

Omfattningen av hemtjänsten och hemsjukvården — utveckling och nuläge

Mats Thorslund

Sverige ligger högt när det gäller institutionsplatser i relation till den äldre befolkningen, även om de minskar successivt om man tar hänsyn till befolkningsökningen. Att antalet äldre i samhället ökar ställer hemtjänst och hemsjukvård inför svåra påfrestningar. De finansiella problemen är stora, och det existerar inga grupper utanför arbetskraften att rekrytera personal från.

Inom ramen för Tierpsprojektet har beräkningar av resurser och behov gjorts.

Mats Thorslund är docent i sociologi och bedriver forskning om äldreomsorg vid institutionen för socialmedicin i Uppsala.

Svensk äldreomsorg har under många år varit i det närmaste nog liktydig med institutionsvård. Även om det inte alltid är lätt att göra internationella jämförelser så kan man ändå påstå att Sverige ligger högt när det gäller antalet institutionsplatser i relation till den äldre befolkningen. Även i jämförelse med övriga nordiska länder ligger Sverige i en tätposition (Daatland & Sundström 1985, Statskontoret 1988).

De många institutionsplatserna tar i anspråk en stor del av de resurser som går till servicen och vården av de äldre. I figur 1 redovisas att cirka 70 procent av de resurser som primärkommunerna och landstingen satsar på service och vård till den äldre befolkningen går till att driva institutioner. Beräkningarna baseras på uppgifter från den statliga sk äldreberedningens beräkningar (SOU 1987:21). Framförallt är det på landstingssidan som merparten av resurserna satsas på institutionsvård (sluten korttidsvård, sluten psykiatrisk vård, långtidssjukvård och vårdhem). Däremot när det gäller primärkommunernas insatser, som riktar sig mot de äldre, satsas enligt dessa beräkningar nära nog dubbelt så mycket pengar på social hemtjänst,

färdtjänst och andra former av öppen service samt på bostadstillägg jämfört med de resurser som satsas på ålderdomshem.

Figur 1. Hur de totala kostnaderna för service och vård till äldre fördelades 1985

	Öppen "vård"	Sluten vård	
Primärkommuner	22%	12%	34%
Landsting	7%	59%	66%
	29%	71%	100%

(Källa: SOU 1987:21)

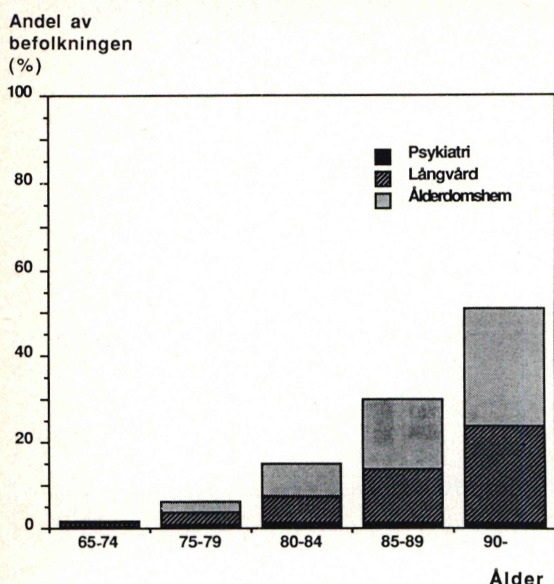
Utvecklingen fram till idag

Under efterkrigstiden har antalet platser på ålderdomshem och inom långvården ökat i stort sett oavbrutet fram till nu. Speciellt under 1960-talet ökade både ålderdomshemmen och långvårdsinstitutionerna drastiskt. Ökningen har dock avstannat och under de senaste åren har antalet institutionsplatser varit i stort sett oförändrat. De allra äldsta i befolkningen fortsätter dock att öka. Det innebär alltså att med ett oförändrat antal institutionsplatser sker en relativ minskning av antalet platser.

I figur 2 redovisas antalet äldre på institution, november 1985.

Cirka 7 procent av befolkningen 65 år och äldre bodde eller vårdades på ålderdomshem, långtidssjukvård (långvårdskliniker och sjukhem) eller inom psykiatri. Till det kommer de patienter som vårdades inom akutsjukvården. Även om det inte finns någon motsvarande inventering av hur många äldre som vid ett visst tillfälle fanns inom akutsjukvården så vet vi ändå att gruppen 65 år och äldre 1985 tog i anspråk 55

Figur 2. Andel äldre på institution (nov 1985)



(Källa: Nordrup & Thorslund 1987)

procent av samtliga vård dagar inom akutsjukvården (Landstingsförbundet 1988).

