



Vem ska bestämma vad i hemtjänsten?

Ingrid Hjalmarson

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:2 ISSN 1401-5129

FÖRORD

Rapporten, Vem ska bestämma vad i hemtjänsten, handlar om olika aspekter av hur äldreomsorg förmedlas, om de äldres situation och behov av stöd och hjälp, och om hur samhället möter dem som är i behov av äldreomsorg. Den handlar också om hemtjänstens förutsättningar och hur den fungerar. Syftet med rapporten är att ta reda på om det är möjligt att möta personer med behov av äldreomsorg på ett annat sätt d.v.s. utan krav på biståndsbedömning.

Flera studier visar att äldre inte alltid uppskattar situationen att bli biståndsbedömda. Det kan ha flera orsaker som att biståndsbedömningen är svår att förstå, framförallt för kognitivt nedsatta och sköra äldre, att biståndshandläggarnas funktion inte är känd eller att de som ansöker om äldreomsorg inte känner sig bekväma i att bli biståndsbedömda. Det är en stor omställning för personer att gå från ett oberoende till ett beroende och att i det skedet behöva ta ställning till flera viktiga frågor som genererar ingrepp i vardagen.

Istället för att fokusera på biståndsbedömningen skulle kommunerna kunna rikta mer uppmärksamhet mot den hemtjänst som utförs och hur de äldre som får hemtjänst upplever den genom kontinuerlig uppföljning. Erfarenheter från flera kommuner visar att risken för överkonsumtion är liten eller försumbar även när hemtjänsten görs mer tillgänglig. I allmänhet föredrar de äldre att klara sig på egen hand så länge det är möjligt.

För att förmedling av hemtjänst utan myndighetsbeslut ska fungera väl bör den utgå från målgruppens behov och situation. De som har hemtjänst är dock ingen enhetlig grupp utan både ålder, levnadsförhållanden och hjälpbehov varierar. Detta till trots kan äldre ändå antas ha vissa gemensamma behov. En grundläggande utgångspunkt bör vara att äldre personer värderar att kunna leva så oberoende som möjligt, trots behov av hjälp, och att kunna ha inflytande över sitt liv. En annan utgångspunkt bör vara att de äldre själva vet vilken hjälp de behöver, att de själva kan bedöma sina behov och även kan avgöra när de behöver ha hjälp, och efter en tid även av vem.

Ämnet för den här rapporten är aktuellt. Åtgärder för att främja äldres hälsa, trygghet och självbestämmande är namnet på en ny statlig utredning vars direktiv precis blivit kända. "Sveriges demografiska utveckling med allt fler äldre, ökade krav och förväntningar på självbestämmande och valfrihet samt den tekniska och medicinska utvecklingen" är bakgrunden till att regeringen tillsatt utredningen. Den ska behandla tre huvudfrågor; hälsofrämjande insatser för äldre, ingen biståndsbedömning och innovationer.

Rapporten har författats av Ingrid Hjalmarson utredare vid Äldrecentrum. Docent Lennarth Johansson har varit ansvarig forskningsledare.

Stockholm januari 2014

Chatrin Engbo

Direktör Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| SAMMANFATTNING | 1 |
| INLEDNING | 3 |
| UPPDRAGET | 3 |
| SYFTE..... | 4 |
| METOD | 4 |
| <i>Avgränsning</i> | 4 |
| BAKGRUND | 5 |
| ÄLDREOMSORGENS MÅL OCH INRIKTNING | 5 |
| SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH LAGEN OM KOMMUNALA BEFOGENHETER | 6 |
| RESULTAT | 9 |
| DE ÄLDRE I ÄLDREOMSORGEN | 9 |
| <i>Vilka har äldreomsorg?</i> | 9 |
| <i>Hälsoutvecklingen bland äldre</i> | 9 |
| <i>Hur många har äldreomsorg?</i> | 10 |
| <i>Äldres upplevelser av att vara beroende av äldreomsorg</i> | 11 |
| <i>Att ansöka om hemtjänst</i> | 12 |
| FÖRÄNDRINGAR SOM PÅVERKAR ÄLDREOMSORGEN..... | 14 |
| <i>Ädelreformen 1992</i> | 14 |
| <i>Striktare behovsbedömning</i> | 15 |
| <i>New public management - marknadsinspirerade organisationer</i> | 16 |
| <i>Organisationen påverkar personalens förutsättningar</i> | 18 |
| <i>Kvalitetskrav och kvalitetsbrister</i> | 19 |
| <i>Servicejänster med skatteavdrag (Rutavdrag)</i> | 20 |
| HUR FÖRMEDLAS ÄLDREOMSORG? | 21 |
| BISTÅNDSHANDLÄGGARNAS YRKESROLL | 22 |
| <i>Myndighetsutövning</i> | 23 |
| <i>Råd och psykosocialt stöd</i> | 23 |
| <i>Konsumentupplysare</i> | 24 |
| <i>Administrativa arbetsuppgifter</i> | 24 |
| <i>Olika sätt att organisera arbetet</i> | 24 |
| SVÅRIGHETER I DEN NUVARANDE HANDLÄGGNINGSPROCESSEN | 25 |
| <i>Rättsäkerhet</i> | 25 |
| <i>Den formella handläggningen</i> | 26 |
| <i>Olika beslut för likartade behov</i> | 27 |
| <i>Tidsberäkning</i> | 27 |
| <i>Beställningen skickas till utföraren</i> | 28 |
| HÖG ARBETSBELASTNING GER ETT STANDARDISERAT ARBETSSÄTT | 28 |
| <i>Satsning på ökad rättsäkerhet myndighetsutövning</i> | 29 |
| ÄLDRES ERFARENHETER AV ÄLDREOMSORGEN | 29 |
| <i>Erfarenheter av biståndshandläggning</i> | 29 |
| <i>Äldres upplevelse av hemtjänsten</i> | 32 |
| HEMTJÄNSTENS PERSONAL | 33 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Hemtjänstpersonalens yrkesroll</i> | 33 |
| <i>Utbildning och kunskapskrav för hemtjänstpersonalen</i> | 33 |
| <i>Bra förhållanden för personalen i hemtjänst</i> | 35 |
| HEMTJÄNSTENS FÖRUTSÄTTNINGAR | 36 |
| <i>Vad händer när ett biståndsbeslut når hemtjänsten?</i> | 36 |
| <i>Tiderna och ersättningen styr</i> | 37 |
| UTVECKLING AV ÄLDREOMSORGEN | 40 |
| <i>Alternativa sätt att förmedla hemtjänst</i> | 40 |
| <i>Nya yrkesroller för biståndshandläggare</i> | 44 |
| <i>Hemtjänst som utvecklat sitt arbetssätt</i> | 46 |
| <i>Hemvårdsteam med integrerad hemsjukvård</i> | 48 |
| DISKUSSION | 51 |
| HEMTJÄNST MED FÖRÄNDRADE FÖRUTSÄTTNINGAR | 51 |
| KONSEKVENSER FÖR DE BERÖRDA PARTERNA | 51 |
| <i>...för de äldre</i> | 51 |
| <i>... för vård och omsorgspersonalen</i> | 52 |
| <i>... för biståndshandläggarna</i> | 53 |
| MYCKET ATT LÄRA AV DE REDOVISADE EXEMPLEN | 53 |
| BEHÖVS MYNDIGHETSBESLUT FÖR HEMTJÄNST? | 54 |
| HEMTJÄNST UTAN BISTÅNDSBEDÖMNING? | 54 |
| <i>Så här skulle det kunna fungera</i> | 55 |
| 1. <i>Kriterier och regler för hemtjänsten</i> | 55 |
| 2. <i>Personligt stöd och vägledning till de äldre</i> | 56 |
| 3. <i>Stöd till personer med kognitiv svikt och demenssjukdomar</i> | 56 |
| 4. <i>Uppföljning av hemtjänsten</i> | 57 |
| 5. <i>Förebyggande och uppsökande insatser</i> | 57 |
| NYA ROLLER FÖR BISTÅNDSHANDLÄGGARE OCH HEMTJÄNSTPERSONAL | 57 |
| <i>Äldrevägledare, äldreomsorgens ansikte utåt</i> | 57 |
| <i>Rimliga förutsättningar för hemtjänst</i> | 58 |
| REFERENSER | 60 |

