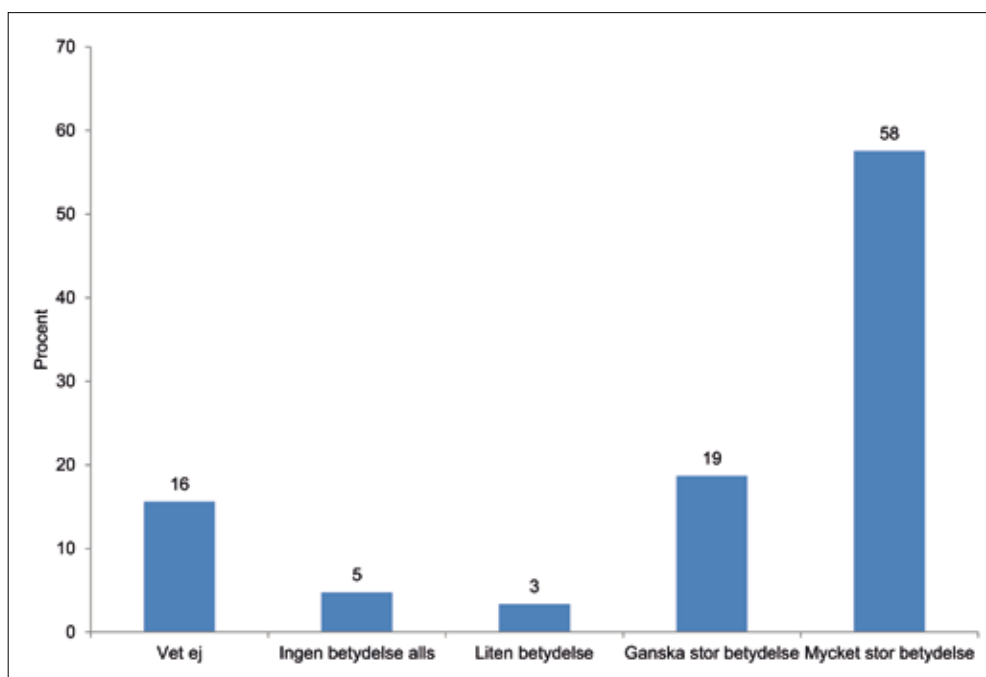
**Diagram 12: Göra det lättare att klaga på det som inte fungerar i vården och omsorgen?**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

Precis som tidigare studier visat har bristen på samordning av insatser stor negativ påverkan på sjuka äldre och deras anhöriga. Många anhöriga uppger att bättre samordning skulle ha stor betydelse för att förbättra vården och omsorgen. Över hälften, 58 procent, uppger att det skulle ha mycket stor betydelse och var femte att det skulle ha ganska stor betydelse. Fem procent svarar att det inte skulle ha någon betydelse alls.

