

Hemtjänstens vårdtagare och omsorgsapparaten: hjälpbehov, behovsbedömningar och hjälptilldelning

Gerdt Sundström

Det hävdas ofta att hemtjänstens klienter blir allt tyngre vårdfall, bla därför att det blir svårare att få en plats på institution. I Jönköping genomfördes en intervjuundersökning med vårdtagare 80 år och äldre, som inte helt bekräftar detta påstående. I Jönköping sjönk andelen äldre hushåll som får hemtjänst efter 1980. Antalet äldre hushåll, inte antalet äldre personer, ökar med ett ökat ensamboende. Samtidigt som allt färre får hjälp ökar antalet arbetstimmar som hemtjänsten utför starkt. I Jönköping använder 10 % av hjälptagarna 43 % av hjälptimmarerna. De funktioner som vårdtagarna oftast behöver hjälp med är matinköp, matlagning, städning och tvätt. Vårdbiträdena anger oftare de sociala behoven av att "sitta och prata" och "att komma ut". Kommuner söker också personer med sådana färdigheter vid annonsering efter personal. Vad som kan menas med behov är således komplicerat.

Gerdt Sundström är fil dr i socialt arbete och verksam vid institutet för gerontologi i Jönköping.

Bakgrund

Under ett antal år har det funnits fler undersökningar om hemtjänsten som "apparat" och om personalen, än om vårdtagarna (tex Liljeström & Jarup 1983, Gough 1987, Svensson 1986, Lundberg 1986, Thulin 1987).

Ett ökande antal studier klarlägger dock klienternas situation, genom att använda tillgängliga survey-data (Sundström 1984), registerdata, särskilda attitydundersökningar (Göteborgs socialförvaltning 1985b, Heggeman 1987, Lundberg 1986) eller socialantropologisk metodik (Thomas 1986). Dessa referenser är inte fullständiga, men även en yttlig litteraturgenomgång visar att vad som främst saknas är systematiska

studier av samspelet mellan hemtjänst"apparaten" och klienterna även om det finns ansatser till detta i tidigare studier (Gough 1987, Eliasson 1984).

Med tanke på den — växande — betydelse man allmänt tillägger hemtjänsten samt de stora kostnader den drar (över 7000 miljoner kronor/år 1986) är det förbluffande hur litet som är känt om hur hemtjänsten fungerar och vilka klienterna är.

I olika sammanhang framskymtar att de äldres hjälpbehov, hjälpapparats definition av behoven och den hjälp man sedan verkligen får — eller sättet den ges på — kan vara ganska olika saker. Ibland kan tom hjälpen vara så standardiserad eller "fyrkantig" att man hellre klarar sig utan (Rönning 1986). Den offentliga arbetsdelning som går ut på att hemtjänst-assistenten gör behovsbedömningar som sedan effektueras av vårdbiträdet störs i verkligheten av att bedömningarna ibland av olika skäl görs något planlöst och av att vårdbiträdet i verkligheten ibland gör något annat än tillgodoser dessa officiella målsättningar. Detta har tex framkommit i en engelsk undersökning (Dexter & Harbert 1983). Sådana iakttagelser ger anledning att närmare granska bedömningar inom hemtjänsten (hemtjänstassistent respektive vårdbiträde) och den hjälptes egen bedömning. Veterligen saknas översiktliga eller teoretiskt medvetna utredningar av behovsbedömningar inom hemtjänsten. Undantagen

Med tanke på den — växande — betydelse man allmänt tillägger hemtjänsten samt de stora kostnader den drar (över 7000 miljoner kronor/år 1986) är det förbluffande hur litet som är känt om hur hemtjänsten fungerar och vilka klienterna är.

är ett praktikantarbete vid socialstyrelsen för flera år sedan (Socialstyrelsen 1981) och ansatser inom det sk POMS-projektet. Ett par broschyrer från Kommunförbundet behandlar visserligen frågan om behovsbedömningarna och planeringen, men ger mycket litet konkret vägledning om vilka behov etc. (Kommunförbundet 1986, 1987).

En viss ledning kan man få av att granska de dokument som hemtjänsten verkligen begagnar sig av: här förekommer av allt att döma varianter som spritts på olika vägar och oftast modifieras. Dessa ärendeblad, eller serviceplaner — ofta ofullständigt à-jourhållna eller bara delvis ifyllda — väcker många frågor. En sådan är den knapphändiga beskrivningen av den äldres sociala situation (inklusive tidigare yrke och socialklass), tillgång till egen familj och andra viktiga personer i omgivningen. Ibland tycks man anta att klienterna lever nästan i ett socialt tomrum. Tillgänglig forskning visar dock att de flesta äldre med hjälpbehov har någon som kan ge informell hjälp, och detta är ofta fallet bland hemtjänstens klienter (Sundström, 1984). Överklagningsärenden inom hemtjänsten på senare tid visar också betydelsen av dessa faktorer genom att de påverkar bedömningen av hjälpbehovet.

Metod, data

Studien bygger på intervjuer med och fortlöpande data om vårdtagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter i 132 ärenden representativa för alla vårdtagare 80 år och äldre i Jönköping 1986-87. Kommunen ligger ungefär på riksgenomsnittet för den andel äldre som får hemhjälp med genomsnittlig hjälpinsats för klienterna. En fullständig rapport om undersökningen har publicerats (Sundström & Cronholm 1988).