SAMMANFATTNING

Utgångspunkten för denna rapport är hur hemtjänst förmedlas och det faktum att många äldre, biståndshandläggare och hemtjänstpersonal inte är nöjda med den nuvarande situationen och de konsekvenser som det medför.

De båda fackföreningarna Akademikerförbundet SSR och Kommunal har tillsammans med Pensionärernas Riksorganisation PRO gett Stiftelsen Äldrecentrum i uppdrag att beskriva hur det nuvarande sättet att förmedla äldreomsorg fungerar och tänkbara möjligheter att förändra det.

Ett syfte var att belysa hur biståndsbeslut angående hemtjänst påverkar insatsernas kvalitet och personalens arbetsförhållanden. Ett annat syfte var att identifiera behov och möjligheter att förändra det nuvarande sättet att förmedla hemtjänst. Studien är en kunskaps-sammanställning. Den grundas på en litteraturgenomgång och på ett tiotal intervjuer med forskare och med tjänstemän i några kommuner.

De lagar som styr äldreomsorgen har en hög målsättning både beträffande tjänsternas kvalitet och de äldres inflytande. I socialtjänstlagens förarbeten finns tanken att en stor del av tjänsterna som regleras i socialtjänstlagen ska vara generella och lättillgängliga för medborgarna. Trots det krävs biståndsbeslut för merparten av hemtjänst även om det pågår försök i många kommuner att göra det enklare för äldre att ansöka om hemtjänst.

I rapporten görs en genomgång av olika förhållanden i samhället som har förändrats sedan socialtjänstlagen trädde i kraft och som bedöms påverka hemtjänsten. En sådan förändring är kommunernas syn på sina invånare. Från att tidigare ha varit omhändertagande till att nu se dem som konsumenter av olika tjänster. De tidigare principerna om likabehandling har fått stå tillbaka för nya tankar som betonar vikten av att invånarna i högre utsträckning ska ha mer inflytande och kunna bestämma.

Äldreomsorgen innebär stora kostnader och de ekonomiska resurserna har inte följt med befolkningsutvecklingen. Kommunernas ekonomi är ofta pressad och det är vanligt att de har svårt att få pengarna att räcka till för alla åtaganden. Ett sätt att begränsa kostnaderna för äldreomsorgen är att vara mer restriktiv i biståndsbedömningen. Forskning visar att de lokala riktlinjerna för handläggning som styr prioriteringarna inom äldreomsorgen inte alltid är öppna. Ett annat sätt att försöka minska kostnaderna är att kommuner låter privata företag utföra hemtjänst i konkurrens.

Hemtjänst är den form av äldreomsorg som kommunerna prioriterar. Äldreboenden läggs ner och/eller förvandlas till trygghetsboenden. Därför bor fler äldre i sitt hem, trots stora vård- och omsorgsbehov. Andra förändringar som redovisas är den ökade livslängden, de äldres hälsotillstånd och ekonomi. Förändringarna har medfört att äldre klarar sig själva på egen hand högre upp i åldrarna. Att klara sig utan hjälp anser många är viktigt och att ansöka om hemtjänst är därför något

som de flesta försöker skjuta upp så länge som möjligt. Risken för överkonsumtion av hemtjänst är liten och det är snarare det motsatta förhållandet som utgör en risk.

Forskning visar att biståndshandläggare är mångfasetterat yrke. Problem i arbetsmiljön i form av hög arbetsbelastning är vanliga. Att uppfylla de formella kraven som myndighetsutövning medför, prioriteras ibland före behoven att ge de äldre personligt stöd. Besluten måste fattas med kort varsel och det är inte alltid de äldre vill ha hemtjänst. Förfarandet kan vara särskilt svårt att förstå för de som är sjuka eller har kognitiv nedsättning.

Studier visar att äldre önskar ett större inflytande över hemtjänsten. Att bli biståndsbedömd kan upplevas som att man måste utelämnas sig själv och sitt liv. Det finns även problem förknippade med att ta emot hjälp från hemtjänsten. Några försvarande faktorer ur de äldres perspektiv är låg personalkontinuitet, att hjälp utförs i högt tempo, att personal saknar utbildning eller inte har kunskaper om hur insatserna ska utföras.

Det är biståndsbesluten som styr hemtjänstpersonalens arbete. Hur de är utformade påverkar hemtjänstens förutsättningar. Det är inte ovanligt att det är svårt för hemtjänstpersonalen att hinna med arbetsuppgifterna inom de beviljade tidsramarna. Tidsbristen innebär också att tjänsterna inte alltid kan utföras på bästa sätt. Vanliga kvalitetsproblem är dålig kontinuitet och tjänster som utförs utan tillräcklig kompetens.

Rapporten avslutas med ett exempel på hur hemtjänst skulle kunna förmedlas utan biståndsprövning. Det är många kommuner som i större eller mindre skala bedriver utvecklingsarbete både för att göra hemtjänsten mer lättillgänglig och för att förbättra kvaliteten.

Exemplet innebär att de som uppfyller vissa kriterier exempelvis en viss ålder och/eller någon funktionsnedsättning har rätt att få hemtjänst utan biståndsprövning enligt socialtjänstlagen, men kommunen fastställer vilka regler som ska gälla för de olika insatserna. Istället för behovsprövning läggs en större vikt vid att hemtjänstinsatserna kontinuerligt följs upp. Biståndshandläggare föreslås arbeta som äldrevägledare och ha fokus på att ge äldre kontinuerligt stöd, att se till att hjälpen de får är tillräcklig och uppfyller kvalitetskraven. De äldre ska kontinuerligt kunna vända sig till en äldrevägledare när de är i behov av stöd och hjälp. Modellen ställer också höga krav på kommunernas uppsökande verksamhet och på att det finns lättillgänglig information om äldreomsorgen. Det är också angeläget att villkoren för hemtjänsten blir rimliga. Att verksamheten organiseras så att det går att arbeta professionellt och utifrån den kunskap som finns.