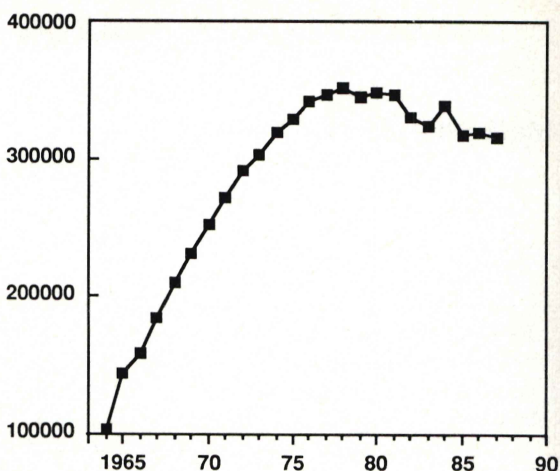
Av figur 2 framgår att de flesta äldre fortfarande bor hemma. Detta gäller även högt upp i åldrarna. I åldersgruppen 85–89 år är det tex mindre än en tredjedel som vårdas på institutioner av ovan nämnda slag. Det är först i den lilla gruppen 90 år och äldre som mer än hälften mer eller mindre stadigvarande bor på institution.

Men de allra flesta bor alltså fortfarande hemma. I vilken utsträckning har då hemsjukvården och hemtjänsten byggts ut i takt med att de äldre blir allt fler och när institutionsplatserna inte längre ökar?

Antalet personer med social hemhjälp har mer än tredubblats sedan 1964 då man började redovisa statistik (figur 3). Framförallt under senare delen av 1960-talet men även under 1970-talet ökade antalet äldre och handikappade som fick hjälp. Under 1980-talet har däremot antalet hjälptagare minskat något. En närmare analys visar att det framförallt är yngre ålderspensionärer (under 80 år) och personer under 65 år som i mindre utsträckning än tidigare får hjälp.

Av figur 4 kan dock i stället utläsas att antalet arbetstimmar för att ge hemhjälp till äldre och handikappade har i stort sett ökat oavbrutet sedan 1969. 1969 utfördes cirka 35 miljoner arbetstimmar jämfört

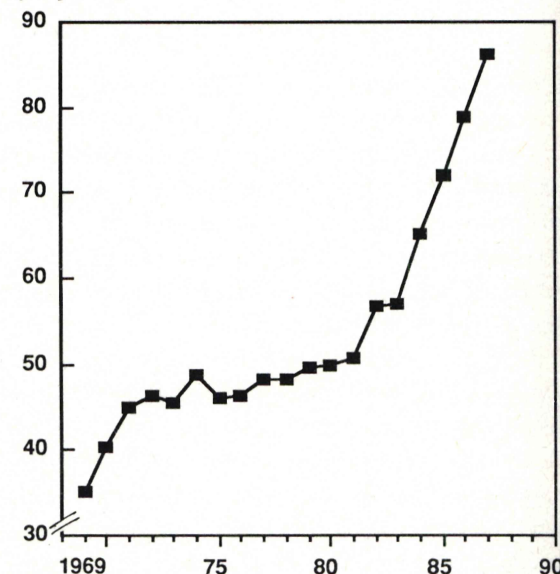
Figur 3. Antal personer med social hemhjälp 1964–1987



(Källa: SCB. Socialvården. SOS)

Figur 4. Antal arbetstimmar till äldre och handikappade 1969–1987

**Arbetstimmar
(miljoner)**



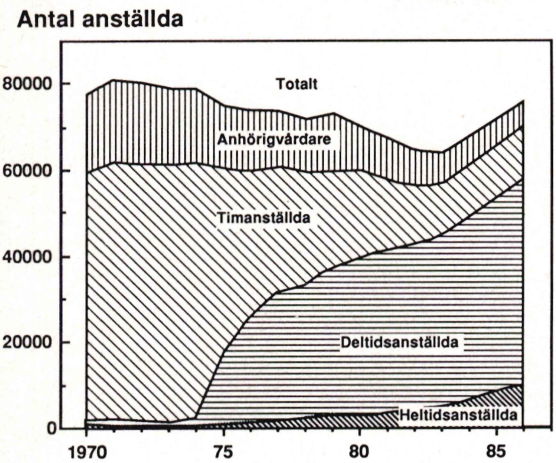
(Källa: SCB. Social hemhjälpssverksamhet)

med över 86 miljoner timmar år 1987. Siffrorna inkluderar tid för planering, gångtid etc. Däremot ingår inte tjänstledighet, semesterar etc.