Översiktligt om insatserna

Inom hemtjänsten hävdar man ofta att klienterna blir allt "tyngre", bla därför att det blivit allt svårare att få en plats på institution. De senaste årens taxebemärgningar har — menar man — kanske också avhållit en del pensionärer med små hjälpbehov från att begära hemtjänst, eftersom den nu ställer sig proportionsvis dyrare för just den gruppen.

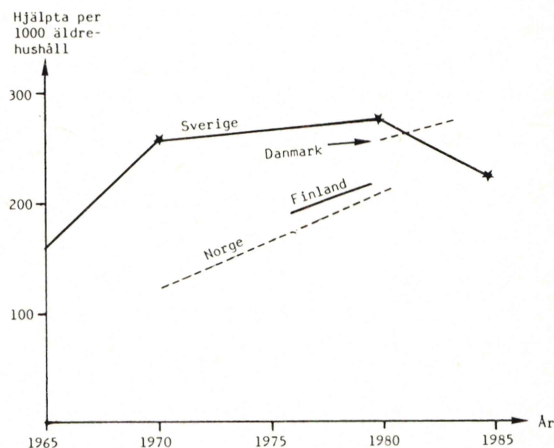
Vad vi vet är att antalet personer som använder

Inom hemtjänsten hävdar man ofta att klienterna blir allt "tyngre", bla därför att det blivit allt svårare att få en plats på institution.

hemhjälp inte längre ökar totalt sett, och både absolut och relativt minskat för personer i åldern 65–79 (12 % 1986) och varit i stort oförändrat för personer över 79 (44 % 1986) och under 65 år (6 % 1986) (SCB Statistiska meddelanden S 21 SM 8801).

I ett längre tidsperspektiv — 1965–1985 — ser bilden ännu mörkare ut. Utvecklingen styrker inte tanken att hjälp i hemmet "ersatt" institutionsvård (Sundström & Berg 1988), varken i Sverige eller grannländerna (Daatland & Sundström 1985). Om man räknar om svenska individuppgifter för hemtjänsten till hushållsuppgifter kan man jämföra utvecklingen med grannländerna, vilket jag gör i Figur 1 (uppgifter om antal äldre hushåll finns bara i folkräkningarna).

Figur 1. Hjälpta äldre hushåll per 1000 äldre hushåll (= hushåll med minst en person 65+) Norden 1965–85.

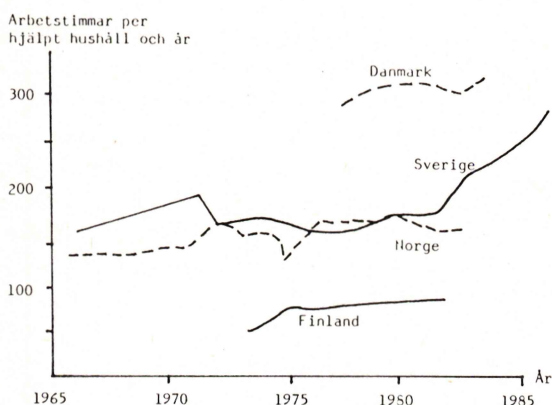


Här framgår att andelen äldre hushåll som får hemhjälp stagnerade under 1970-talet och sjönk efter 1980. Förklaringen är enkel. Antalet äldre hushåll ökar även om inte antalet äldre personer ökar, genom att antalet ensamboende stiger (samtidigt som antalet som får hjälp ligger stilla — ovan). Vi är nu tillbaka

vid det begynnande 1970-talets nivå och vår position relativt grannländerna försämrats.

Samtidigt med att färre får hjälp har antalet arbetstimmar inom hemtjänsten ökat mycket starkt (79 miljoner timmar 1986), motsvarande 56000 heltidsanställda vårdbiträden). Detta betyder bl a att varje klienthushåll i genomsnitt får allt fler hjälptimmar. Detta syns också i den officiella statistiken, som anger en ökning från 207 timmar/år och klient 1984 till 247 år 1986. På hushållsnivå motsvarar det en uppgång från 243 till 291 timmar under dessa år. Det illustreras i *Figur 2*, som visar att Sverige nu möjligen är i nivå med "konkurrenten" Danmark.

Figur 2. Hemhjälpintensitet i Norden 1965–1986: arbetstimmar i äldre hushåll per hjälpt hushåll och år.



Men, genomsnittstal som dessa ger en ofullständig bild av "genomsnittsklienten". Ur olika specialbearbetningar har man redan tidigare kunnat sluta sig till att de flesta klienter har färre timmar och att en liten grupp av klienterna förbrukar merparten av alla hjälptimmar (Daatland & Sundström 1985 för referenser). Detta kommer att bli bättre belyst under det närmaste åren, när SCB:s nya oktobermätningar redovisas (from 1987). Dessa omfattar nämligen också klienternas hjälpnivåer, efter ålder.

