

Äldreomsorgen före och efter Ädelreformen

Lennarth Johansson

Äldreomsorgen i Sverige har dramatiskt ändrat karaktär, inriktning och omfattning under 1990-talets början. I denna artikel diskuteras denna utveckling, med både tillbakablickar och i ett dagsnära perspektiv. Artikeln är skriven av Lennarth Johansson, dr med vet, specialsakkunnig i äldrefrågor på Socialstyrelsen, som tillika var ansvarig för Ädelutvärderingen.

Äldreomsorgen före Ädel

Den moderna svenska äldreomsorgen daterar sig till 1950-talet då möjligheten att få vård och omsorg i det egna hemmet i stället för på institution utvecklades. Under följande decennier, framförallt under 1960 och 70-talet, skedde en kraftig expansion av både den institutionsbaserade vården och vården i hemmet. Sett i relation till andelen äldre i befolkningen var svensk äldreomsorg resursstarkast i slutet av 1970-talet och i början av 1980-talet.

Under hela 1980-talet pågick en livlig debatt om den framtida äldreomsorgen, en debatt som till en början handlade om i vilken takt och med vilka ambitioner äldreomsorgen kunde expandera, medan diskussionen i slutet av 1980-talet kom att ta en annan inriktning. Detta markerades med tillsättandet av den så kallade Äldrelegationen som tog vid efter att Äldreberedningen avslutades. Med detta signalerades en mer handlingsinriktad hållning till problemen inom äldreomsorgen. Det främsta skälet till kraven på en mer aktiv förändring av äldreomsorgen var en ökad insikt om att den växande andelen äldre-äldre i befolkningen skulle medföra mycket stora behov av vård och omsorg.

I den analys som Äldrelegationen gjorde framstod det delade huvudmannaskapet som orsaken till merparten av problemen inom äldreomsorgen. Således såg man att det delade huvudmannaskapet innebar ett

ineffektivt resursutnyttjande och medförde brister i samarbetet som ytterst drabbade den enskilde. Under stor debatt presenterade Äldrelegationen sitt betänkande 1989, varefter sedvanlig remiss- och utskottsbehandling samt propositionsarbete vidtog. Huvudinnehållet i betänkandet bestod av ett förslag om ett kommunalt övertagande - politiskt, ekonomiskt och administrativt - av ansvaret för äldreomsorgen. Tanken var att ett samlat huvudmannaskap skulle kunna innebära samordningsvinster bland annat i form av lägre kostnader.

Under det år som detta arbete pågick fördes stundtals en mycket frän debatt mellan kommun- och landstingsföreträdare. Från landstingshåll anklagade man kommunsidan för att ta för lättsinnigt på de äldres behov av sjukvård, medan kommunföreträdarna hävdade att landstingsfolket för ofta medikaliserade äldreomsorgen och såg mer till det sjuka än det friska och välfungerande. Bland vissa yrkesgrupper, t.ex. distriktsläkare och distriktssköterskor fanns ett kraftigt motstånd mot kommunaliseringen av äldreomsorgen, medan socialtjänstens yrkesföreträdare i allmänhet välkomnade en reformering av ansvaret för äldreomsorgen.

Den politiska behandlingen av förslaget ledde till flera kompromisser, framförallt när det gällde att skapa en mer entydig ansvarsfördelning mellan kommun och landsting. Således kom det ursprungliga förslaget om att ge kommunerna ett lagstadgat ansvar för hemsjukvården att i slutänden bli något som överlämnades till huvudmännen att själva komma överens om. På ett snarlikt sätt, kom (omfattningen av) det kommunala övertagandet av hjälpmedelsansvaret att bli en förhandlingsfråga. På detta sätt "konserverades" i reformen en otydlighet beträffande ansvarsgränserna mellan huvudmännen. Med andra ord byggde man redan från början

Den politiska behandlingen av förslaget ledde till flera kompromisser, framförallt när det gällde att skapa en mer entydig ansvarsfördelning mellan kommun och landsting

in problem av det slag som reformen avsåg att lösa, vilket sedermera skulle visa sig skapa åtskilliga problem.