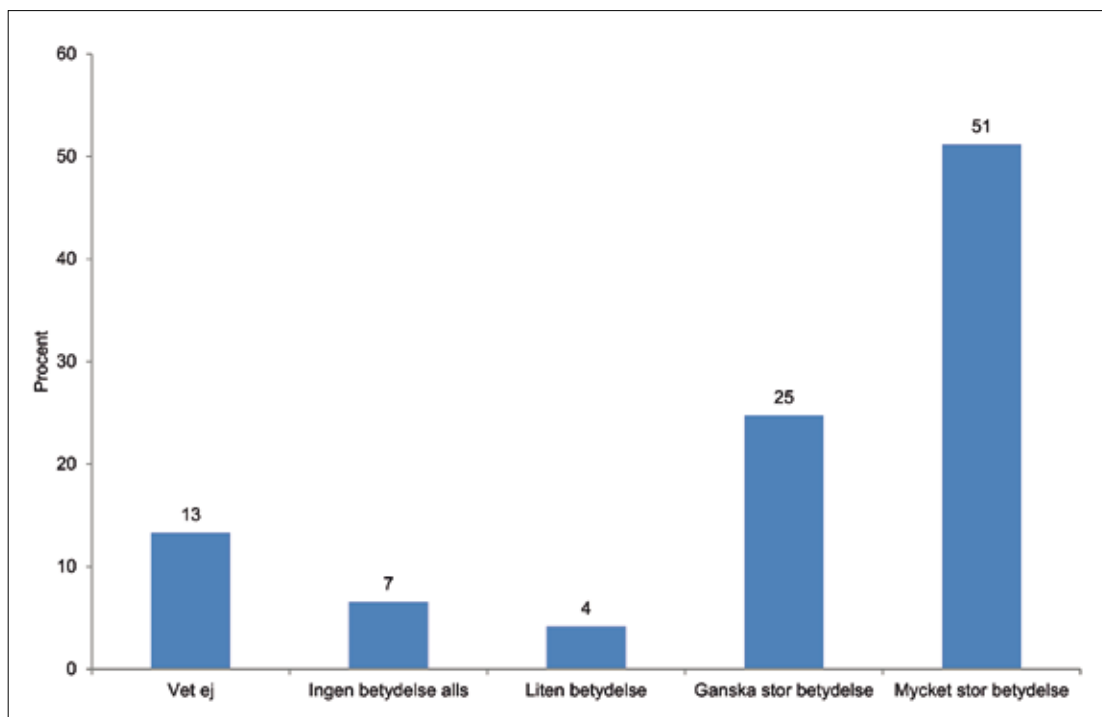
**Diagram 13: Bättre samordning mellan kommun, landsting och myndigheter?**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

Tidigare i rapporten redovisas att sjukvården är dåligt anpassad för sjuka äldres behov. Specialistvården är organiserad i stuprör utifrån medicinsk inriktning och omhändertagandet utanför sjukhusen, primärvården, brister i förmågan att agera sammanhållande länk i vårdkedjan. I undersökningen svarar fyra av fem att en sjukvård bättre anpassad för äldres behov skulle ha stor eller mycket stor betydelse för att förbättra situationen.

**Diagram 14: Sjukvård bättre anpassad för sjuka äldres behov?**



Källa: Kommunals intervjuundersökning, 2014

När de anhöriga själva fått möjlighet att komma med förslag handlar det till största del om att de offentliga systemen ska förbättras. Relativt få tror att mer av egenfinansiering och köpt privat hjälp skulle förbättra situationen för dem och deras anhöriga.

# Slutsatser

Vår första slutsats är att grundorganisationen är avgörande för huruvida sjuka äldre får en sammansatt vård eller inte. I dag är specialistsjukvården organiserad i stuprör och primärvården, i de flesta fall, utifrån att ta hand om lättakuta patienter. Trots att platsbrist och överbeläggningar i sjukvården är stora problem förmår inte sjukvården och den kommunala vården och omsorgen organisera sig på ett sätt som undviker att sjuka äldre belastar akutsjukvården i onödan. Det krävs en organisation där sjuka äldre tas omhand utanför akutsjukhusen. Både statliga reformer som Kömiljarden och ersättningssystemen i primärvården premierar andra grupper än de med multisjukdom. Då spelar 4,3 miljarder i satsningar på att överbrygga denna organisation och dessa prioriteringar mindre roll, vilket en granskning också visat.<sup>61</sup>

Vår andra slutsats är att primärvården inte klarar sitt uppdrag då de inte har rätt förutsättningar. Uppdraget som samordnare av sjukvårdens insatser brister och vårdcentralerna saknar ofta tillräcklig kompetens för att hjälpa de med sammansatta vårdbehov på ett adekvat sätt. Det krävs ett bättre omhändertagande av sjuka äldre utanför akutsjukhusen.

Vår tredje slutsats är att den basala omvårdnaden måste prioriteras upp både inom sjukvården och inom äldreomsorgen. Den patientnära omvårdnaden inom sjukvården är viktig både ur ett patientsäkerhetsperspektiv och ur ett brukarperspektiv. Inom äldreomsorgen ändras brukarnas allmäntillstånd ofta fort. Det krävs personalkontinuitet och personal som har kunskap och tid att förebygga sjukdomstillstånd som urinvägsinfektion och lunginflammation. Det är när kvaliteten i äldreomsorgen brister som de onödiga sjukhusinläggningarna skapas.