I figur 5 redovisas antal anställda inom sociala hemhjälpen. Som anställda räknas här då dels vård-

biträden (tidigare "hemsamariter"), dels sk anhörigvårdare – anhöriga som är anställda av kommunen som vårdbiträden. Däremot har i figuren inte inräknats sk hemvårdare.

Figur 5. Antal vårdbiträden (fd hemsamariter) 1970–1986



(Källa: SCB. Social hemtjänst. SOS)

Av figur 5 framgår att antalet anställda minskade något under hela 1970-talet och även i början av 1980-talet. De senaste åren har antalet anställda återigen ökat för att år 1986 ligga på nästan samma nivå som år 1970. I början på 1970-talet dominerade de timanställda. Antalet timanställda har dock minskat oavbrutet sedan dess. I stället är det framförallt de deltidsanställda som ökat. Även antalet heltidsanställda har dock ökat – speciellt under 1980-talet.

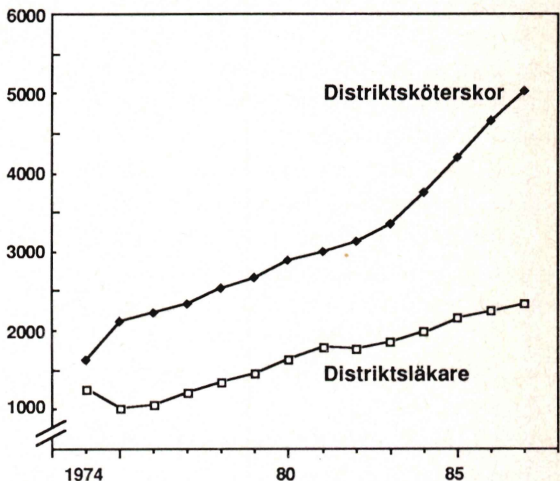
1970 fanns över 18000 sk anhörigvårdare. Antalet har minskat och är nu nere i knappt 6000. Av statistiken går inte att utläsa hur stora arbetsinsatser anhörigvårdarna har gjort i timmar räknat.

De som arbetar inom hemtjänsten har alltså knutits fastare till sin arbetsgivare. Man har blivit anställd på deltid eller heltid. Även om det inte finns några uppgifter om hur många timmar per vecka som de deltidsanställda i genomsnitt arbetar så har dock denna utveckling inneburit att många nu arbetar avsevärt längre arbetstider än tidigare. Här ligger naturligtvis också förklaringen till att ett i stort sett oförändrat antal anställda inom hemtjänsten 1986 kunda arbeta mer än dubbelt så många timmar som 1969.

Vid sidan av hemhjälpen och de anhörigas insatser torde sjukvård i hemmet vara det viktigaste inslaget i den öppna äldreomsorgen. Det är därför anmärkningsvärt att det statistiska materialet om hemsjukvården är i det närmaste obefintligt i de flesta länder. Sverige är därvid inget undantag. När det gäller landstingens öppenvård och speciellt den vård som ges i de äldres egen bostad finns alltså knappast någon relevant statistik. I figur 6 redovisas i stället utvecklingen när det gäller antalet tjänster som distriktssköterska och distriktsläkare. Här framgår att antalet distriktssköterskor mer än tredubblats sedan 1974. Även antalet distriktsläkare har ökat under senare år.

Hur stor del av arbetstiden som distriktssköterska

Figur 6. Antalet distriktsläkare och distriktssköterskor (omräknat till årsarbetare) 1974–1987



(Källa: Landstingsanställd personal. Landstingsförbundet)

och distriktsläkare ägnar åt äldre som fortfarande bor hemma finns inga säkra uppskattningar om. I vilken utsträckning som ökningen av antalet tjänster enligt figur 6 också inneburit en ökning av den vård som kan erbjudas äldre i hemmet är därför oklart. När det gäller tex distriktsläkarnas verksamhet är det idag ovanligt i Sverige att distriktsläkare gör hembesök. De träffar oftast sina patienter på mottagningar och vårdcentraler.