I en statsvetenskaplig analys av Ädelreformen hävdar Bäck och Songur (1995) att Ädelreformens tillkomst representerar ett paradigmskifte i svensk förvaltningspolitik. Något förenklat kan detta beskrivas som en utveckling från att man tidigare alltid "tänkte efter före" och försökte skapa konsensus bland skilda intressenter innan man tog beslut om stora reformer. Ädel däremot representerar en mer aktiv politik, "man skjuter från höften" och samlar en majoritet för reformen bland några tunga intressenter, för att driva igenom beslut i frågan. Enligt detta synsätt på Ädelreformen fanns också en insikt att reformen kunde ha brister och svagheter, men att detta bevakades genom att man byggde in en kontinuerlig uppföljning och utvärdering av reformen. På så vis skulle man kunna få indikationer på hur reformen fungerar och om så anses vara nödvändigt, kunna korrigera reformen eller vidta andra åtgärder som kan vara behövliga. Detta sätt att se på reformen fick också bli stöd i det faktum att riksdagen beslöt att Ädelreformen skulle följas upp under fem år. Bäck och Songurs slutsatser bekräftas ytterligare i det att efterföljande socialpolitiska reformer av större dignitet - Handikappreformen och den s k PsykÄdelreformen - också har åtföljts av en utvärdering snarlik den som först prövades i samband med Ädelreformen.

Ädelreformen kan också betraktas utifrån ett förvaltningsstrategiskt perspektiv och då hur man åstadkommer förändringar inom en så omfattande samhällssektor som äldreomsorgen. Här innehåller Ädel också vissa nyheter, genom att den bygger på en kombination av tvingande lagstiftning samt positiva och negativa ekonomiska incitament. Den styrform som i texten det kommunala betalningsansvaret innebär är faktiskt en svensk skapelse som inte införts på nationsbasis någon annanstans. Den mer allmänna diskussionen om Ädel kom dock främst att handla om Ädelreformens intentioner. Många har givit uttryck för förväntningar på att Ädelreformen skulle medföra förbättringar (vilket förstås ligger implicit i begreppet "reform") av äldreomsorgen, både vad gäller tillgänglighet och kvalitet. Ofta har detta resonemang tagit fasta på reformens honnörsord om "valfrihet, trygghet och integritet", något som har inspirerat till många olika tolkningsförsök. I och för sig var dessa ledstjärnor för svensk äldreomsorg fastlagda tidigare (1987) - i propositionen "Äldreomsorgen in-

för 90-talet" - varför Ädel i sig inte representerade någon ambitionsförändring härvidlag. Emellertid har Ädel - på gott och ont - medfört nyttiga diskussioner om betydelsen av dessa honnörsord inom det tunga socialpolitiska område som äldreomsorgen representerar.

Så trädde då Ädelreformen i kraft den 1 januari 1992. Om man ser till hur reformen implementerades, finns också ett och annat att reflektera över. Under det dryga år som förflöt mellan riksdagsbeslutet och reformens ikraftträdande, skedde febrila förberedelser. Mellan huvudmännen pågick förhandlingar om den ekonomiska uppgörelsen utifrån den nya ansvarsfördelningen och med stöd av en halv miljard kronor från staten (som fördelades ut till kommunerna i ett kapiterat belopp) skulle vårdpersonalen förberedas för den nya situation som Ädel innebar. När Socialstyrelsen drygt ett halvår senare följde upp hur pengarna använts, fann man dels att endast en mindre del av pengarna använts och därtill att en mycket ringa del använts till samutbildningar av både landstings- och kommunpersonal. Hur dessa pengar senare kom att användas vet ingen och Socialstyrelsen fann också att det var praktiskt taget omöjligt att följa hur (just dessa pengar) användes över tid. Oavsett statliga medel eller ej, kan man ifrågasätta varför man inte från centralt håll lagt ned mer kraft på att förankra Ädelreformens intentioner i den praktiska vårdvardagen. Visserligen kan man hävda att just detta är den "svenska modellen", dvs att kommunerna har en mycket självständig roll vis-a-vis staten och därför heller inte önskade någon "statlig inblandning" i hur man omsatte Ädelreformens idéer. Detta hindrar dock inte, speciellt med tanke på att reformen blev syftade till att åstadkomma samordningsvinster, att Ädelreformens "idégoods" fortlopande borde ha förankrats bättre ute i kommunerna. Brister i implementeringen samt kvardröjande animositet mellan kommun och landsting och professioner, har utan tvekan starkt bidragit till att äldreomsorgen i vissa kommuner kommit att fungera sämre efter Ädelreformen i vissa kommuner än före Ädel.