Vår fjärde slutsats är att en välutbyggd och fungerande offentlig vård och omsorg är lösningen på den ofrivilliga anhörigomsorgen. De problem som uppstår för anhöriga är i allra högsta grad relaterade till det som beskrivs som problematiskt för den som är den direkta mottagaren av vården och omsorgen. Kontinuiteten brister och samordning saknas. Det är möjligt att sammanfatta som att när vården och omsorgen fungerar för de äldre – då fungerar det även för deras anhöriga. Och när det brister i vården och omsorgen, då uppstår problem även för andra i personens närhet.

Vår femte slutsats är att kundval och vårdval i den form det har i dag inte är lämpligt för gruppen sjuka äldre. Förutsättningarna för inblandade aktörer att samarbeta försvåras och kontinuitet kan inte garanteras. Valfrihet i bemärkelsen att brukaren ska ha inflytande över innehållet i sin egen vård och omsorg kan säkerställas på lämpligare sätt utifrån individens behov.

---

<sup>61</sup> Dagens medicin, 2014-05-20

# Kommunals förslag

Många har tidigare konstaterat att vården och omsorgen runt sjuka äldre inte fungerar. Olika typer av lösningar för att överbygga de organisatoriska diken som finns har ofta prövats i projektform men i de flesta fall inte permanentats. Kommunal anser att det är hög tid att ta ett helhetsgrepp kring hur vården och omsorgen kring gruppen sjuka äldre ska se ut. De som har de största behoven ska utgöra grunden för sjukvårdens och omsorgens organisering. Kommunal föreslår därför sex reformer för att långsiktigt skapa en trygg, effektiv vård med hög kvalitet.

## Samlad kompetens - primärvård och omsorg i kommunla regi

Syftet med ädelreformen var att gamla skulle befrias från långa vistelser i sjukhuslik miljö, på det som då kallades långvården. Den medicinska kvaliteten ansågs hög men kvaliteten i omsorgen och boendemiljön hade brister. I dag kan det konstateras att den medicinska kvaliteten på många håll i landet är för låg runt den äldre samt att sjukvårdens organisation dåligt svarar upp mot gruppens behov. Det finns ett behov av ett samlat medicinsk omhändertagande av sjuka äldre utanför akutsjukhusen som dagens primärvård inte klarar av.

Om undvikbara akutmottagningsbesök och slutenvårdsinläggningar ska bli verklighet måste primärvården ändra sitt sätt att arbeta med gruppen sjuka äldre. De sammansatta vårdbehoven gör att många olika kompetenser måste samverka runt varje individ. Den äldres situation måste hela tiden följas upp och omprövas då försämringar i hälsotillstånd ofta går mycket snabbt, detta kräver kontinuitet i vårdkontakten. Små enheter, vårdcentraler eller husläkarmottagningar, har inte kapacitet att knyta detta team av kompetenser till sig. Det finns lokala exempel på verksamheter som klarar detta, men flertalet gör det inte.

Ädelreformen drog ansvarslinjen mellan huvudmännen på fel ställe. Kommunal föreslår därför att äldre erbjuds primärvård på särskilda geriatriska vårdenheter som endast fokuserar på gruppens särskilda behov. Dessa enheter ska drivas i kommunal regi och integreras med den kommunala äldreomsorgen. Enheterna ska erbjuda somatiskt behandling såväl som äldrepsykiatrisk och rehabilitering. Enheterna ska samverka med både den öppna och den slutna specialistvården.

Äldre som får sammansatta vårdbehov erbjuds att istället för att lista sig på en vårdcentral inom ramen för valfrihetssystem att övergå till Äldrecentrum. Det är patienten som väljer om och när man har behov av den geriatriska enhetens kompetens. Vårdcentralerna fokuserar istället på att göra det de gör bäst – erbjuda andra patientgrupper god tillgänglighet vid lättakuta sjukdomstillstånd.