INLEDNING

Uppdraget

Fackförbunden Akademikerförbundet SSR och Kommunal har genomfört ett samarbete med fokus på hur biståndsbeslut om hemtjänst påverkar vård- och omsorgspersonalens arbetsförhållanden och de äldres hjälpinsatser. En målsättning är att samarbetet ska öka kunskapen och förståelsen för varandras arbete och att bidra till att äldreomsorgen utvecklas.

De båda fackföreningarna har tillsammans med Pensionärernas riksorganisation PRO vänt sig till Stiftelsen Äldrecentrum för att i en studie med stöd av forskning inom området beskriva hur det nuvarande sättet att förmedla äldreomsorg fungerar och tänkbara möjligheter att förändra det.

Äldre kan i hög utsträckning leva ett oberoende liv högt upp i åldrarna och klara sig på egen hand. Förändringar som har bidragit till att förändra de äldres förhållanden är att:

- Pensionärer har fått bättre ekonomi, tillgång till moderna bostäder och ny teknologi. Det är dock en stor grupp, främst kvinnor, som har låga pensioner. Ett förhållande som förväntas kvarstå under många år framåt.
- Utbyggd samhällsservice i form av färdtjänst, utbyggd och mer tillgänglig kollektivtrafik med mera som underlättar för äldre.
- Utbyggd hälso- och sjukvård tillgänglig för alla.
- Framsteg inom medicin som gett nya möjligheter att behandla olika sjukdomar.

Att ta hand om äldre i behov av vård och omsorg är ett av samhällets mest centrala ansvarsområden. Från att tidigare i hög utsträckning ha legat på familjerna har det juridiska ansvaret för vården och omsorgen om de äldre, sedan mitten av 1900-talet förts över till samhället och i första hand blivit en angelägenhet för kommunerna. De lagar som tidigare reglerade de äldres rättigheter var fattigvårdsstadgan och socialhjälpslagen. Den äldreomsorg som erbjöds var då liksom nu individuellt behovsprövad. Trots det ändrade juridiska ansvaret utför i praktiken ändå anhängiga merparten av stödet till äldre (Szebehely 2011) Andelen äldre som är beroende av sina anhöriga förväntas att öka i framtiden.

Kommunerna har sedan 1990-talet som en följd av minskade resurser och allt fler äldre att ansvara för, haft en restriktiv tilldelning av hjälpinsatser i äldreomsorgen. För hemtjänst har tiderna att utföra de beviljade insatserna successivt minskats. Det innebär svårigheter för personalen att klara av sina uppdrag inom de givna tidsramarna. De korta hjälptiderna riskerar därför att ge upphov till brister i hemtjänstens kvalitet, vilket leder till missnöje. Ytterligare en konsekvens av de korta hjälptiderna är att det kan uppstå en motsättning mellan biståndshand-

läggarna som beslutar om hemtjänstinsatserna och hemtjänstens personal som ska utföra dem.

Den här rapporten handlar om olika aspekter av hur äldreomsorgen förmedlas, om de äldres situation och behov av stöd och hjälp, om hur samhället möter dem som är i behov av äldreomsorg. Den handlar också om hemtjänstens förutsättningar och hur den fungerar och utmynnar i en diskussion om det är möjligt att möta personer med behov av äldreomsorg på ett annat sätt.

Syfte

Syfte med denna studie är att utifrån aktuell forskning och utredning beskriva hur det nuvarande sättet att förmedla hemtjänst till personer 65 år eller äldre, genom biståndsprövning enligt socialtjänstlagen fungerar. Studien utgår från de äldres, vård- och omsorgspersonalens och biståndshandläggarnas perspektiv.

Syftet är också att beskriva de förändringar som skett i samhället sedan socialtjänstlagen infördes och som har bidragit till att förändra både biståndshandläggarnas och hemtjänstens förutsättningar.

Ytterligare ett syfte är att om möjligt identifiera behov och möjligheter att utveckla biståndsprövningen genom att identifiera exempel på andra sätt att förmedla äldreomsorg och vilka konsekvenser dessa kan få för de äldre för vård- och omsorgspersonalens och för biståndshandläggarna

Metod

Studien bygger i första hand på en litteraturgenomgång av forskning och utredning inom ämnesområdet. En källa har varit olika studier som gjorts av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum och de erfarenheter av förhållanden inom äldreomsorgen som finns dokumenterade i olika rapporter. Det har inte varit möjligt att inom projektets ram göra en fullständig genomgång av all forskning och utredning inom ämnesområdet. I första hand har studier som publicerats under den senaste 10-årsperioden valts, men även äldre studier finns med i de fall de har bedömts fortfarande vara aktuella.

Utöver litteraturgenomgången ingår ett tiotal kompletterande intervjuer med forskare, utredare och tjänstemän.

Studiebesök har gjorts i tre kommuner med erfarenheter av olika modeller och organisationsformer.

Avgränsning

Studien har fokus på hemtjänsten. Anledningen är främst att det är insatserna i hemtjänsten som i de flesta kommuner direkt styrs av biståndsbesluten.

BAKGRUND

Äldreomsorgens mål och inriktning

Det svenska välfärdssystemet består främst av universella system¹, men det finns även förmåner som är behovsprövade. Orsaken till att äldreomsorg främst fördelas genom behovsprövning och inte är en del av den generella välfärden finns troligen att söka i utvecklingen av äldreomsorgen under det tidiga 1900-talet. De äldre som inte längre kunde försörja sig själva eller som inte blev omhändertagna av sin familj var hänvisade till fattigvården. (Trydegård 1994, Edelbalk 2013).

De övergripande målen för den svenska äldreomsorgen anger en hög ambitionsnivå. De äldre ska erbjudas en trygg tillvaro med möjlighet att få service och vård för att kompensera för funktionsnedsättningar. De styrande principerna för dagens äldreomsorg finns främst i förarbetena till socialtjänstlagen (Prop 1979/80:1), i Ädelreformen 1992 (Prop 1987/88:176) samt i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken från 1997 (SoU 1997/98: 24).

Sedan 1982 reglerar socialtjänstlagen samhällets ansvar för medborgarnas ekonomiska och sociala trygghet, där äldreomsorgen ingår. Syftet med lagen var att reformera den svenska socialtjänsten. Lagen har omarbetats vid några tillfällen, senast 2002 (SFS 2001:453).

Målet för äldreomsorgen är enligt socialtjänstlagens förarbeten (prop 1979/80:1) att, *”göra det möjligt för äldre att leva kvar i sina hem under goda förhållanden istället för att i förtid nödgas bo under mer institutionella former”*.

Tanken, att äldre i första hand ska kunna bo kvar i sina egna hem, har funnits sedan 1950-talet och uppkom i samband med att de dåliga förhållandena som då rådde i ålderdomshemmen uppmärksammades i media.