Ädelreformen och Ädelutvärderingen

Ädelreformen innebar att kommunerna fick ansvaret för allt äldreboende - särskilt boende - för äldre och handikappade. Till detta paraplybegrepp fördes samtliga

Ädelreformens 'idégoods' borde fortlopande ha förankrats bättre ute i kommunerna

kända boende- och vårdformer: sjukhem, servicehus/lägenheter, ålderdomshem och gruppboende. I det särskilda boendet fick också kommunerna ansvar för hälso- och sjukvård "upp till sjuksköterskenivå" liksom även vid dagverksamheterna/dagvården som ingick i kommunernas nya ansvar. Övertagandet av hemsjukvården fick överenskommas lokalt mellan landsting och kommuner, liksom uttolkningen av vad ett kommunalt övertagande av "enklare hjälpmedel" i praktiken innebar.

Den mest spektakulära delen av reformen var det s k kommunala betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Bakgrunden till detta inslag i reformen var det klassiska problemet med "klinikfärdiga" inom akutsjukvården. I årtionden hade situationen inom akutsjukvården kännetecknats av att en stor andel av sängarna alltid var upptagna framförallt av äldre patienter, vars aktiva vård och behandling var avslutad, men patienten "låg kvar" i avvaktan på att nödvändiga boende- och vårdinsatser tillskapades utanför sjukhuset. Ibland hände det att patienter kunde bli kvar på akutsjukhuset ända upp till 20 - 24 månader!

På vissa ställen, framförallt i storstäderna, kunde var fjärde säng vara upptagen av en klinikfärdig patient (genomsnittet i riket låg på 15%). Det märkliga var att detta till synes omöjliga problem - som tidigare inte kunde lösas - mer eller mindre försvann med Ädel till och med innan lagen trädde i kraft! Förklaringen var det ekonomiska incitament som byggdes in i reformen; enkelt uttryckt får kommunen betala en "straffavgift" (dvs kostnaderna för den fortsatta sjukhusvården) om man inte "tar hem" den färdigbehandlade patienten inom stipulerad tid. Andelen medicinskt färdigbehandlade mer än halverades under de kommande åren och även tiden som färdigbehandlad reducerades avsevärt. Misstankar om att det hela handlade om en tillfällig minskning har kommit på skam; någon ny ökning av medicinskt färdigbehandlade har inte förekommit. Fortfarande är det dock vanligt med problem när patienter skall skrivas ut från sjukhuset. Här är själva begreppet medicinskt färdigbehandlade - som av de flesta uppfattas innebära att patienten är återställd - en ständig källa till irritation. De flesta patienter som idag skrivs ut från sjukhusen har ett kvarstående vårdbehov. Som Styrborn (1994) konstaterade i sin avhandling är medicinskt färdigbehandlad i första hand ett administrativt begrepp, som innehåller föga information om patientens status och fortsatta vårdbehov.

De problem som kom att mera allmänt fokuseras un-

der Ädelutvärderingens första tid (Socialstyrelsen, 1993), var bl a brister i kvaliteten i det medicinska och omvårdnadsmässiga omhändertagandet i det särskilda boendet. Särskilt uppmärksammat blev en studie av ett slumpmässigt urval sjukhem från hela landet i vilken det framkom att en stor andel av patienterna var dementa, stod på en omfattande medicineringsomgång av psykofarmaka och laxativ. Cirka 9 procent hade trycksår och lika stor andel hade kateter. Studien visade också att den tid som läkare och paramedicinsk personal ägnade åt sjukhemspatienterna per vecka, endast var cirka 8 minuter per patient. Dessa uppgifter ledde till en omfattande diskussion - inte minst i massmedia - om sjukhemsverksamheten och kvaliteten och säkerheten i den medicinska vården. Somliga ansåg att de påtalade bristerna var ett bevis på att Ädelreformen gått snett och att man därför borde "återföra" sjukhemmen till landstingen. Andra framhöll att studien bara visade på realiteter; dvs de som numera bor på sjukhem är tämligen sjuka och hjälpbehövande. Beträffande den bestickande uppgiften om den ringa läkarinsatsen i tid per patient och vecka var detta varken en försämring eller förbättring av situationen före Ädel.