Distriktssköterskorna gör i större utsträckning hembesök. Det är dock fler äldre som träffar en dis-

triktssköterska på distriktssköterskemottagningen än i det egna hemmet (Wernberg 1988).

Den anställningsgrupp inom primärvården som framförallt utför hemsjukvård är undersköterskorna. Omräknat till årsarbetare fanns 1986 nästan 11000 undersköterskor inom primärvården (LKELP, 87, tab P4).

Vilka får hjälp idag?

Vilka är det då som får hemhjälp och hemsjukvård? Den rikstäckande statistiken som ovan redovisas är producerad utifrån ett "producentperspektiv". Det innebär att kommunerna och landstingen vet hur många anställda man har haft, hur många timmar som producerats och (när det gäller hemhjälp) hur många som fått hjälp. Det är dock ovanligt med statistik utifrån ett "mottagarperspektiv" och när det gäller statistik som visar på i vilken utsträckning de äldres behov av hjälp tillgodoses finns det överhuvudtaget inga rikstäckande statistiska uppgifter (Thorslund & Viklund 1988). Här blir man då hänvisad till enstaka forskningsprojekt.

I Tierp, en kommun med cirka 20000 invånare utanför Uppsala, bedrivs sedan 1984 ett antal studier för att bli försöka beskriva de grupper i befolkningen som får ta emot olika former av olika primärkommunala och landstingskommunala service- och vårdinsatser. I vilken utsträckning tillgodoses befolkningens behov? (För en summarisk beskrivning av projektet, se Thorslund 1987).

Inom ramen för äldrestudierna i Tierp registreras på individnivå den service och vård man erhåller från kommun och landsting. Under hösten 1986 genomfördes också en studie för att försöka uppskatta vårdbehovet hos samtliga hemmaboende äldre 75 år och äldre. I samband med denna studie gjordes en noggrann inventering av vilka äldre som verkligen bodde hemma. Att få fram andelen personer som fortfarande bor hemma är annars ingen enkel uppgift utifrån de olika befolkningsregister som man normalt har att tillgå. Personer som tex långvarigt vårdas inom långvården och inom akutsjukvården är ju normalt mantalsskrivna på sin hemadress. Även om de alltså vårdas under lång tid på institution.

I tabell 1 redovisas i vilken utsträckning de hemmaboende hade kontakt med olika former av sjukvård

under 1986. De flesta hade åtminstone någon kontakt med läkare (distriktsläkare, läkare vid sjukhus och/eller privatläkare). En majoritet hade också haft åtminstone någon kontakt med distriktssköterska och/eller undersköterska under året. Ungefär en av åtta i åldern 85 år och äldre hade dock inte haft någon som helst kontakt med läkare eller distriktssköterska/undersköterska under året.

Tabell 1. Hemmaboendes kontakt med läkare och distriktssköterska

	Andel som haft kontakt – Tierp 1986	
	75–84 år	85– år
Kontakt med läkare	77%	80%
distriktssköterska/ undersköterska	54%	69%
Ingen kontakt (n)	16% (1448)	13% (260)

Som redovisats ovan är det ovanligt att tex distriktsläkare gör hembesök. Även distriktssköterskornas verksamhet är till stor del baserad på att man tar emot patienterna på sin mottagning. Av intresse blir därför att analysera i vilken utsträckning de äldre hemmaboende faktiskt har fått någon form av hembesök under året. Av tabell 2 framgår att drygt hälften i gruppen 75–84 år överhuvudtaget inte fått något hembesök under 1986. I gruppen 85 år och äldre var det ungefär var femte som inte fått något hembesök.

Tabell 2. Har man fått hembesök?