De kommunala biståndshandläggarna kopplas till dessa enheter och får en ny samordnande och vägledande roll. Brukare och deras anhöriga har därmed en personlig kontakt på enheten som ansvarar för helheten runt individen.



## Uppvärdera den patientnära omvårdnaden i sjukvården

En god kvalitet i hälso- och sjukvården förutsätter en god omvårdnad. En god omvårdnad av patienterna förutsätter undersköterskor. I dag finns stora brister i omvårdnaden av patienter. I en rapport från Kommunal uppger 17 procent av undersköterskorna som arbetar inom sjukvården att bristerna i omvårdnaden är så allvarliga att det innebär en risk för patienten.<sup>62</sup> För äldre med sämre vitala funktioner och högre benägenhet till oro är hjälp med exempelvis att gå på toaletten, äta eller samtala extra viktigt.

Kommunal vill se ett teambaserat arbetssätt inom hälso- och sjukvården där den basala omvårdnaden uppvärderas.<sup>63</sup> Konvertering av undersköterskor till sjuksköterskor måste upphöra. Undersköterskor ska erbjudas möjlighet till specialistutbildning, exempelvis med geriatrisk inriktning.

## Rätt kompetens kring sjuka äldre

Utifrån att vårdtyngden hos brukarna i både särskilt boende och inom hemtjänsten har ökat finns ett växande behov av utbildningsinsatser. Idag fungerar särskilda boenden, på många håll i landet, som den gamla långvården fast med sämre medicinska insatser. Det är orimligt att personer helt utan omvårdnadsutbildning ska vårda svårt sjuka äldre samt hantera läkemedel. 86 procent av vård- och omsorgspersonalen som arbetar i särskilt boende hade 2013 en yrkesförberedande utbildning, i hemtjänsten var motsvarande siffra 75 procent.<sup>64</sup>

Kommunal anser att krav bör ställas på att samtlig vård- och omsorgspersonal som arbetar inom äldreomsorgen har omvårdnadsutbildning, det gäller både särskilt boende och hemtjänsten. Det krävs en bred utbildningssatsning för att klara rekryteringsbehovet inom äldreomsorgen i framtiden.

Att endast 3,6 procent av sjuksköterskorna som arbetar inom äldreomsorgen har geriatrisk specialistkompetens<sup>65</sup> är ett problem. Dessutom är antalet geriatriker i dag för få och antalet minskar. Kommunal föreslår fler utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor med geriatrisk inriktning samt fler geriatriker. Dessutom bör mer av geriatrisk utbildning ges inom ramen för grundutbildningen för både läkare och sjuksköterskor.

## Lag som kombinerar valfrihet med kontinuitet

Valfrihet är viktigt, i många fall även för äldre. Att ges förutsättningar att skapa den typ av vård och omsorg som man själv anser sig vara i behov av bidrar till självbestämmande.<sup>66</sup> Väldigt få äldre har dock behov av att välja mellan hundratals utförare av hemtjänst.<sup>67</sup> LOV har i delar av landet bidragit till att oseriösa utförare etablerar sig och att antalet utförare blir så många att det är omöjligt för sjukvården att samverka med samtliga hemtjänstutförare.

---

<sup>62</sup> Ölmebäck, 2013

<sup>63</sup> Ölmebäck, 2013

<sup>64</sup> Socialstyrelsen, 2014, s. 156

<sup>65</sup> Socialstyrelsen, 2014, s. 153

<sup>66</sup> Hjalmarson, 2014

<sup>67</sup> Se exempelvis Stockholms stad, 2014

Varken LOV eller LOU<sup>68</sup> har hänsyn till de behov som brukarna och deras anhöriga har – en verksamhet som kombinerar rätten att välja mellan flera utförare med att erbjuda kontinuitet. En följd av LOV och den stora ökningen av antalet utförare är att behoven av uppföljning och kontroll tar mer och mer av de ekonomiska resurserna i anspråk.