Överhuvudtaget kan man ibland undra över den "historielöshet" som ofta ger sig tillkänna i äldreomsorgsdebatten. I en liten pocketskrift från 1984, finns samlat en artikelserie som publicerades under 1983-84 i Svenska Dagbladet, som kan vara till hjälp. Rubrikerna känns i många fall märkligt aktuella, som "Mänsklig rätt att kunna stänga en egen dörr", "Vår syn på gamla är präglad av 30-talet", "Inte mer - bara annorlunda vård", "Rädda patienter-besvikna läkare", "Personalen vill förändring".

Denna sjukhemsdiskussion kom att bli den första i raden av återkommande diskussioner på temat "bättre eller sämre efter Ädel". Innehållet i dessa diskussioner kom inte så sällan att spegla vilken position eller intressen som "diskutanten" representerade. Vad som också i dessa diskussioner blev allt mer uppenbart var den påtagliga avsaknaden av data bakåt i tiden beträffande kvalitet och innehåll i vården. I många sammanhang går det inte att uttala sig om förändringar över tid på grund av brist på data. Ett annat faktum är de oer-

I dessa diskussioner blev uppenbart en påtaglig avsaknad av data bakåt i tiden beträffande kvalitet och innehåll i vården

hört stora skillnader mellan olika delar av landet vad gäller kvaliteten i vården, ett fenomen som fortlöpande erbjuder både problem men naturligtvis också möjligheter när det gäller äldreomsorgens utveckling (Johansson, 1995). En konsekvens av sjukhemsdebatten blev bl a att regeringen beslöt hösten 1993 att avsätta 50 miljoner kronor för att stimulera "kvaliteten och säkerheten i de medicinskt inriktade delarna av den kommunala äldreomsorgen" (de s k Ädel-50 medlen).

Även om många problemställningar återkom i redovisningarna från Ädelutvärderingen, fanns det samtidigt alltid ett visst tema som kom att dominera den årliga redovisningen. Temat 1993 var som nämnts "kvalitet och säkerhet i de medicinska delarna av äldreomsorgen" och 1994 kom brister i rehabiliteringsinsatserna för de äldre att fokuseras. Ett flertal studier visade att äldre patienter, t ex stroke-drabbade, inte fick sitt behov av rehabilitering tillgodosett på ett tillfredsställande sätt. Orsakerna till denna utveckling kan beskrivas på olika sätt, men den kraftiga minskningen av geriatriska vårdplatser i kombination med mycket korta vårdtider inom akutsjukvården innebar att kommunerna plötsligen "stod där" med ett rehabiliteringsansvar som man varken hade resurser, kompetens eller organisation att kunna möta. Denna nya situation väckte också nya diskussioner mellan huvudmännen hur ansvarsförhållandena skulle tolkas, detta trots att ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen §§ 3a och 18a förtydligar sjukvårdshuvudmännens ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Situationen blev ju inte heller bättre av att i cirka hälften av landets kommuner hade man dubbla organisationer för rehabilitering; en som hade sin bas i primärvården och den andra i den kommunala äldreomsorgen. I storstäderna var situationen än mer komplicerad med upp till 4 - 5 olika rehabiliteringsverksamheter som "konkurrerade" om samma patienter. Trots detta visade studier, bl a från Stockholm, att patienterna föll mellan stolarna.