Här kan jag belysa detta med uppgifter för Jönköping, som visar att 10 % av vårdtagarna använder 43 % av hjälptimmar, och 24 % använder 66 % av hjälptimmar. Man kan också beräkna genomsnittligt antal hjälptimmar. Klienter 80 år och äldre får i genomsnitt hjälp 24 timmar per månad (6 tim/v),

men den sneda fördelningen betyder att de flesta får hjälp bara 3–4 timmar/vecka. Den genomsnittliga hjälpnivån svarar väl mot vad som är gängse i många svenska kommuner. Jag noterar vidare att de flesta som har hjälp kvällar och nätter (6 %) har detta stadigvarande snarare än som tillfälliga insatser. Det samma gäller de som har hjälp lör- och söndagar (7 %). Dessa senare uppgifter är dock inte möjliga att åldersfördela, men det är *få* som får hjälp utanför "kontorstid".

Man kan fortsätta de internationella jämförelserna med danska uppgifter som anger att 19 % av vårdtagarna använder 78 % av timmarna (65 % har högst 4 timmar/vecka) (Olsen & Gregersen 1988). I England visar en studie att 27 % använder 51 % av timmarna, dvs hemhjälpens sprids "tunnare" (Cheshire County Council 1984) än hos oss. I Danmark däremot tycks man koncentrera sig mer än vi på de mest behövande.

Frågor om hjälpolymer och prioriteringar tränger sig på inte bara inom den svenska hemtjänsten utan diskuteras tex i Norge. Där får en ännu större majoritet av vårdtagarna bara få hjälptimmar och i genomsnitt på lägre nivå. De allra äldsta får ca 3–4 timmar/vecka (Röö mfl 1983, Daatland & Sundström 1985, Brevik 1985, Rönning 1986). Även i England, där hemhjälpens sprids "tunnare", diskuteras detta (Dexter & Harbert 1983).

En annan fråga rör "genomströmningen" av vårdtagare, där SCB:s nya mätningar också blir till hjälp. Man återgår till att som tidigare (upphörde 1977) också göra veckomätningar. Jämförelser med årsdata ger en uppfattning om "omsättningen", som ofta torde ligga nära 30 %.

Generellt kan man konstatera att det lilla vi vet om hemtjänsten avser *tvärsnitt*. Kunskap om hur hjälpbehov och hemtjänst *förändras* saknas nästan helt (se dock Sundström & Samuelsson 1987). Det betyder också att ovanstående uppgifter inte utan vidare kan tas som ett mått på hur många äldre som *nås* av den öppna äldreomsorgen. Om man nämligen följer potentiella och faktiska vårdtagare över tid finner man att många fler *till slut* får hemtjänst än vad som anges av den vanliga sortens genomsnittsuppgifter (a a). Detta gäller givetvis de flesta mänskliga aktiviteter; inom äldreomsorgen är den närmast till hands liggande parallellen kanske att ca 25–30 % av pensionärer-

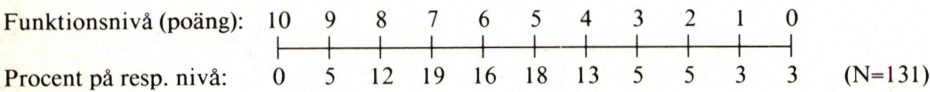
na till slut flyttar till institution, men att bara ca 6 % bor där i genomsnitt (ibid). Det är också många fler som till slut blir dementa än som antyds av genomsnittets 5 %! När man följer vårdtagare över tid finner man också att många får hjälpinsatsen höjd/förändrad (ibid). Allt detta visar vikten av att inte nöja sig med tvärsnittsuppgifter.

Hjälpbehov

I nästan allt omsorgsarbete klassificeras hjälptagarna efter olika kriterier. Det mest kända systemet är nog Katz' ADL-index, som presenterats som ett allmänt användbart "sorterings"instrument. (Brorson 1980, Åsberg 1987, Andersson m fl 1988). För hemtjänstklienterna i min studie är det dock oanvändbart eftersom det helt enkelt särskiljer för dåligt mellan vårdtagarna. De flesta hamnar på en och samma, höga funktionsnivå. Några av ingredienserna i det indexet har jag dock tagit med i en skala över tio vardagsbehov som också svarar mot gängse, väldefinierade hemtjänstinsatser. Följande aktiviteter ingår i detta funktionsindex:

- inköp av livsmedel mm
- matlagning
- veckostädning
- (stor)tvätt
- av- och påklädning
- personlig hygien
- gå utomhus
- använda telefon
- toalettbesök
- komma i/ur sängen

Förmågan att klara någon av dessa aktiviteter ("väl", "hjälpligt" eller "ej alls") ger vardera en poäng. Dessa summeras till ett index (0 till 10). Den procentuella fördelningen av de 131 personerna är som följer:



.....
De funktioner som vårdtagarna oftast behöver hjälp med är hemtjänstens traditionella arbetsuppgifter, dvs matinköp, matlagning, städning, tvätt.
.....

Ingen klarar alla funktioner, hälften klarar 6 eller fler funktioner. Mycket få har stora funktionsnedsättningar: 6 % klarar ingen eller bara en funktion.

Många av dessa aktiviteter förekommer redan i ärendblad/serviceplaner och är således funktioner som hemtjänstpersonalen i princip beaktar vid behovsbedömningar. Vårdtagarna förstod också meningen med våra frågor kring dem. Vi har undvikit "subjektiva" behov, som ändå belyses indirekt (nedan).