I propositionen (a.a) betonades att servicen till de äldre ska vara lättåtkomlig under hela dygnet för att de ska kunna känna sig trygga. Andra mål för att underlätta kvarboende var att:

- Ge äldre möjlighet till aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra och
- Bryta äldres isolering och underlätta kontakter med andra samt aktiviteter).

Detta skulle genomföras bland annat med hjälp av hemtjänst och dagcentraler.

Äldres rätt att bestämma över sitt liv framhölls även i propositionen 1987/88:17, som låg till grund för *Ädelreformen 1992*². Där framhölls att äldres rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och valfrihet skulle vara viktiga principer för

¹ Universella välfärdssystem omfattar alla i befolkningen.

² Ädelreformen se sidan 13.

den framtida äldreomsorgen. *”Det är den enskildes vilja och önskemål som ska styra socialtjänstens verksamhet och handlande, inte det omvända att äldres behov ska anpassas efter myndighetens utbud”.*

Ett annat viktigt styrdokument är den *nationella handlingsplanen* för äldreomsorgen, som riksdagen fattade beslut om 1997. Där anger regeringen tre huvudprinciper för äldrepolitiken. Äldreomsorgen ska vara,

- demokratiskt styrd genom folkvalda församlingar
- solidariskt finansierad genom skattemedel
- tillgänglig efter behov, inte efter köpkraft.

Målen som regeringen föreslog för den framtida äldrepolitiken var att äldre skall kunna

- åldras i trygghet och med bibehållet oberoende
- leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag
- bemötas med respekt samt
- ha tillgång till god vård och omsorg (sid 59)

(Prop. 1997/98:113)

Dessa tre lagar har under 2000-talet kompletterats med nya regler i socialtjänstlagen som gäller kvalitet (2009), valfrihet (2009), anhörigstöd (2009) och värdegrund inom äldreomsorgen (2010).

Socialtjänstlagen och lagen om kommunala befogenheter

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag. Det innebär att lagen anger målen för verksamheten – vad som skall åstadkommas. Kommunerna har sedan stor frihet att inom lagens ramar, utforma socialtjänsten med utgångspunkt från de lokala förutsättningarna. Strukturella skillnader mellan kommunerna kan enligt förarbetena (prop 1979/80:1) motivera att det finns olikheter i socialtjänstens uppbyggnad och verksamhet. Lagen anger inte vilka stödinsatser invånarna skulle kunna ansöka om. Tanken var att överklagade domar skulle utveckla en praxis.

En viktig princip i socialtjänstlagen är att invånarna ska mötas av *”en helhetssyn på individen och dennes behov samt med tilltro till individernas förmåga att påverka sin situation”.*

I socialtjänstlagen tilldelas kommunernas ansvar för socialtjänsten i tre nivåer:

- Strukturella åtgärder som ska vara inriktade mot förhållanden i samhället, till exempel samhällsplanering.
- Generella åtgärder insatser riktade mot breda grupper, att vid en viss ålder ha rätt till trygghetslarm, städning eller fönsterputs.
- Individuella åtgärder för enskilda personer.

Tanken var att kommunerna i första hand skulle utveckla strukturella och generella insatser för att skapa så goda livsbetingelser för invånarna för att så få som möjligt skulle behöva de individinriktade insatserna. Målsättningen med generella insatser var att de skulle vara förebyggande och nå ut till olika grupper, däribland äldre.

I propositionen (1979/80:113) framhöll den dåvarande socialministern exempelvis betydelsen av socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen och såg den förändringen som ett tydligt uppbrott från den tidigare symptom- och individinriktade lagstiftningen.

De personer vars hjälpbehov inte kunde tillgodoses inom ramarna för det generella utbudet skulle få dem individuellt prövade. Reglerna för socialtjänstens individuella insatser finns i socialtjänstlagen, fjärde kapitlet. Reglerna för generella insatser finns numera i lagen om kommunala befogenheter (LKB, SFS 2009:47) Som framgår av tabell 1, skiljer sig reglerna åt i olika avseenden.

Tabell 1. Individuell kontra generell fördelning av hjälp.

| | Individuell | Generell |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lagstöd | 4 kap 1§ Socialtjänstlagen (SoL) | Lagen om kommunala befogenheter (LKB) |
| Målgrupp | Enskilda individer | Grupper |
| Insats | Individanpassat och ej förutbestämt | Förutbestämt |
| Prövning | Ja- Individuell prövning utifrån biståndsparagrafens kriterier-behovsstöd | Nej- Ingen prövning. Generella kriterier som grund för stödet ex ålder eller situation- utbudsstyrd |
| Beslutsfattare | Biståndshandläggare | Kommunpolitiker |
| Rättighet | En utkrävbar rättighet | Ingen utkrävbar rättighet |
| Rättsäkerhet | Beslut kan överklagas | Inget beslut och ingen möjlighet att överklaga |

Källa: Lindelöf och Rönnbäck 2004

Vid individuell fördelning av äldreomsorg är behovet utgångspunkten och vid generell fördelning är det utbudet. (Rönnbäck 2005).

Individuella insatser

För att få hjälp (bistånd) krävs att de sökande har ett behov som inte kan tillgodoses på annat sätt. Biståndet ska tillförsäkra den sökande en skälig levnadsnivå³. Reglerna för prövningen ska vara oberoende av vad ansökan avser (ekonomiskt

³ Det finns inte angivet i lagen vad som avses med skälig levnadsnivå. Melin (2004) använder sig av följande definition: *En levnadsstandard som omfattar både vissa grundläggande behov och viss minimikvalitet.* Kommunerna har en betydande frihet att utifrån lokala förutsättningar utforma biståndet och att fastställa vilken nivå som kan anses vara skälig levnadsnivå.

stöd, äldreomsorg eller andra insatser). Handläggningen av ansökningarna är en form av myndighetsutövning och ska följa förvaltningslagens regler (SFS 1986:233), som ställer höga krav på rättsäkerhet. En utredning om bistånd ska innehålla tre moment; ansökan, utredning och beslut. Den sökande har rätt till insyn och delaktighet i handläggningen och besluten går att överklaga.⁴ Även sekretesslagens regler ska tillämpas (SFS 2009:400).

De biståndsbedömda tjänster som äldreomsorgen oftast erbjuder är trygghetslarm, dagverksamhet, hemtjänst, olika former av särskilda boenden för äldre, samt avlastning, avlösning och annat stöd till anhöriga.

Den hjälp som hemtjänsten erbjuder kan delas in i service och personlig omvårdnad. Se tabell 2.