Det skall dock framhållas att brister i rehabiliteringsinsatserna för äldre ingalunda var ett exklusivt storstadsfenomen, utan snarare allmänt förekommande i hela landet. Man kan till och med hävda att i detta sammanhang fanns en tämligen bred konsensus i hela riket, att "något måste göras". Regeringen svarade på dessa problem med att anvisa 300 miljoner kronor, som skulle användas till att stärka samarbetet mellan kommuner och landsting när det gällde rehabilitering av äldre. Medlen utgick i form av ett kapiterat belopp och kravet för att få dessa pengar var att respektive lands-

Ett problem som återkommit under hela Ädelutvärderingen har varit brister i informationsöverföringen och samarbetet mellan vårdgivare, vårdnivåer och professioner

ting tillsammans med "sina" kommuner inkom med en gemensam plan över hur medlen var tänkta att användas. Utan tvekan har dessa medel inneburit att rehabiliteringsfrågorna fått en prioriterad ställning i den kommunala äldreomsorgen och i varje svensk kommun har under 1996-97 pågått ett utvecklingsarbete på området. Det man naturligtvis skulle önska här att denna utveckling kunde understödjas i någon form med tanke på att "rehabiliteringsfrågan" ingalunda löses genom ett tvåårigt utvecklingsarbete, utan kräver ett långsiktig strategisk hantering.

Ett problem som återkommit under hela Ädelutvärderingen har varit brister i informationsöverföringen och samarbetet mellan vårdgivare, vårdnivåer och professioner framförallt i samband med att patienter skrivs ut från sjukhusen. Information om utskrivning och vad som förevarit kom ofta alldeles för sent till nästa part i vårdkedjan eller träffade fel adressat, innehöll undermålig information eller så fick man ingen information alls. Enligt Socialstyrelsen var dessa problem av den omfattningen och karaktären att de äventyrade patientsäkerheten. Av den anledningen och med stöd av sitt bemyndigande på området, beslöt Socialstyrelsen hösten 1995 att utveckla föreskrifter och allmänna råd på området. De nya föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1996:32) angående "informationsöverföring och samordnad vårdplanering" trädde i kraft den 1/1 1997. Tilläggas skall att regeringen hösten 1995, som en reaktion på bl a Ädelutvärderingen, också tillsatte en statlig utredning om "bemötande av äldre inom vård och omsorg". Ett av skälen därtill var att man önskade få istånd en mer tydlig fokusering på innehåll och kvalitet i äldreomsorgen som ett komplement till det starkt organisatoriskt dominerande perspektivet i Ädelutvärderingen.

Ädelutvärderingens slutrapport innehöll både "ris och ros" när det gällde slutomdömet om Ädelreformen (Socialstyrelsen, 1996). Bland det positiva framhölls minskningen av andelen medicinskt färdigbehandlade inom akutsjukvården, ett nettotillskott av äldreboenden och en stadig tillväxt av sjukvårdskompetens i kommunerna. Därtill framhölls också att tillskapandet av

MAS-funktionen (medicinskt ansvarig sjuksköterska) i den kommunala äldreomsorgen inneburit en ökad kvalitet. Bland problemen framhölls att Ädelreformen inte på något mer påtagligt sätt tillfört de "sociala kvaliteter" till äldreomsorgen som tanken var. Kritik riktades också mot bristande medicinska och omvårdnads-mässiga insatser i äldre vården, framförallt beträffande läkarinsatser i särskilt boende. Vidare påpekade Socialstyrelsen att det delade huvudmannskapet inom hemsjukvården skapade många problem och att mycket talade för ett samlat ansvar för hemsjukvården. Slutligen lyftes ånyo kritiken mot hjälpmedelsförsörjningen inom äldreomsorgen fram. Kritiken riktades dels mot att behov av hjälpmedelsinsatser inte uppmärksammades på ett tillfredsställande sätt dels att organisationen av hjälpmedelsförsörjningen inte fungerade på ett effektivt sätt. Att mycket av kritiken var befogad och (tyvärr) fortfarande aktuell bekräftas av rapporterade brister beträffande läkarinsatser i äldreboendet i Göteborg (Nordin, 1997).