	Andel hemmaboende som fått hembesök – Tierp 1986	
	75–84 år	85– år
Hemhjälp	32%	56%
Distriktssköterska/ undersköterska	27%	51%
Kvälls-/nattpatrull	5%	10%
Inget hembesök (n)	53% (1448)	21% (260)

Cirka en tredjedel i gruppen 75–84 år och drygt hälften av de äldsta fick minst en timme hemhjälp under 1986. Andelen som fått åtminstone något hem-

besök av distriktssköterska och/eller undersköterska var nästan lika hög. Var tjugonde hemmaboende person i 75–84 år och var tionde i gruppen 85 år och äldre fick något hembesök av kvälls-/nattpatrull.

Uppgifterna om den service och vård man har fått kan ställas i relation till i vilken utsträckning de som får hjälpen bor ensamma eller inte, och mot olika former av vårdbehov. I *tabell 3* redovisas några sådana uppgifter. Här framgår tex att de ensamboende pensionärerna i större utsträckning än de samboende fått någon form av hembesök under året. Detta gäller både för män och kvinnor.

Tabell 3. Hemmaboende som fått hembesök – Tierp 1986

	75–84 år	85– år
Män		
– ensamboende	59%	85%
– samboende	37%	66%
Kvinnor		
– ensamboende	56%	86%
– samboende	43%	73%
Behöver hjälp med		
– handla mat	74%	88%
– städa	77%	89%
– laga mat	60%	86%
– klä av och på sig	66%	93% ¹
Totalt	47%	79%
(n)	(1 448)	(260)

¹ Siffran baseras på de 21 personer som inte själva klarade att klä av och på sig. Övriga bastal > 50.

De som behövde hjälp med att handla och laga mat, städa, osv har oftare än andra fått någon form av hembesök. I åldersgruppen 75–84 år har tex tre av fyra av dem som behövde hjälp med att handla mat också fått hembesök i någon form under året. Bland de allra äldsta så var det nio av tio som fått hembesök.

Men även bland dem som inte själva klarar av vardagen finns det alltså grupper som överhuvudtaget inte fått någon form av hembesök under ett helt år. Hur klarar de sig? Andra artiklar i detta temanummer redovisar den stora omfattningen av de anhörigas insatser. Detta är också en väsentlig slutsats ifrån de olika Tierp-studierna. För de äldre som bor hemma men inte klarar sig på egen hand överstiger de anhöri-

gas insatser markant de samlade insatser som görs från kommun och landsting. Detta gäller antingen vi räknar antalet personer som får hjälp med olika sysslor eller försöker "översätta" hjälpinsatserna i pengar (Wernberg 1988 och Johansson 1988).

Prognoser

Antalet äldre ökar. Även om det totala antalet ålderspensionärer kommer att vara i stort sett detsamma år 2000 som idag så kommer den förväntade ökningen av de allra äldsta att ställa till med problem för planeringen av service och vård. Mellan 1985–2000 förväntas gruppen 85 år och äldre öka med 64% (SCB 1986). Dvs den grupp som redan idag behöver mycket stora insatser är också den grupp som kommer att öka mest. Medan de yngsta ålderspensionärerna, som sällan behöver utnyttja vården, i stället kommer att minska.

Om man skriver fram de äldres faktiska konsumtion 1985 till år 2000 för varje femårsklass kommer man fram till att antalet institutionsplatser inom somatisk korttidsvård och långtidsvård, psykiatrisk slutenvård och på ålderdomshem skulle behöva öka med ca 32%. Samtidigt skulle antalet äldre hemhjälpstagar komma att öka med ca 15% (SOU 1987:21). I kostnader innebär detta en ökning med ca 26%. Eller omräknat i andelar av BNP – att servicen och vården till de äldre skulle öka från drygt 5% av BNP till nära 7%. I pengar räknat skulle detta alltså innebära en avsevärd höjning som knappast kan finansieras genom rationaliseringar och omorganisationer. Hänsyn har då heller inte tagits till eventuella kommande arbetstidsförkortningar eller att vårdpersonalens löner skulle kunna komma att höjas mer än för genomsnittet.

De officiella planer som finns när det gäller resurser och vården av de äldre utgår *inte* från några automatiska framskrivningar utifrån tidigare vårdkonsumtionsmönster. Istället har olika mer eller mindre radikala förslag om nedläggningar av den dyra institutionsvården lagts fram. Inom vissa områden har också en avveckling redan inletts. Det gäller framförallt inom psykiatrin men även bland ålderdomshemmen. Denna minskning har dock hittills mer än väl kompenserats med allt fler långvårdsplatser, servicelägenheter och gruppboenden. Ökningen motsvarar dock

.....
Inom hemtjänsten skulle personalen behöva öka med mellan 80–100 %.
.....

inte alls ökningen av antalet pensionärer i höga åldrar utan innebär en kraftig relativ minskning i relation till de äldre.