De funktioner som vårdtagarna oftast behöver hjälp med är hemtjänstens traditionella arbetsuppgifter, dvs matinköp, matlagning, städning, tvätt (se nedan). Ganska få behöver hjälp med intima göromål. Hälften klarar själva att ta sig utomhus, resten får hjälp av hemtjänst och anhöriga. Det är få som är förvirrade eller "oklara": 7 av 10 har av intervjuaren bedömts som psykiskt i mycket god form, 24 % ansågs vara "genomsnittliga" och 8 % (10 personer) "mindre bra" till den psykiska hälsan. De flesta av dessa anses av hemtjänsten vara "senila", och flera flyttade ganska snart till institution.

Genom undersökningens uppläggning kan man jämföra vårdtagarnas egen behovsbedömning med den som vårdbiträdet resp hemtjänstassistenten gjort rörande samma vårdtagare. Störst är samstämmigheten mellan klienten och hennes (hans) vårdbiträde. De är helt ense om funktionsnivån i 33 % av ärendena och i 75 % om man tillåter ett stegs skillnad. Motsvarande tal för hemtjänstassistenterna är 25 resp 57 %.

Tabell 1. Vårdtagare 80+ i Jönköpings kommun efter funktionsförmåga och hjälptilldelning.

Funktionspoäng	Hjälptimmar/vecka																									Timmar/vårdtagare ¹	Genomsnittligt timantal
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
9	4	2	1																							$\frac{11}{7} =$	1,6
8	2	10	1	1	2	—	—	1																		$\frac{47}{17} =$	2,8
7	1	9	4	4	4	2																				$\frac{79}{24} =$	3,3
6	3	6	2	4	2	2	—	1					1													$\frac{80}{21} =$	3,8
5	—	3	2	2	2	7	3	2	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—						$\frac{164}{25} =$	6,6
4	—	4	—	1	1	3	1	—	—	1	—	1	1	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	$\frac{181}{18} =$	10,0
3	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	1						$\frac{72}{7} =$	10,3
2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	1	$\frac{84}{5} =$	16,8
1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	$\frac{46}{3} =$	15,3
0	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1					$\frac{52}{4} =$	13,0
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		

Not: Uppgift saknas för en vårdtagare

Mellan dessa två personalnivåer inbördes var motsvarande tal 27 resp 67 %, dvs vårdbiträdet har "bäst" kunskap hur man än ser det. Avvikelsen är dessutom för henne i "positiv" riktning, för hemtjänstassistenten oftare mer pessimistisk. En del av förklaringen till diskrepanserna ligger i den stora omsättningen på hemtjänstassistenter, medan vårdbiträdena stannar längre och har "sina" vårdtagare under längre tid (nedan). Representanter för omsorgsapparaten har trots allt god kännedom om vårdtagarnas behov.

Om måttet på hjälpbehov är meningsfullt och om hemtjänsten tilldelar hjälp efter dessa kriterier bör man vänta sig ett samband mellan vårdtagarnas funktionsnivå och den timtilldelning de får. Det finns också ett sådant mönster, som framgår av *tabell 1*.

Det känns betryggande, eftersom det styrker tanken att hemtjänsten är ett "rationellt" system, dvs tilldelar hjälp efter lättbegripliga och enhetliga principer. Man kan notera, vilket redan antytts, att de flesta

bara behöver och får litet hjälp och det vanligen med städning (98 %), inköp (70 %) ovm tvätt (62 %). Med detta får de hjälp någon gång varje eller varannan vecka och de är i allmänhet nöjda med omfattningen och kvalitén på hjälpen (liksom de flesta övriga). Frågan är snarare om de mest behövande får tillräckligt med hjälp av hemtjänsten. De som inte har *någon* funktion i behåll, eller endast en eller två, får i genomsnitt bara 13–17 veckotimmar (mer än hälften dock med *daglig* hjälp av hemtjänsten). Den omsorgsnivån torde vara betydligt lägre än på ålderdomshem, där många med motsvarande funktionsförmåga vistas. Förklaringen till att dessa vårdtagare ändå finns i eget boende ligger ofta i hjälp från anhöriga — ibland är kvarboendet möjligt endast tack vare detta — eller i att de bor på servicehus. De senare räknas ju också officiellt till hemmaboende och till hemtjänstens vårdtagare och utgör drygt 10 % av populationen. Några som har hjälp betydligt över genomsnittet var

förvirrade, vilket vi avsiktligt inte låtit ingå i funktionsmättet (svårt att sammanväga), varav flera sedan flyttat till institution (ovan). I flera fall saknade de också anhöriga som kunde hjälpa dem vid sidan av hemtjänsten. Det kan i sammanhanget noteras att stigande hjälpbehov framkallade mer hjälp både från hemtjänsten och från anhöriga (om man hade "funktionella" sådana).

Jag har bara kunnat finna två andra studier som relaterat funktionsförmåga till timinsats från hemtjänsten, varav en dansk fann samma mönster som här (Olsen & Gregersen 1988). En tidigare engelsk undersökning, som använde ett ganska oformligt mått på "handikapp", kunde dock inte finna något sådant mönster pga alla "individuella fall" (Cheshire County Council 1980).

Frågan om hur man skall ge hjälp till dem som är åldersförvirrade, dementa mfl uppmärksammas — eller borde göra det — allt mer. I mitt material finns som nämnt 8 % med nedsatta själsförmögenheter i den här kategorin. De använder nära en fjärdedel av timresurserna (i genomsnitt på funtionsnivå 3 och med 14 timmar/vecka).