Äldreomsorgen mot seklets slut

När vi nu närmar oss 1990-talets och därmed seklets slut kan man konstatera att förändringarna inom äldreomsorgen sannerligen inte avstannat. Denna process är så omfattande och snabb att den situation som kännetecknade 1990-talets början och Ädelreformens premiser, till stora delar är helt överspelad. Orsakerna bakom denna utveckling är dels fortsatta befolkningsförändringar som medför successivt ökade krav och anspråk på service och vård. En annan stark förändringsfaktor är den försämrade samhällsekonomin som, genom minskade skatteintäkter och ökade samhällskostnader för arbetslösheten, får kraftiga effekter på vården och omsorgen i ett land som Sverige med ett skattefinansierat vårdssystem. Till detta skall läggas effekterna av de stora reformer under 1990-talet som inneburit nya och utvidgade åtaganden för kommunerna. Den fortgående utvecklingen av nya medicinska teknologier innebär också en kontinuerlig omfördelning av uppgifter inom vårdsystemet. Den sammanlagda effekten av dessa förändringar har inneburit en mycket kraftig omstrukturering av det svenska vård- och omsorgssystemet på mycket kort tid.

De ökade problemen med att finansiera vårdbehoven har mötts med olika strategier. Landstingen har framförallt skurit ned på akutsjukvården. Mellan åren 1992 och 1995 har 22 procent av vårdplatserna inom somatisk akut-sjukvård försvunnit. Inom geriatriken har hela

Den sammanlagda effekten av dessa förändringar har inneburit en mycket kraftig omstrukturering av det svenska vård- och omsorgssystemet på mycket kort tid

30 procent av sängplatserna försvunnit under samma tid. En konsekvens av denna utveckling är de allt mer komprimerade vårdtiderna inom akutsjukvården. Genomsnittliga vårdtider på 5 - 6 dagar, även bland äldre, speglar trycket inom sjukhusvården. Det samma gäller för geriatriken som nu alltmer närmar sig akutsjukvården vad gäller vårdtider - en utveckling som de facto lett till att geriatriken är på väg att integreras i akutsjukvården på många håll. En ytterligare effekt av geriatrikens förändring är att ansvaret för rehabiliteringsinsatser för äldre på många håll kommit att bli helt och hållet ett kommunalt ansvar.

Kommunerna har naturligtvis hamnat i samma dilemma som landstingen - eller snarare har kommunerna fått det än svårare. Finansieringsproblemen inom äldreomsorgen har kommunerna försökt bemästra dels genom en striktare behovsbedömning, dels genom att höja avgifterna inom äldreomsorgen. Detta innebär förändringarna inom den kommunala äldreomsorgen som i sin tur fortplantar sig till andra delar i vårdsystemet och vice versa. Således har hjälpbehovet bland de som bor i det särskilda boendet ökat successivt och de som bor t ex på sjukhemmen kräver vanligtvis stora medicinska - och omvårdnads-mässiga insatser. Motsvarande tryck ökar också inom andra delar av äldreboendet, något som är väl så graverande. I t ex servicehusboendet finns en än sämre beredskap vad gäller bemanning, kompetens, organisation och fysisk miljö för att möta denna nya situation.

Utvecklingen inom hemvården de senaste åren går i samma riktning. Allt färre personer får hjälp och insatser av servicekaraktär håller på att utmönstras allt mer ur hemtjänstens utbud. Den äldre får klara sig själv, lita till anhöriga eller om möjligt köpa nödvändiga tjänster. Hemvården handlar således alltmer om personlig omvårdnad och tillsyn av vårdkrävande personer. Summerar man utbudet av äldreomsorg i relation till den äldre befolkningen, dvs hur många individer som får äldreomsorg i någon form, konstaterar man att vi 1995 hade exakt lika stort utbud som 1965. Framförallt har andelen personer med hemtjänst minskat; i antal personer räknat har mer än hundra tusen "försvunnit" bort

ur äldreomsorgen. Mycket talar för att denna utveckling kommer att fortsätta med samma inriktning och tempo om inte krafttag tas på både central och lokal nivå för att få till stånd en annan tingens ordning.

Under 1996 har också de äldres väl och ve kommit att hamna mycket högt på den politiska och mass-mediala agendan. Oron över svårigheter att komma överens om konstruktionen av det framtida pensions-systemet har rubbat den tidigare tilliten till en av grundpelarna i det svenska välfärdssystemet. I pensionärskåren har försämrade ekonomiska villkor, högre avgifter och minskad tillgänglighet till vård, skapat en upprördhet som bl a lett till bildandet av ett nytt pensionärsparti. Den mediamässiga exponering av detta, med påföljande opinionsmätningar som visat att varannan 50-åring och äldre, kan tänka sig rösta på ett "pensionärsparti", har förstärkt stressat de etablerade partierna.