Kommunal anser att upphandling av väl fungerande valfrihetssystem kräver en ny lagstiftning som kombinerar valfrihet och kontinuitet. Det måste ske ett skifte i synen på vem lagarna är till för, där fokus flyttas från företagarperspektivet till de äldres rättigheter. Beställaren av hemtjänst måste ges ett större utrymme att utifrån lokala förutsättningar gynna kontinuitet och kvalitet i omsorgen än vad som i dag är möjligt.

## Arbetsvillkor som främjar kontinuitet

Kvalitet och trygghet skapas i relationen mellan brukare och personal. Att skapa dessa relationer med ett femtiotal olika människor från hemtjänsten är omöjligt. Bristen på kontinuitet gör att tecken på uttorkning, urinvägsinfektioner och andra förändringar i den äldres hälsotillstånd är svårare att upptäcka i tid. Det är ofta detta som i förlängningen leder till onödiga sjukhusinläggningar.

Visstidsanställningar, deltider och scheman med delade turer ger dåliga förutsättningar att skapa en arbetsorganisation som bygger på kontinuitet. Trots att SKL själva drar slutsatsen att bristerna i kontinuitet i hemtjänsten är en av utmaningarna för att skapa ett bra omhändertagande av sjuka äldre<sup>69</sup> ökar visstidsanställningarna hela tiden i kommuner och landsting<sup>70</sup>.

Verksamheter som organiserats för att säkerställa personkontinuiteten har visat få en rad positiva effekter, både för personal och äldre. Hemtjänstverksamheten i stadsdelen Skönsmon i Sundsvall är ett exempel på det.<sup>71</sup> Kommunal föreslår att en arbetsorganisation som bygger på kontinuitet för brukaren ska finnas i hela landet. Därutöver ska delade turer och allmän visstidsanställning slopas, heltid vara norm.

## Platsgaranti i äldreboende

Antalet platser i särskilda boenden har minskat med 23 000 platser sedan 1993.<sup>72</sup> Att bo kvar hemma med stöd av hemtjänsten ska vara en möjlighet för sjuka äldre, men inte ett tvång. I vår undersökning vittnar många anhöriga om att det är svårt att få en plats på ett särskilt boende. Många anhöriga måste strida för en plats. Den oro som finns över att inte få den hjälp man anser sig behöva och att vara otrygg i sitt boende är inte värdigt.

Det finns ett kraftigt motstånd ute i kommunerna till att öka andelen äldre som bor i särskilt boende på grund av högre kostnader. Inget är dock så samhällsekonomiskt kostsamt som en äldreomsorg av dålig kvalitet där det förebyggande arbetet brister och den äldre tvingas vårdas inom slutenvården.

---

<sup>68</sup> Lag (2007:1091) om offentlig upphandling

<sup>69</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2012

<sup>70</sup> Wall, 2014

<sup>71</sup> Se exempelvis Blusi, Isaksson, Sjöström, & Swan, 2012; Sundsvalls kommun

<sup>72</sup> Socialstyrelsen, 2014, s. 146

Antalet platser i särskilt boende måste öka och det måste till fler boendeformer för äldre. En stor del av gruppen mest sjuka äldre lider av någon demenssjukdom. I åldersgruppen 85-89 år har 25 procent någon demenssjukdom och i gruppen över 95 år är det 48 procent.<sup>73</sup> Det är direkt skadligt att vårda demenssjuka tillsammans med andra och ger dåliga förutsättningar för personalen att anpassa verksamheten efter de äldres behov.

Kommunal föreslår, i ett första steg, att alla som fyllt 90 år och vill ska erbjudas plats i särskilt boende. Äldre som inte längre känner sig trygga i eget boende ska inte tvingas att bo kvar hemma. Det behövs även investeringar i mellanboendeformer och särskilda boenden eller avdelningar för demenssjuka. Kommunal tillsammans med SKL och regeringen bör lägga fram en nationell plan för hur boendesituationen för äldre kan förbättras.