Detta ställer sig likväl billigare än en institutionsplacering som ändå blev ödet för flera av dem senare. Här finns en intervjuperson som är gravt dement och vistas hemma, i praktiken inlåst med 17 veckotimmars hjälp. Hon uppger sig dock vara nöjd. Intervjuarens bedömning var att situationen trots allt var rätt bra för vårdtagaren.

Vårdbiträderna har också fått ange hur många av deras ordinarie vårdtagare som enligt deras mening får för litet eller för mycket hjälp resp om någon får "fel sorts" hjälp. Av vårdbiträderna anser 60 % att alla deras vårdtagare får "lagom" hjälpinsats, 28 % anser att en eller flera av deras vårdtagare får för *litet* hjälp och 8 % har någon eller flera vårdtagare som får för *mycket* hjälp. Omräknat till vårdtagarnivå betyder

.....
När vårdbiträdet anger att någon får för lite hjälp påpekar man ofta att vårdtagaren skulle behöva komma ut mer resp "sitta och prata" mer.
.....

.....
I annonsering efter vårdbiträden talar man gärna om insatser som rör socialt stöd mm, medan den tunga hjälpen med vardagssysslor mm ofta tonas ner.
.....

detta att ca 11 % av klienterna anses få för *litet* hjälp och ca 3 % för *mycket* hjälp (i några fall kan vårdbiträdet inte precisera exakt antal). Dessa uppgifter rimmar ganska väl med att 20 % av vårdtagarna menar sig få för litet hjälp.

När vårdbiträdet anger att någon får för litet hjälp påpekar man ofta att vårdtagaren skulle behöva komma ut *mer* resp "sitta och prata" mer. I stort sett samma sak gäller de 4 % av *alla* ordinarie klienter som anses få "fel sorts" hjälp. Där menar vårdbiträderna ofta att man stödar för mycket på bekostnad av det "sociala" eller att man inte hinner komma ut så mycket. I några fall påpekar vårdbiträdet dock att vårdtagaren själv önskar det så här och inte *vill* ut mer, prata mer etc.

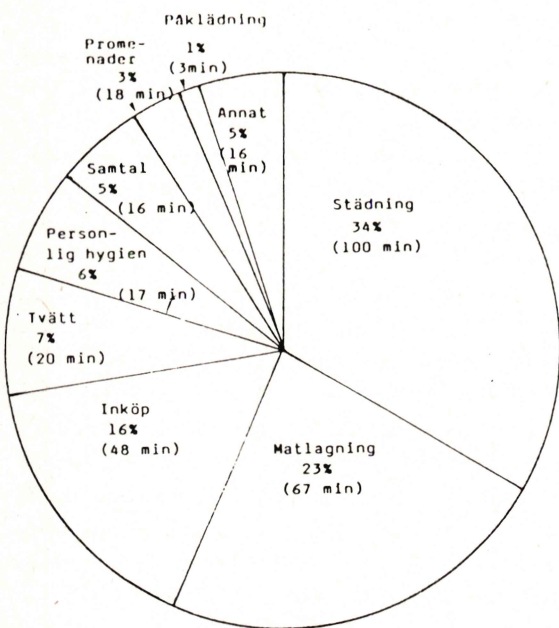
Man kan således konstatera att vårdbiträden och vårdtagare i allmänhet är överens om att timtilldelningen är "lagom". Men när de på ömse håll anser att hjälpen borde utökas tolkar man det helt olika: vårdtagarna önskar då mer av "samma sort", dvs mer tid till städning, inköp mm vilket även en annan studie fann (Hedenus mfl 1987), men vårdbiträderna skulle vilja satsa mer på aktivering och social samvaro. Detta ligger i linje med vårdbiträdernas professionella strävanden men svarar kanske mindre mot vårdtagarnas uttryckta behov (nedan).

En central fråga i hemtjänsten är vad man hjälper vårdtagarna med och vem som får hjälp med vad. Ett par tidigare undersökningar anger att huvuddelen av hjälptimmarna går till vanliga "grå" vardagssysslor (referenser i Daatland & Sundström) 1985). På sina håll tror man att hemtjänsten i ganska stor omfattning ägnar sig åt "aktivering" och andra liknande uppgifter eller att hemtjänsten *borde* mer ägna sig åt dessa göromål. Det är därför angeläget att undersöka vad vårdtagaren får och vill ha hjälp med. I annonsering efter vårdbiträden talar man gärna om insatser som rör socialt stöd mm, medan den tunga hjälpen med vardagssysslor mm ofta tonas ner. Nedanstående cir-

Med tilltagande skröplighet får vårdtagarna givetvis mer hjälp men även för de skröpligaste går 60 % av arbetstiden till matlagning, städning och inköp.

keldiagram — Figur 3 — belyser tidsinsatser för olika göromål för "genomsnittsvårdtagaren".

Figur 3. Genomsnittlig tidsåtgång för olika göromål hos äldre vårdtagare inom hemtjänsten.