Tabell 2. Insatser från hemtjänsten fördelade på service respektive personlig omvårdnad.

| Service | Personlig omvårdnad |
|----------------------|-------------------------|
| Städning, | Tillsyn |
| Inköp, | Promenader |
| Tvätt | På och avklädning |
| Post och bankärenden | Tillredning av måltider |
| Trygghetslarm | Dusch |
| Matdistribution | Toalettbesök |
| | Avlösning |
| | Ledsagning |

Generella insatser

Generella insatser ges utan individuell behovsprövning och grundar sig på lokala beslut i kommunerna (se tabell 1). Den gäller personer som har fyllt 67 år. Servicetjänsterna ska vara avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och får inte omfatta personlig omvårdnad. Dessa tjänster räknas heller inte som socialtjänst. Bestämmelsen kom till 2006 och fanns från början i socialtjänstlagen, men finns numera i lagen om kommunala befogenheter (LKB). Många kommuner har med stöd av befogenhetslagen en så kallad "fixarfunktion" som innebär att äldre personer kan få hjälp av kommunen med att byta glödlampor sätta upp gardiner och liknande sysslor. Det finns också kommuner som med stöd av lagen erbjuder äldre anhörigstöd, trygghetslarm eller möjlighet att köpa olika service-tjänster till kommunens självkostnadspris.

⁴ Det som går att överklaga i ett biståndsbeslut är tjänsten som beviljats, men inte den tid som hemtjänsten får för att utföra den.

RESULTAT

De äldre i äldreomsorgen

Vilka har äldreomsorg?

De flesta som behöver äldreomsorg är i hög ålder och har ofta behov av relativt omfattande vård- och omsorgsinsatser redan när de ansöker första gången. Förutom fysiska funktionsnedsättningar har många kognitiv svikt eller någon demenssjukdom (Lagergren 2013). En stor andel av dem som har äldreomsorg ingår i kategorin de mest sjuka äldre. 2011 var det cirka 305 000 personer som uppfyllde Socialstyrelsens kriterier⁵ för att tillhöra den gruppen (Socialstyrelsen 2011).

Hälsoutvecklingen bland äldre

Som en följd av förbättrade levnadsförhållanden och livsvillkor, den ekonomiska utvecklingen och den förbättrade hälso- och sjukvården har livslängden i Sverige ökat under en lång följd av år.

Medellivslängden har kontinuerligt stigit. Under 1900-talet ökade livslängden med 30 år. 2012 var medellivslängden för kvinnor enligt SCB knappt 84 år och för män drygt 80 år. Faktorer som påverkar livslängden är utbildning och inkomst. Under senare år har medellivslängden för män ökat mer än för kvinnor. Livslängden för kvinnor med låg utbildning har inte ökat (Thorslund 2102, 2013).

Denna utveckling har lett till att Sverige har en av världens äldsta befolkningar sett till andelen personer 80 år eller äldre. 2012 var 5,3 procent av befolkningen (497 000 personer) 80 år eller äldre. Andelen förväntas öka till 7,8 procent 2030 eller 784 000 personer.

Den engelske historikern Laslett (1981) delade in människans liv i fyra åldrar. Den tredje och fjärde åldern gäller den senare delen av livet. Den tredje åldern är perioden från pensioneringen fram till att en person inte längre kan leva oberoende av stöd och hjälp från andra. Enligt den här indelningen är det många som lever länge i den tredje åldern. Men det är ett förhållandevis nytt fenomen. Före 1950-talet var det relativt få som hann leva så pass länge att de hann med några år som pensionär i den tredje åldern. Många dog innan de blev pensionärer och en del var så pass dåliga att de direkt gick in i den så kallade fjärde åldern.

Den ”fjärde åldern” står för den sista perioden i livet. En period som präglas av sjuklighet, nedsatt fysisk och mental förmåga och av vi inte klarar oss själva utan är beroende av hjälp från andra. Trots att det är stora individuella variationer när

⁵ Regeringen har under de senaste åren initierat olika projekt för att utveckla vården och omsorgen för kategorin de mest sjuka äldre. En hög andel av de som har äldreomsorg ingår i den kategorin. Den vidaste avgränsningen innefattar samtliga personer med omfattande sjukvård *eller* omfattande omsorg. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård.

det gäller hur länge en person befinner sig i de olika livsfaserna är det idag få som inte hamnar i den fjärde åldern. I Sverige dör de flesta efter en längre tids sjukdom och skröplighet, medan endast en liten andel (allt ovanligare) av dem som nått högre upp i åldrarna, dör hastigt.

En central fråga inom forskningen är om de allra äldsta blivit friskare eller sjukare i takt med att medellivslängden ökat. De sammanställningar som gjorts av forskningen på området visar motstridiga resultat, till stor del beroende på vilken tidsperiod och vilka åldersgrupper som studerats samt vilka hälsoindikatorer som använts. En studie (Fors et al 2013) som bygger på data om hälsoutvecklingen bland de allra äldsta (77 år och äldre) i Sverige under perioden 1992–2011 för en rad hälsoindikatorer visade:

- Få tecken på hälsoförbättringar bland de allra äldsta i Sverige under perioden 1992 till 2011.
- Problem med värk, psykiska besvär och nedsatt mobilitet har ökat och lungfunktionen försämrats mellan 1992 och 2011.
- Självskattad hälsa och fysisk funktionsförmåga oförändrad.
- Trots det har andelen med ADL-problem minskat (särskilt efter 2002).

Sammantaget visade resultaten, med undantag för ADL-förmågan, inga tecken på hälsoförbättringar bland de allra äldsta i Sverige under perioden 1992 till 2011. De äldre har blivit sjukare, men klarar sig bättre själva.

Hur många har äldreomsorg?

År 2012 hade 261 400 personer kommunal äldreomsorg (se tabell 3). Det motsvarar 17 procent av gruppen 65 år eller äldre. Av dem bodde 163 600 i ordinärt boende och 86 700 i särskilt boende.

Tabell 3. Antalet personer som var beviljade särskilt boende, korttidsvård eller hemtjänst enl. 4 kap 1 § SoL, den 1 oktober 2007-2012. Vissa personer kan samtidigt vara beviljade flera av dessa insatser.

| Individstatistik | | | | |
|------------------|-----------------|--------------|-----------|---------|
| ÅR | Särskilt boende | Korttidsvård | Hemtjänst | Antal |
| 2007 | 95 200 | 11 000 | 153 700 | 259 900 |
| 2008 | 95 600 | 14 700 | 156 200 | 266 500 |
| 2009 | | | | |
| 2010 | 90 900 | 12 100 | 158 700 | 261 700 |
| 2011 | 89 800 | 11 300 | 162 300 | 263 400 |
| 2012 | 86 700 | 11 100 | 163 600 | 261 400 |

Källa Socialstyrelsen Äldre vård och omsorg (2007- 2012) Sveriges officiella statistik. Socialtjänst

Antal personer som bor i särskilt boende har minskat de senaste åren. Det innebär att det har blivit vanligare att äldre bor kvar i sina ordinarie bostäder även

med omfattande behov av vård och omsorg. Under samma period har antalet personer som har hemtjänst ökat. Som en följd av att antalet äldre ökar har däremot andelen som har hemtjänst (ca 8,5 procent) i stort sett varit oförändrad sedan 2007.

Hemtjänsten från service till sjukvård

En konsekvens av att äldre i allt högre utsträckning får vård och omsorg i hemmet är att hemtjänstens uppdrag blir alltmer kvalificerade. När hemtjänsten introducerades på 1950- och 60-talen låg fokus på hemmets skötsel. Redan år 2000 konstaterade Szebehely att hjälpinsatserna hade förändrats i riktning mot en mer sjukvårdsinriktad verksamhet med knappare hjälptider och mindre handlingsfrihet för både vårdbiträden och hjälpmottagare.