I äldreberedningens betänkande finns två räkneexempel på vad utvecklingen kommer att innebära när det gäller personalbehoven. Båda exemplen utgår ifrån att antalet institutionsplatser kommer att reduceras absolut sett på grund av nedläggningar och/eller att man bygger om institutionerna och ökar andelen en- och tvåbäddsrums. I stället skulle ökade resurser satsas på hemtjänst och hemsjukvård. Enligt de sammantagna beräkningarna skulle detta innebära att behovet av personal ökar med över 70000 till sekelskiftet. Inom hemtjänsten skulle personalen behöva öka med mellan 80 och 100 procent. Den fråga man självfallet ställer sig blir då – Är detta möjligt? Om vi i Sverige skulle välja ett högre skatteuttag eller på annat sätt kunna finansiera att de äldre år 2000 skall ha i stort sett samma chans till service och vård som dagens äldre – hur få personal?

Under perioden 1975–1985 ökade antalet personer i arbetskraften med ca 290000. 82% av detta arbetskraftstillskott gick till vård- och omsorgssektorn (Lagergren 1988). Enligt långtidsutredningens beräkningar, baserade på befolkningsförändringar och redan fattade beslut, behövs ytterligare drygt 200000 personer till vård- och omsorgssektorn under perioden 1985–1995. Denna ökning skulle motsvara ca 96% av det förväntade tillskottet på arbetskraften. Enligt den kalkyl landstingsförbundet gjort för att komma tillrätta med eftersläpningen när det gäller bla ögon-, höftleds- och starroperationer samt fortsatt medicin-teknisk utveckling skulle vårdsektorn under perioden 1985–1995 behöva anställa betydligt fler än den förväntade ökningen av arbetskraften (Lagergren 1988). Även om vi skulle leka med tanken att vård- och omsorgssektorn kommer att kunna knyta till sig hela det beräknade tillskottet av arbetskraften kommer det alltså ändå inte att vara tillräckligt. I den arbetsmarknad som idag råder – varifrån skall alla dessa personer rekryteras?

Sammanfattning

Samhällets totala insatser för att ge service och vård till de äldre domineras av institutionsvården. Åtminstone om vi ser till hur kostnaderna fördelas. Ändå är det förhållandevis få äldre som stadigvarande vårdas på institution. Den fortsatta inriktningen på äldreomsorgen är också att försöka satsa på en utbyggd hemtjänst och hemsjukvård. Antalet institutionsplatser i Sverige ökar inte längre i takt med antalet äldre – något som innebär en relativ minskning av institutionsplatserna.

Under 1980-talet har antalet personer med social hemhjälp minskat något. Trots det kan man tala om att hemhjälpens förstärkts. Antalet utförda arbetstimmar inom hemhjälpens har mer än fördubblats sedan 1970. Personalen inom hemhjälpens har fastare knutits till sitt arbete. Framförallt är det antalet deltidsanställda som ökat. Även antalet heltidsanställda har ökat. I stället är det de timanställda som har minskat liksom antalet anhängigvårdare.

Den öppna sjukvården har förstärkts. Framförallt har antalet distriktssköterskor ökat. Även antalet distriktsläkare har ökat.

Det är svårt att få fram säkra uppgifter om kvaliteten på den vård som ges till de äldre i hemmen. Det är också svårt att få fram uppgifter om i vilken utsträckning de äldres behov av service och vård verkligen tillgodoses. I Tierps kommun fick cirka 80 procent av de hemmaboende i gruppen 85 år och äldre åtminstone något hembesök från hemtjänsten eller sjukvården under 1986. I gruppen 75–84 år var det inte lika vanligt att man fick hembesök. Många äldre som inte klarar sin egen vardag har uppenbarligen fått lösa sin situation på annat sätt. Framförallt får man hjälp av anhöriga. Enligt flera studier är de anhörigas insatser till de äldre som bor hemma av den omfattningen att kommunernas och landstingens insatser till de äldre snarast bör betraktas som ett komplement till de anhörigas insatser (Johansson 1986).