---

<sup>73</sup> Socialstyrelsen, 2011, s. 111

# Litteraturförteckning

- Blusi, M., Isaksson, M., Sjöström, K., & Swan, Å. (2012). *Hemtjänst – vad är viktigt för kunden?* Kommunförbundet; FoU Västernorrland.
- Bowin, R., Gurner, U., Krohwinkel Karlsson, A., & Rognes, J. (2012). Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor. En analys av komplexa flöden. *Report Leading Health Care nr 11*.
- Dagens medicin. (den 20 05 2014). Miljardnota för onödiga inläggningar.
- Forsell, E. (2014). *En gammal och demenssjuk Mamma – Mina minnesanteckningar om upplevelsen av att tampas med myndigheten – överheten*. Demensförbundet.
- Fratiglioni, L., Marengoni, A., Meinow, B., & Karp, A. (2010). *Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvens och vård. SOU 2010:48*. Statens offentliga utredningar.
- Försäkringskassan. (2014). Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. *Socialförsäkringsrapport 2014:4*.
- Gurner, U. (nr 1 2012). Äldre multisjuka behöver sammanhållen vård och omsorg utanför sjukhuset. *Svensk geriatrik*, 14-18.
- Hjalmarson, I. (2014). Vem ska bestämma vad i hemtjänsten? *Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:2 ISSN 1401-5129*.
- Juthberg, C. (2008). *Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden*. Umeå University Medical Dissertations.
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem.
- Myndigheten för vårdanalys. (2014). *VIP i vården? - Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*.
- Olson, U.-J. (den 04 06 2013). Några observationer och tankar om: Resurser och vårdflöden i vården av de mest sjuka äldre – hinder och möjligheter. *Kunskapsunderlag för Workshop den 30 maj 2013*. Forum för Health Policy.
- Regeringskansliet. (2014). *Goda år på äldre dar*.
- Socialstyrelsen. (2007). SOFS 2007:10. *Samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering*.
- Socialstyrelsen. (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*.
- Socialstyrelsen. (oktober 2012). *Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre. En redovisning av arbetsläget september 2012*.
- Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider och patientens väg genom vården - exemplet multisjuka äldre. Delrapport juni 2013*.
- Socialstyrelsen. (2013a). *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg*.

- Socialstyrelsen. (2013b). *Väntetider och patientens väg genom vården - exemplet multisjuka äldre. Delrapport juni 2013.*
- Socialstyrelsen. (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014.*
- Socialstyrelsen, & Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Öppna jämförelser 2013. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län.*
- SOU 2014:2. (2014). *Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten. Betänkande av Utredningen om framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten. Statens offentliga utredningar. Stockholm.*
- Stockholm stads äldreförvaltning. (den 12 05 2013). *Översyn av ersättningsmodellen för vård- och omsorgsboenden inom valfrihetssystemet. Tjänsteutlåtande.*
- Stockholms stad. (2014). *Hitta och jämför hemtjänst och avlösning.* Hämtat från <http://korta.nu/psn04> den 04 06 2014.
- Sundsvalls kommun. *Hemtjänsten i Skönsmon. Med kunden i centrum och ökad hälsa och trivsel för chefer och medarbetare.* Hämtat från <http://korta.nu/v74he>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre. En kvalitativ uppföljning.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser.*
- Szebehely, M., & Ulmanen, P. (2012). *Åtstramningens pris. Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning?* Kommunal.
- Szebehely, M., Ulmanen, P., & Sand, A.-B. (2014). *Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?* Stockholms universitet: institutionen för socialt arbete.
- Wall, A. (2014). *Är det här ok? – en rapport om de visstids- och timanställdas verklighet.* Kommunal.
- Werkelin Ahlin, A., & Sköld, C. (2013). *Matlåda, med eller utan samtal? Om hur villkoren för biståndshandläggare och omsorgspersonal påverkar kvaliteten i äldreomsorgen.* Kommunal, Akademikerförbundet SSR.
- Ölmebäck, E. (2013). *Framtidens sjukvård kräver patientnära proffs. En rapport om undersköterskorna i hälso- och sjukvården.* Kommunal.





**Kommunal.**