Av nedanstående tabell framgår att antalet äldre som har hemtjänst i mindre omfattning (1-9 timmar/månad) minskar. Det brukar oftast vara serviceinsatser, städning, tvätt och inköp. Samtidigt ökar antalet med mer omfattande hemtjänstinsatser som utöver hjälp med service också brukar omfatta olika vård- och omsorgsinsatser.

Tabell 4. Antal personer och andel (procent) av befolkningen 65 år och äldre med hemtjänst, inom intervallen 1-9, 10-25 och 25 eller fler hemtjänsttimmar per månad i oktober 2012.

| Antal timmar | | 2007 | 2008 | 2010 | 2011 | 2012 | Skillnad i |
|--------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|
| | | | | | | | antal |
| | | | | | | | 2007-2012 |
| 1-9** | Antal | 53 500 | 53 800 | 52 000 | 52 000 | 51 400 | -2 100 |
| | Andel | 3,3 | 3,3 | 3,0 | 2,9 | 2,9 | |
| 10-25 | Antal | 30 300 | 30 400 | 32 800 | 31 300 | 31 700 | +1 400 |
| | Andel | 1,9 | 1,8 | 1,9 | 1,8 | 1,8 | |
| 25- | Antal | 52 400 | 51 500 | 59 300 | 59 100 | 60 800 | +8 400 |
| | Andel | 3,3 | 3,1 | 3,4 | 3,3 | 3,4 | |
| Totalt | | 136 200 | 135 700 | 144 100 | 142 400 | 143 900 | + 7 700 |

Källa Socialstyrelsen 2013

Av dem som har mest hemtjänst, 25 timmar eller mer per månad, ökar andelen som är 80 år eller äldre. Personer som tidigare beviljades plats i särskilt boende, bor nu kvar i sina ordinarie bostäder och får sin vård och omsorg av hemtjänsten.

Äldres upplevelser av att vara beroende av äldreomsorg

Flera studier uppmärksammar övergången till den fjärde åldern som innebär att en person förlorar sitt oberoende och behöver hjälp av andra för att klara sin vardag. Enligt Börjesson (2008) innebär att bli gammal ”att förlora andra människor, make eller maka, syskon – föräldrarna är sedan länge döda – nära vänner, tidigare arbetskamrater. Det mänskliga samspel som gav livet mening och spänning trasas sönder obarmhärtigt. Den mycket gamla människan är en existentiellt övergiven människa”.

Ågren (1995) beskrev hur det påverkar självkänslan att vara beroende av hjälp för att klara de dagliga sysslorna. De som hon intervjuade var tacksamma för hjäl-

pen, men många var bedrövade över att de inte längre klarade sig själva utan var beroende av andra. En stor del av dagen upptogs av de mest basala sysslorna som hygien, påklädning och hushållsarbete. Hon fann att de som hade blivit beroende av hjälp successivt lättare kunde acceptera förändringarna än de som hade drabbats plötsligt.

Även Olby (1997) studerade äldres upplevelse av att vara beroende. I undersökningen som gjordes i olika äldreboenden kunde hon se att de äldres anspråksnivå var kopplad till hjälpbehovens storlek. Ju mer hjälp de intervjuade behövde – desto lägre var deras anspråk. Upplevelsen av att personalen hade bråttom tycktes bidra till att hjälptagarnas anspråksnivå minskade och även att självbilden påverkades negativt. Ett förhållande som Olby menade kan förklara att äldre uttrycker tacksamhet över att över huvud taget få hjälp istället för frustration. Omsorg i högt tempo minskade de äldres möjligheter att bli personligt bekräftade.

Att ansöka om hemtjänst

Att ansöka om hemtjänst är inte något som de flesta äldre ser fram emot utan något de gör först när de verkligen behöver hjälp för att klara sin vardag. Det är vanligt att det inte är de äldre själva som anser att de har behov av hjälp utan istället anhöriga, personal inom primärvården eller slutenvården som gör det. I en studie som Äldrecentrum genomförde (Hjalmarsen & Norman 2004) hade bara en tredjedel av de intervjuade själva tagit initiativet att ansöka om hemtjänst. Studien visade att de flesta äldre kände till vilka tjänster som fanns inom äldreomsorgen, men inte hur man fick tillgång till dem.

Knappt hälften hade första gången fått hemtjänst efter en sjukhusvistelse. Flera hade haft en stroke eller råkat ut för fallolyckor. Att ordna hemtjänst hade i många fall varit brådskande, eftersom de inte hade kunnat komma hem utan att ha hjälp ordnad.

Äldreomsorgens debutanter

Lagergren (2013) har med hjälp av data från SNAC Kungsholmen⁶ studerat vad som kännetecknar dem som ansöker om äldreomsorg första gången. Syftet var att beskriva övergången till den fjärde åldern i termer av varaktig funktionsnedsättning, stöd och hjälp från anhöriga och insatser från äldreomsorgen. I urvalet ingick 1538 personer som för första gången fick äldreomsorg eller långvarig hemsjukvård. Studien visar att genomsnittsåldern för inträdet i äldreomsorgen var 84 år. De flesta var kvinnor (74 procent). 80 procent var ensamboende och andelen ensamboende ökade sedan efter hand.

De flesta, 70 procent, ville vid det första ansökningstillfället ha hemtjänst. 22 procent ansökte om plats i vård- och omsorgsboende och sju procent om boende i ser-

⁶ SNAC Kungsholmen, är en del av den nationella longitudinella studien SNAC. Den startade 2001 och följer individer över tiden avseenden ohälsa, funktionsnedsättning, omsorgsbehov och insatser samt registrera de individuella förlopp som sammantagna ger upphov till förändringarna på systemnivå.

vicehus⁷. I genomsnitt blev de som hade ansökt om hemtjänst beviljade 6 timmar hemtjänst per vecka. De som flyttade till servicehus hade 10 timmar hemtjänst per vecka.

Den tid som en person får vård och omsorg inom äldreomsorgen är enligt Lagergren förhållandevis kort. Efter tre år hade hälften avlidit och efter sex år levde endast en fjärdedel.

Efter sex år bodde 17 procent av de som först fick hemtjänst fortfarande kvar hemma. En tredjedel hade flyttat till äldreboende och sju procent hade flyttat till servicehus. De övriga ca 40 procent, hade avlidit.

En liknande undersökning om hur länge de som fått ett biståndsbeslut om hemtjänst levde, ifrån mitten av 2000-talet, visade att 31 procent var döda inom två år och 44 procent inom tre år (Andersson et al 2006).

Lagergrens studie visar att majoriteten av dem som ansökte om äldreomsorg första gången hade nedsatt funktionsförmåga. De var i genomsnitt beroende av hjälp i fyra IADL⁸-aktiviteter. En tredjedel var svårt eller mycket svårt rörelsehindrade. Mer än hälften var beroende av hjälp i minst en PADL-aktivitet. Debutanterna hade inte enbart fysiska funktionsnedsättningar utan en av sex var svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatt. En av tio var mycket orolig eller upplevde otrygghet och ungefär lika många var svårt eller mycket svårt nedstämda.