Under hösten 1996 presenterade den statliga kommittén om Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation år 2000 ett delbetänkande där konsekvenserna av de förväntade befolkningsförändringarna in på nästa århundrade beskrevs i termer av ökade anspråk på resurser (SOU 1996:163). En framskrivning av 1994 års servicenivå till 2010 visade en brist på 12 miljarder inom den kommunala äldreomsorgen. Inom den landstingsdrivna hälso- och sjukvården var motsvarande siffra 7 miljarder kronor. Även om man kan komma med många invändningar mot detta sätt att förutsäga framtida resursbehov, säger det ändå något om problemens omfattning och karaktär. Sverige står alltså inför växande problem när det gäller att finna ett sätt att säkra den långsiktiga finansieringen av vården och omsorgen.

När nedskärningar eller försämringar uppstår i de offentliga trygghetssystemen brukar försäkringsbolagen se ett behov och därmed en möjlig efterfrågan på privata försäkringar. Flera försäkringsbolag arbetar nu med att ta fram olika koncept som innebär att den enskilde skulle kunna försäkra sig om i dubbel bemärkelse, en vård och omsorg med garanterad standard när man så behöver. Detta har på sitt sätt sporrat en växande dis-

kussion om en obligatorisk, offentligt finansierad äldreomsorgsförsäkring, vilket samtidigt skulle kunna vara ett sätt att tackla finansieringsproblemen.

Den senaste tidens diskussioner beträffande vården och omsorgen har också lett fram till andra "diagnoser" över tillståndet i äldreomsorgen. En ståndpunkt i den diskussionen representeras av de som hävdar att resurssituationen är hygglig inom vården och att det är snarare brister i vårdens produktivitet och effektivitet som utgör det grundläggande problemet. Man pekar på dryga administrativa kostnader, höga lokalkostnader och att vården får bära kostnader som inte är kopplade till vård överhuvudtaget, t ex kostnader för övertalig personal. Diagnosen här är alltså inte för lite pengar, utan att vi får ut för lite för de pengar vi sätter in i vården. En "bi-diagnos" härvidlag är att existerande styrformer och ledarskap inom vården enligt många bedömare är en achilleshäls. Alltså skulle vården både kunna finansieras och ha en god kvalitet, om vi hade ett tydligt ledarskap, en bättre incitamentsstruktur och utvecklade styrformer i vården.

Alla diagnossättare brukar dock också peka ut ett annat stort problem i dagens vård och omsorg; nämligen avsaknaden av visioner. Detta problem finns både på den politiska nivån, bland tjänstemän och vårdpersonal av skilda slag. På den socialpolitiska nivån handlar det ytterst om att finna vägar att omdana den svenska välfärdsmodellen så att den svarar mot tidsandan och samhällsekonomi. Omsatt till äldreomsorgen handlar det t ex om att successivt utveckla nya former att bedriva vård och omsorg och inte "more of the same". Vidare måste man få till stånd en mer offensiv hållning till äldreomsorgen och inte som idag låta allt kretsa kring de årliga besparingarna. Man kan ju stilla undra över om det är möjligt att utveckla en verksamhet, att få personalen med sig och nöjda brukare, om man på detta sätt "går baklänges in i framtiden". Visionerna måste konkretiseras och implementeras. Detta för resonemanget tillbaka till de idéer och visioner som fanns bakom Ädelreformen.

En vision med Ädelreformen var att försöka skapa en äldreomsorg med "sociala förtecken", dvs att människan uppfattades som en helhet, med ett eget värde och som delaktig i ett socialt sammanhang. Den gamle skulle varken uppfattas eller behandlas som "lärbenet på 5-an två", lika lite som dennes behov av gemenskap och trygghet fick glömmas bort. Detta skulle med utgångspunkten i den enskildes integritet - ett av honörsbegreppen i Ädelreformen - skapa ett nytt inne-

När nedskärningar eller försämringar uppstår i de offentliga trygghetssystemen brukar försäkringsbolagen se ett behov och därmed en möjlig efterfrågan på privata försäkringar