Det första man får konstatera är att 73 % av hela hjälpvolymen går till städning, matlagning och inköp (34 %, 23 %, 16 %). Detta lämnar för genomsnittsklienten kvar bara ytterligare en dryg veckotimme för andra insatser. Dessa insatser är tvätt, personlig hygien, samtal, promenader (7, 6, 5 resp 3 %). På- och avklädnng tar 1 % av hjälpvolymen, "annat" tar sammanlagt ytterligare 5 % av den totala hjälptiden. Ca 10 % av hjälptimmarna används dock till mera "frigörande" insatser. Detta kan förefalla lågt. Men det innebär samtidigt att nära 200000 hjälptimmar enbart i Jönköpings kommun årligen går till det slaget av insatser. (Motsvarar drygt 100 heltidanställda

vårdbräden). Man kan värdera hjälpmönstren på olika sätt, det kvarstår dock att huvuddelen av all hjälp går till att täcka vanliga vardagsbehov.

Med tilltagande skröplighet får vårdtagarna givetvis mer hjälp men även för de skröpligaste går 60 % av arbetstiden till matlagning, städning och inköp (diagram som ej visas här). Var och en av dessa aktiviteter får mer tid, när vårdtagarna är skröpligare. För de allra skröpligaste är matlagningen den största enskilda insatsen, för de piggaste och rörligaste är matlagningen en underordnad post i hemtjänstens tidsbudget. Man kan notera att den totala tid som läggs på promenader stiger från fyra minuter för de kryaste till 32 minuter per vecka för de skröpligaste och för samtal från motsvarande 12 minuter till 28 minuter. Men även för de skröpligaste har hjälp med promenader och samtal mm underordnad betydelse. I den danska hemhjälpundersökningen var mönstren likartade (Olsen & Gregersen 1988). Det är också — nedan — få som formulerar att de vill ha (mer) hjälp och stöd med den typen av behov.

Hemsjukvård och dess samverkan med hemtjänsten och omvänt

Åtgärder som gränsar till eller är "ren" sjukvård gick inte att detaljspecificera i studien, men ingår i "annat". Totalt sett utför hemtjänsten här mycket litet av "sjukvård", även för de skröpligaste bland dess vårdtagare. Detta inkluderar sådan "sjukvård i hemmet" (hemsjukvård) som kan delegeras till den ordinarie hemtjänstpersonalen efter avtal mm Det är bara ett fåtal av vårdtagarna som över huvud taget är berörda — och då bara med mindre andel av den totala hjälpinsats man får. Även för de skröpligaste är icke-medicinsk omvårdnad och omsorg av störst betydelse (föga förvånande kanske; detta gäller ju även de äldre som vistas på ålderdomshem eller långvård).

Det saknas bra statistik om hemsjukvården, men det finns dock indikationer på att Sverige ligger efter Danmark och Finland på den här punkten: ca 5 % av svenska äldre mot ca 20 % i Danmark använder hemsjukvård. (Daatland & Sundström 1985, Statskontoret 1988). År 1977 låg dock andelen på 7 % i en dansk kommun, Holbaek, bland hemmaboende 80 och över (Almind 1979). För åldersgruppen 80 och över är

Uppebarligen ges hemsjukvård till många hemtjänstklienter utan att hemtjänstassistenten informeras om detta, eller uppfattar insatsen som "hemsjukvård".

uppgifterna ännu knappare. En studie i Tierp anger att 25 % haft ett eller flera hembesök av distriktssköterska under en niomånadersperiod (Thorslund & Wernberg 1986, Tab 18, egen beräkning). En undersökning i Göteborg fann att 7 % av hemtjänstens klienter (alla åldrar) också hade hemsjukvård (Göteborgs socialförvaltning 1985 a).

Någon exakt motsvarighet för Jönköpingsområdet kan inte ges, men en totalräkning *en viss dag* i april 1987, visade att 8 % av de som var 80 år och äldre fick hemsjukvård (specialbearbetning, Zätterqvist 1987). Av intervjupersonerna uppger drygt en tredjedel att de under en tremånadersperiod haft ett eller — oftare — flera besök av distriktssköterska eller annan personal i hemsjukvården. En fjärdedel hade haft mer än ett besök under perioden. Hemtjänstassistenterna kände till och hade kontakt med hemsjukvården i 7 av 34 fall med flera hembesök och tyckte att kontakten med hemsjukvården fungerade bra. Uppebarligen ges hemsjukvård till många hemtjänstklienter utan att hemtjänstassistenten informeras, på annat sätt skaffar sig kunskap om detta, eller uppfattar insatsen som "hemsjukvård". Kontakten mellan *vårdbiträderna* och hemsjukvårdspersonalen är tätare, och de allra flesta (83 %) anser att samarbetet fungerar bra. Även inom sjukvården, som jämförelse, är kontinuiteten långtifrån fullständig. En färsk avhandling anger att bara för 9 % av nyutskrivna gamla hade distriktssköterskan fått meddelande från sjukhuset och informationen var *medicinsk*, utan att tillgodose omvårdnadsaspekter (Lindencrona 1987).

En viktig fråga som redan berörts gäller överlappningen mellan primärvård och hemtjänst. En uppräknings utifrån våra data anger att 9 % av hela befolkningen 80+ har hemtjänst och hemsjukvård enligt ovanstående definition och under en tremånadersperiod. Detta antyder att omkring hälften av hemsjukvårdens patienter använder hemtjänst. Detta kan synas lågt, men kan tänkas bero på att en del av hem-

sjukvårdens patienter bara behöver enstaka och/eller tillfälliga sjukvårdsinsatser (omläggning av bensår, insulininjektioner mm), men inte i övrigt är så skröpliga att de får hemtjänst. Samtal med distriktssköterskor antyder att hemsjukvård i ökande omfattning ges som "terminalvård" till patienter som inte har hemtjänst. Dessa äldre har före sjukdomen klarat sig bra, kanske med hjälp av anhöriga, på egen hand. I samråd med anhöriga och hemsjukvården har man inte funnit anledning att koppla in hemtjänsten.