Graden av funktionsnedsättningar ökade starkt med stigande ålder. De som bodde i ordinärt boende hade mindre funktionsnedsättningar än de som ansökte om serviceboende och särskilt boende. Studien visar att det ofta var oförutsägbara händelser, till exempel en stroke som utlöser behov av flyttning med kort varsel.

Vanligt att äldre både behöver hemtjänst och sjukvård

En stor grupp äldre behöver utöver insatser från hemtjänsten också hemsjukvård. För att vården och omsorgen om dessa personer ska fungera på ett tillfredställande sätt krävs att hemtjänsten och sjukvården samverkar (Socialstyrelsen 2008, Gurner & Thorslund 2003).

Uppskattningsvis ca 90 procent av landets kommuner ansvarar för hemsjukvården för personer 65 år eller äldre. Dessa kommuner har genom en frivillig överenskommelse övertagit ansvaret för hemsjukvården från landstinget.⁹

Hemtjänsten i de kommuner som inte bedriver hemsjukvård har en viktig uppgift att samverka med primärvården.

⁷ Servicehus är en särskild boendeform där hyresgästerna har tillgång till hemtjänst och hemsjukvård.

⁸ ADL skalor används för att bedöma en persons funktionsförmåga. Med IADL: avses instrumentella aktiviteter i det dagliga livet, t.ex. att klara städning, matinköp och matlagning. Med PADL avses personliga aktiviteter i det dagliga livet, t.ex. att bada, klara toalettbesök, äta och klä på sig.

⁹ Kommunens ansvar omfattar inte läkarvården i hemsjukvård eller i vård och omsorgsboenden utan det ingår i landstingens ansvarsområde.

Förändringar som påverkar äldreomsorgen

Ädelreformen 1992

Ansvarsfördelningen för äldreomsorgen förändrades på ett genomgripande sätt i och med Ädelreformen 1992. Kommunerna övertog ansvaret för all äldreomsorg. Fram till dess hade de enbart haft ansvar för hemtjänst, servicehus och ålderdomshem. Landstingen drev alla sjukhem och långvårdskliniker för sjuka äldre och ansvarade för hälso- och sjukvården i servicehus och ålderdomshem. Genom Ädelreformen fick ca 55 000 landstingsanställda istället en kommun som arbetsgivare.

Ett problem före Ädel var att ett stort antal äldre låg på sjukhus som en följd av brist på äldreboenden. Genom lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS1990:1404) fick kommunerna kostnadsansvaret för personer över 65 år som låg på sjukhus och som behövde vård och omsorg efter utskrivningen¹⁰. För att stimulera kommunerna att bygga fler äldreboenden utgick statsbidrag.

Antalet vårddygn för sjukhusvård som kommunerna betalar till landstinget har minskat i jämförelse med hur det var de första åren efter Ädelreformen. En bidragande orsak till att kommunerna klarar att *”ta hem”* de äldre från sjukhusen, är att fler, trots att de har omfattande vård och omsorgsbehov, bor kvar i sina ordinarie bostäder med hjälp av hemtjänst och hemsjukvård vid alla tider på dygnet.

Sjukhusens geriatrik-, medicin- och ortopediavdelningar är sedan Ädelreformen mötesplatser för sjukhuspersonal och biståndshandläggare. Inför att äldre personer (65+) skrivs ut efter sjukhusvård ska sjukhusen (i de fall där det behövs) kalla biståndshandläggare och patienter till vårdplaneringsmöten. Vid vårdplaneringarna lämnar sjukhusen aktuell information om patienten, som sedan är en utgångspunkt för biståndsbedömningen.

Vårdplaneringsmötena är en arena där de äldres fortsatta vård- och omsorg planeras. Det är också ett tillfälle när kommunerna och landstingen bevakar sina ekonomiska intressen, att inte behöva bekosta de äldres vård- och omsorg under längre tid än nödvändigt. Det har lokalt funnits olika intressemotsättningarna mellan kommuner och landsting, som tagit sig uttryck i misstroende och motsättningar mellan berörda yrkesgrupper. Oenigheten har ofta gällt tidpunkten när en person bedömts vara utskrivningsklar.

Kommunernas intresse av att snabbt göra det möjligt för äldre att komma hem efter vård inom slutenvården innan betalningsansvaret inträder, innebär att de äldre med kort varsel och under tidspress måste ansöka om äldreomsorg. Även

¹⁰ Kostnadsansvaret träder i kraft fem vardagar efter att personer över 65 år som vårdades inom slutenvården bedömdes vara medicinskt färdigbehandlade. 2003 ändrades begreppet medicinskt färdigbehandlad till utskrivningsklar. Då skärptes kraven på en gemensam vårdplanering när en patient skrivs ut från sluten vård.

sjukhusen har intresse av att patienter skrivs ut så snart som möjligt för att de ska kunna ta emot nya patienter.

Striktare behovsbedömning

Som en följd av den statsfinansiella krisen har kommunerna sedan 1990-talet minskade ekonomiska resurser för att klara sina åtaganden. Samtidigt medför fler äldre invånare att kostnaderna för äldreomsorgen ökar. Enligt Edebalk (2013) har *"kommunerna anpassat sig genom utbudsminskningar och striktare behovsbedömningar så att personer med mindre hjälpbehov ställs utanför den kommunala äldreomsorgen"*.

Trots de begränsade resurserna har de politiska målen för äldreomsorgen inte ändrats. Det har gett upphov till ett gap mellan de politiska målen och den verklighet som många äldre och deras anhöriga befinner sig i (Thorslund 2013, Akademikerförbundet SSR och Kommunal 2013). En följd av ansträngningarna att hålla kostnaderna nere för äldreomsorgen är att socialtjänstlagen tolkas alltmer restriktivt.

Enligt socialtjänstlagen ska varje ansökan behandlas unikt. Tonvikten ligger på individen, den unika situationen och beslutsfattarens bedömning. Lagstiftningen lämnar en stor handlingsfrihet och förutsätter en stor handlingsförmåga hos dem som ska fatta biståndsbesluten. Trots detta har de flesta kommuner utarbetat riktlinjer för hur ansökningar om bistånd om äldreomsorg ska bedömas. Lindelöf och Rönnbäck (2004) kallar riktlinjerna som används som grund för biståndsbeslut för insatskataloger. I vissa fall är dessa beslutade av de ansvariga politikerna, i andra fall har de vuxit fram informellt bland tjänstemännen. Motiven att ha insatskataloger/riktlinjer är ofta att de ska underlätta så att bedömningarna blir likartade eller att de ska bidra till att hushålla med resurserna. (Svensson och Rosén 2004) Följden kan bli att biståndshandläggarnas uppgift i första hand blir att hålla budgeten och inte att tillgodose de äldres behov enligt socialtjänstlagen. Biståndshandläggarna får rollen att vara grindvakter och det är de lokala riktlinjerna som anger vad de kan bevilja (Lindelöf och Rönnbäck, 2004 Norman 2010).