Ett område där det är extra angeläget att utveckla ett socialt inslag i vården är vården i livets slutskede

håll i vården och omsorgen om de äldre. Tyvärr har inte Ädelvisionerna förverkligats i någon större utsträckning när det gäller att tillföra en tydlig social dimension till äldreomsorgen. Orsakerna till detta är många och det finns fullt förståeliga skäl varför de flesta kommuner har varit upptagna med att svara upp mot det nya och utvidgade sjukvårdsansvaret som Ädelreformen inneburit. Men, samtidigt kan hävdas att denna utveckling ställer ökade krav på kreativitet och visionärt tänkande inom äldreomsorgen.

Ett försök att peka ut ett område där det är extra angeläget att utveckla ett socialt inslag i vården handlar om vården i livets slutskede. Efter Ädelreformen har allt större andel av de som avlider varje år slutat sina dagar utanför sjukhuset, inte så sällan på sjukhem. Här finns en utmanande uppgift för kommunerna att kunna erbjuda "ett gott kommunalt slut". En förutsättning är upparbetade kontakter med och "hot - lines" till specialistvården, liksom fortlöpande stöd av distriktsläkare. Men, visionen bygger på ett tanke- och handlingssätt som utgår från "low-tech" snarare än akut-sjukhusvårdens "high-tech", betonar medicinsk och psykologisk palliation, med ett aktivt stöd till och medverkan av anhöriga, allt inbäddat i en organisation med andra rutiner och en tillrättalagd fysisk miljö. Kvaliteten i omhändertagandet av svårt sjuka i livets slut sätter ytterst betyget på hela äldreomsorgen. Att förverkliga denna vision handlar primärt inte om ytterligare resurser, utan att driva en uttalad ambition att utveckla en äldreomsorg som bygger på en annan människosyn.

REFERENSER

- Bäck H, Songur S: Ädelreformen ur ett förvaltningspolitiskt perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen. Ädelutvärderingen 1995: 11.
- Johansson L: Perspektiv på Ädelreformen. Incitament, nr 2, 1995, 12 - 16.
- Nordin E: Brist på läkarresurser största problemet. Stort ansvar har lagts på MASarna. Läkartidningen, vol.94, nr 9, 691 - 700.
- Socialstyrelsen. Ädelreformen. Årsrapport 1993. Stockholm. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:8.

- Socialstyrelsen. Ädelreformen. Årsrapport 1994. Stockholm. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:13.
- Socialstyrelsen. Ädelreformen. Årsrapport 1995/reviderad version. Stockholm. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:6.
- Socialstyrelsen. Ädelreformen. Slutrapport. Stockholm. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2.
- Svenska Dagbladet. Långvård och vårdkultur. Stockholm: Svenska Dagbladet, 1984.
- Socialstyrelsen. Social service, vård och omsorg i Sverige 1996. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
- SOU. Behov och resurser i vården - en analys (del A). Stockholm: Socialdepartementet, Sou 1996:163. Delbetänkande av HSU 2000.
- SOSFS. Föreskrifter och allmänna råd rörande Informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Stockholm: Socialstyrelsen SOSFS 1996:32.
- Styrborn K: Geriatric decision-making. Uppsala: Uppsala universitet, 1994 (Akademisk avhandling).

Anslag för reumatologisk forskning

Reumatikerförbundet anslår ett belopp om ca 6 Mkr till reumatologisk forskning samt till vårdforskning om reumatiska sjukdomar.

*Vi är ytterst angelägna om att arbets-
terapeuter, kuratorer, sjukgymnaster och
sjuksköterskor söker vårdforskningsanslag.*
Icke disputerade skall ha ansökan godkänd
och underskriven av handledare.

Aktuella forskningsprojekt skall vara
godkända av respektive etiska komité.
Ansökningar jämte bilagor i elva exemplar
(särtryck endast ett exemplar) skall vara oss
tillhanda senast den 30 september 1997.

**Ansökninghandlingar rekvireras
från oss.**

Välkommen med Din ansökan!



REUMATIKERFÖRBUNDET

Box 12851, 112 98 Stockholm
Telefon 08 692 58 00, Fax 08-650 64 15