Något som styrker bilden av 50–50-förhållandet är uppgifter i landstingets aprilräkning (Zätterqvist aa) som visar att 49 % av hemsjukvårdspatienterna var gemensamma med hemtjänsten. Visserligen använde den inventeringen en vidare definition av hemsjukvård än vår studie. Den inkluderade hembesök av läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, närstående med hemtjänstuppgifter och delegerade uppgifter, förutom distriktssköterkornas besök. Majoriteten av alla hembesök gjordes dock av distrikts- eller undersköterska.

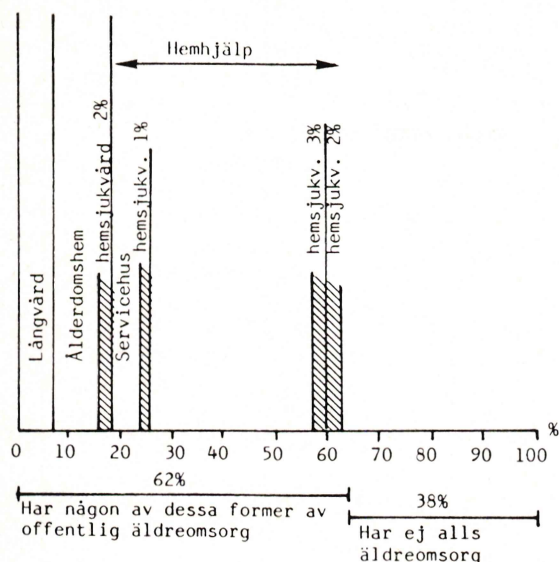
Landstingets endygnsinventering angav också att de flesta (7 av 10) av hemsjukvårdspatienterna hade en permanent insats, snarare än tillfällig hjälp. Detta rimmar med att de flesta av våra intervjupersoner som har hemsjukvård får upprepade besök (ovan). Tillsammans med uppgifter ur andra källor kan man sammanställa ett vårdpanorama i kommunen för de äldsta som också ger fakta om hemsjukvårdens klienter, *Figur 4*. Ett antal bor på ålderdomshem (numera skall personalen där inte tillhandahålla *medicinsk* hjälp) och på servicehus snarare än i eget, "vanligt" boende (ca 2, 1 resp 5 % av 80+ gruppen). Det är med andra ord oegentligt att uppfatta all hemsjukvård som vård i "hemmet", som man nog ofta gör.

Diskussion

Kunskapen om vårdtagarna och deras behov är ganska god och att de flesta får den hjälp de — såvitt jag förstår — behöver och i allmänhet är man ganska nöjd med den.

Studien ger också uppgifter om "apparaten", tex att kontinuiteten mellan vårdtagare och vårdbiträde är större än man skulle vänta sig utifrån debatten. Således har nästan hälften haft samma vårdbiträde ända från början. Genom att jag följt vårdtagarna

Figur 4. Vård- och omsorgspanoramat för 80+ gruppen i Jönköping, 1987.



Not: numera räknas sjukvårdsinsatser på ålderdomshem – liksom på servicehus – per definition till hemsjukvården. Av boende i ”vanliga” bostäder torde 3 % resp 2 % ha hemsjukvård och hemtjänst resp enbart hemsjukvård (en här obeaktad komplikation är att 28 % av hemsjukvårdsklienterna anges ha ”enstaka” eller ”tillfälliga” insatser).

Källa: uppräknings från Hemtjänstundersökningen, dvs föreliggande studie, specialbearbetning av Endygnsinventeringen (Zätterqvist 1988) och av Landstingsförbundets långvårdsinventering 1985 (antas gälla även 1987) samt kommunens statistikuppgift till SCB rörande ålderdomshemmen.

under 1,5 års tid kan man också säga något om rörligheten bland vårdtagarna och i ”apparaten”. De flesta av de förra (64 %) har oförändrad hjälpinsats, 20 % har försvunnit (varav 7 % flyttat till institution). Under perioden fick 24 % nytt vårdbiträde, men vanligen inte därför att detta slutat (det gjorde bara 3 %) utan pga byten. Bland hemtjänstassistenter har också en fjärdedel ”försvunnit”, vilket berör 19 % av vårdtagarna. På båda personalnivåerna beror rörligheten oftast på ”vikariatseländet” och på olika omorganisationer. Detta kan vara nyttigt att begrunda, i stället för att enögt stirra på att personal slutar och vad man skall göra åt det. De förra orsakerna skulle

man i princip kunna göra något åt genom förnuftigt schemaläggning och genom att undvika klåfingrighet med distriktsindelningar etc.

Med tanke på hur många vårdtagare varje hemtjänstassistent ansvarar för är det kanske snarast förvånande att de alls vet något om deras förhållanden. Detta förutsätter dock, som rapporten visar, att man har sin tjänst/sina ärenden under rimligt lång tid. I genomsnitt administrerar var och en av landets drygt 3000 hemtjänstassistenter 23 vårdbiträden och 86 äldre vårdtagare, som tillsammans får dela på 24000 hjälptimmar per år (mycket ojämnt fördelade – ovan). Varje hemtjänstassistent förvaltar på detta sätt 2 milj kronor av den offentliga sektorn (exklusive färdtjänst mm) årligen, vilket är mer än vad Institutet för gerontologi kostar.