Den drastiga ökningen av de mycket gamla i befolk-

.....
Antalet institutionsplatser i Sverige ökar inte längre i takt med antalet äldre – något som innebär en relativ minskning av institutionsplatserna.
.....

Ökningen av den förväntade livslängden även i höga åldrar kommer med stor sannolikhet att vara förknippad med kroniska sjukdomar och handikapp som kräver såväl medicinsk vård som sociala hjälpinsatser.

ningen som vi kan se fram emot kommer att ställa hemtjänsten och hemsjukvården inför stora påfrestningar. Enligt vissa prognoser skulle tex personalen inom hemtjänsten nära nog behöva fördubblas fram till sekelskiftet. Även om man skulle kunna finansiera denna ökning är det svårt att se varifrån all denna personal skall rekryteras. Speciellt i ett arbetsmarknadsläge som åtminstone för närvarande utmärkes av att arbetslösheten är låg och att det på många håll råder en påtaglig konkurrens om arbetskraften. Det finns inte heller längre några stora kvinnogrupper utanför arbetskraften att rekrytera.

Prognoser i all ära — framtiden blir aldrig som vi tänkt oss. Men tecknen oroar. Och trots att dagens yngre ålderspensionärer i många avseenden är "friskare" än gårdagens är det svårt att se några tecken på att de äldres vårdbehov skulle komma att minska. Ökningen av den förväntade livslängden även i höga åldrar kommer med stor sannolikhet att vara förknippad med kroniska sjukdomar och handikapp som kräver såväl medicinsk vård som sociala hjälpinsatser (IMF 1986, MFR 1987).

Hemtjänsten och hemsjukvården kommer att ställas inför mycket stora krav på nytänkande, flexibilitet, omorganisationer och omprioriteringar. Även om det inte klart sägs ut, kommer utvecklingen också att medföra ökade krav på anhöriga. En viktig uppgift för hemtjänsten och hemsjukvården blir därför också att finna bättre former för att stötta och samarbeta med såväl de anhöriga som idag vårdar sina anhöriga som nya grupper av anhöriga.

REFERENSER

- Daatland SO, Sundström G: Gammal i Norden. Boende, omsorg och service 1965–1982. Delrapport från projektet Åtgärder inom service och bostadssektorn för äldre, nr 1, Stockholm 1985
- IMF. Ageing and social expenditure in the major industrial countries 1980–2025. International Monetary Fund. Washington D.C. 1986
- Johansson, L: Anhörigas roll inom äldreomsorgen — en kunskapsöversikt. Socialmedicinsk tidskrift 1986; 5–6: 208–216
- Johansson L: Tierpsborna och deras gamla. I: Solbe B (Red.) Familjekrets, grannskap och samhälle. Röster om boende och omsorg. Gävle 1988. Statens institut för byggnadsforskning.
- Lagergren M: Långsiktig personalförsörjning för vård och omsorgssektorn. Pm till Socialstyrelsen 1988-09-11
- Landstingsförbundet. Vård dagar per åldersintervall samt diagnos- och operationsstatistik per landsting och kommun 1985 med jämförelse bakåt i tiden. Stockholm 1988
- MFR. Kunskapsbehov inom området äldres hälso- och sjukvård. Rapport från en initiativgrupp. Medicinska Forskningsrådet. Stockholm 1987
- Nordrup G, Thorslund M: Att bo på institution. En inventering av miljö och sociala förhållanden. Socialstyrelsen redovisar 1987:2, sid 12–59
- SCB. Den framtida befolkningen. Prognos för åren 1986–2025. Statistiska centralbyrån, Stockholm 1986
- SOU 1987:21. Äldreomsorg i utveckling. Betänkande av äldreberedningen
- Statskontoret. Äldreomsorg i Norden — kostnader, kvalitet, styrning. KRON-projektet. Rapport 1987:34, Stockholm 1988
- Thorslund M: Anhöriga allt viktigare för de äldre. Social Forskning 1987; 1:12–13
- Thorslund M, Viklund G: Hur beskriva äldreomsorgen? Genomgång av dagens statistik och utgångspunkter för framtiden. SCB 1988
- Wernberg K: Äldre hemmaboendes behov av service och vård. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala 1988