Den bristfälliga kännedomen om ärendena är dock ett problem: hur skall man ställa sig till hemtjänstassistentens officiella roll som behovsbedömare, som de har vid sidan av sin uppgift som arbetsledare och administratör? Innebär dagens situation att hemtjänstassistenterna ofta ”hänger i luften”? Eller, är det kanske administration och arbetsledning/personalvård som är hemtjänstassistentens viktigaste uppgift, eller som överflyglar rollen som behovsbedömare? Vi tangerar här frågor som dryftats förr, och man kanske kan se införandet av grupper och gruppledare inom hemtjänsten som ett svar på dilemmat.

För vårdbiträdena kan yrkesrollen upplevas som ”diffus”, i kläm som de är mellan ”professionella” yrkeskrav och de förväntningar de själva förknippar med hemmiljön och krav som klienterna ställer på dem. Skickliga vårdbiträden visar här stor flexibilitet för att både bevara den egna integriteten och vårdtagarens värdighet (Thomas 1986, Hörl 1988).

En viktig del av människovärdet anser jag ligga i att man har det rent och snyggt omkring sig. Åtta av tio arbetstimmar går till rena hushållsgöromål och det är just detta som vårdtagarna är nöjda med att få hjälp med, och missnöjda med när det *inte* fungerar. Om man vill ha *mer* hjälp, från hemtjänsten så är det oftast med just dessa aspekter av livsföringen.

”Sociala insatser”, ”aktivering” och annat som betonas i annonsering och den professionella yrkesidentiteten är mindre efterfrågade av vårdtagarna, även om man uttrycker sin uppskattning även för detta

(fyra av tio pensionärer gör det). Ofta är det säkerligen så att detta ändå tillgodoses av det skickliga vårdbiträdet när man i möjligaste mån tillsammans med vårdtagaren utför vardagsgöromål. Få vårdtagare efterfrågar "ren" samvaro, "aktivering" mm. Här finns väl också dubbla budskap: man får ju hemhjälp därför att man inte klarar vardagsgöromål även om man officiellt skall kunna få det även för att råda bot på "ensamhet" mm.

I de nordiska länder vi har uppgifter för (Danmark, Norge, Sverige) samt i England dominerar hushållsarbete och omsorg av olika slag stort före vård i olika former, oavsett insatsens omfattning. När vårdtagarna blir mycket skröpliga och/eller förvirrade tycks det även i vårt material vara så att vårdtagaren ofta flyttar/s till institution.

REFERENSER

Fullständig referenslista kan fås från författaren. Framställningen bygger främst på följande egna arbeten:

Sundström, Gerdt, 1984: De gamla, deras anhöriga och hemtjänsten. Rapport i socialt arbete 22. Socialhögskolan, Stockholms universitet.

Daatland, Svein Olav & Sundström, Gerdt, 1985: Gammal i Norden. Boende, omsorg och service 1965–1982. Nordiska Ministerrådet, Stockholm.

Sundström, Gerdt & Berg, Stig, 1988: Vad har egentligen hänt inom äldreomsorgen? Har vård i hemmet ersatt institutionsvård? Rapport till Trygghetsrådet. Rapport nr 69, Institutet för gerontologi, Jönköping.

Sundström, Gerdt & Cronholm, Inger, 1988: Hemtjänsten: de äldsta vårdtagarna och omsorgsapparaten, Rapport 68. Institutet för gerontologi, Jönköping.

Källa Figur 1: Daatland & Sundström 1985 samt, för Sverige 1985, Folk- och bostadsräkningen 1985 (tabell B5, rådata) och SCB, S 21 SM 8801. Hemtjänststatistikens individuppgifter för Sverige omvandlade till hushåll med faktorn 0,85 (se Daatland & Sundström 1985).

FRÅGELEKEN

seniorspelet för alla

Vad i detta hus tycker jag bäst om?

Vad kan få mig att bli arg?

Beskriv ett djur utan ord!
De andra får gissa.

Vilket av följande skulle jag helst vilja ha?

- * En stor bukett rosor
- * En ny blus/skjorta
- * En puss av ett litet barn
- * Helkroppsmassage

Frågeleken är ett spel för psykisk aktivering av i första hand åldersdementa patienter. Det spelas av patienterna tillsammans med personalen och även anhöriga.

Frågeleken är ett roligt spel med mycket enkla regler. Till spelet hör 77 frågekort i sex olika färger efter de olika ämnena:

*Det här tycker jag om
Så här känner jag det
Det här skulle jag vilja
Mina minnen
Mina åsikter
Pantomim och gensvar*

Genom svaren på frågorna kan patienterna förmedla vad de själva tänker, tycker och vill och personalen lär sig mer om dem.

Frågeleken är ett spel för långvården, hemtjänsten, gruppboende och dagcenter t ex. En lek med frågekort kostar 65:— exklusive moms och porto och rekvideras från LIC Förlag, 171 83 Solna, telefon 08-757 60 00.

LIC FÖRLAG