De restriktiva bedömningar som görs med stöd av lokala riktlinjer innebär enligt flera forskare att politikerna överlåter prioriteringarna av äldreomsorgen till biståndshandläggarna. Därmed undviks diskussioner som borde ligga på ledningsnivå. (Thorslund 2002, Thorslund & Wånell 2006, Norman 2010 m fl). Enligt Lindelöf och Rönnbäck (2004) *innebär avsaknaden av en tydlig generell nivå för hjälpinsatserna att politikerna frånhänder sig sitt ansvar för hur fördelning av samhällets resurser till äldre ska ske med hänvisning till att det görs individuella bedömningar. Detta sker samtidigt som man indirekt begränsar handläggarnas handlande genom att tillhandahålla en budget som inte svarar mot behoven.*

Det finns enligt Thorslund (2013) ytterst få exempel på någon medveten offentlig diskussion om vilka äldre respektive vilka typer av behov som ska prioriteras framför andra, både på kommunal nivå och på central nivå. De direktiv som handläggare/ biståndsbedömare och övrig personal har att följa är istället mer eller

mindre uttalade att vara återhållsamma med att bevilja bistånd för att hålla den tilldelade budgeten. Bortsett från kraven om större ekonomisk återhållsamhet har de över tid ändrade bedömningsnormerna sällan eller aldrig föregåtts av öppet diskuterade beslut och än mindre av lagändringar. Neddragningarna kan enligt Thorslund (a.a.) jämföras med när det görs förändringar inom andra delar av välfärdssystemet. Införandet av karensdagar i sjukförsäkringen eller förändringar av ersättningsnivån i arbetslöshetsförsäkringen görs efter politiska beslut på central nivå och föregås av en mer eller mindre öppen och intensiv debatt. Förändringar inom äldreomsorgen kungörs däremot sällan och är synliga endast för de mest initierade – och dem som påverkas (a.a).

Socialtjänstlagen som genom sin konstruktion förväntades ge de professionella biståndshandläggarna en stor handlingsfrihet har därmed i praktiken lett till det omvända, att de istället har ett begränsat handlingsutrymme Rönnbäck (2005). Följden blir att istället för att utnyttja sitt handlingsutrymme arbetar handläggarna efter lokala normsystem (Thorslund 2013, Thorslund 2009).

New public management - marknadsinspirerade organisationer

Kommunernas svårigheter att få pengarna att räcka till var en av orsakerna till att "new public management" (NPM) introducerades i den offentliga sektorn i mitten av 1980-talet. Modeller för ledning och styrning hämtades från det privata näringslivet och det främsta föregångslandet var Storbritannien. New public management drevs enligt Vabø (2003) av en föreställning "*att den offentliga sektorn var för trög, för dyr och för lite lyhörd gentemot de grupper den är avsedda att betjäna*". En målsättning med förändringarna var att stimulera utvecklingen i den offentliga sektorn genom att släppa in privata aktörer och att minska kostnaderna.

Under de sista tjugo åren har kommunal verksamhet konkurrensutsatts och privata företag fått i uppdrag att bedriva äldreomsorg. Förändringen har radikalt påverkat kommunernas sätt att producera och förmedla tjänster. En ändring i kommunallagen (1991) gjorde det möjligt att låta privata företag driva tidigare kommunala verksamheter.

Inledningsvis lät kommunerna privata företag driva tidigare kommunala enheter på entreprenad. Som ett alternativ till entreprenadupphandlingar började några kommuner redan de första åren på 1990-talet införa kundval eller valfrihetssystem¹¹. Utvecklingen tog fart först i mitten av 2000-talet. Anledningen var att erfarenheterna av entreprenadupphandlingarna var blandade. Istället för att företagen skulle konkurrera om pris ville kommunerna att de skulle konkurrera med kvalitet, så kallat kundval eller valfrihetssystem.

¹¹ Med valfrihetssystem "*avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med*" (LOV kap 1 § 1).

Kundval ger invånarna möjlighet att välja utförare av kommunala tjänster bland de företag/enheter som ingår i kommunens valfrihetssystem. En av tankarna med kundval är att det ska ge kommuninvånarna ett ökat inflytande. Andra motiv för att införa kundval var att stimulera konkurrens, utveckla både nya tjänster och tjänsternas kvalitet och att sänka kostnaderna. Vanliga områden där kundval tillämpas är äldreomsorg, skolor och barnomsorg. År 2009 trädde LOV, lagen om valfrihetssystem (SOU 2008:15) i kraft.

Kommunernas organisation har genomgått stora förändringar för att motsvara de krav som LOV ställer. Numera har de flesta kommuner infört en så kallad beställare utförareorganisation (BUM). En sådan organisation är en förutsättning för att en kommun ska kunna ha kundval (valfrihetssystem) och innebär att myndighetsutövningen, där ansökningar om olika former av äldreomsorg behandlas, organisatoriskt är skild från de enheter som utför äldreomsorg.

Kundval i hemtjänsten (LOV)

I kommuner som upphandlat hemtjänst med stöd av LOV (SFS 2008/09:29) har personer som blir beviljade hemtjänst möjlighet att välja utförare när de har fått ett biståndsbeslut. Om de inte är nöjda med det första valet kan de göra ett nytt val senare. För de personer som inte vill eller kan välja en utförare ska kommunerna ha ett så kallat ickevalsalternativ.

Antalet utförare att välja emellan varierar. Flest alternativ finns det i Stockholm stad medan kommuner i glesbygden har svårare att locka till sig privata företag. De företag och kommunala enheter som ingår i ett valfrihetssystem ska uppfylla de kvalitetskrav och andra krav, som ställs i kommunernas förfrågningsunderlag.

Privata företag och kommunala enheter har enligt LOV delvis olika förutsättningar. De privata företagen kan erbjuda sina kunder tilläggstjänster i form av olika uppdrag utöver de insatser som biståndsbeslutet omfattar. En tilläggstjänst kan vara allt från gardinuppsättning och extra städning till trädgårdsskötsel. Det är hemtjänstföretaget som bestämmer priset för tilläggstjänster och uppdragen räknas som ett avtal mellan hemtjänstföretaget och kunden. Enheterna i kommunal regi har enligt de nuvarande reglerna inte möjlighet att erbjuda tilläggstjänster. En annan skillnad är att det inte finns något krav på företagen att ha kollektivavtal.

I oktober 2013 var det 144 kommuner som hade infört valfrihetssystem. Ytterligare 37 kommuner var i färd med att införa det och 42 kommuner hade beslutat att inte ha något valfrihetssystem. Övriga hade inte fattat beslut (38 kommuner) eller inte ansökt (29 kommuner)¹² Sjutton av dessa kommuner var glesbygdskommuner, men här fanns också både Göteborg och Malmö. Tjugoen av dessa kommuner uppgav i Socialstyrelsens enkät 2011 politiska skäl för att inte införa kundvalssystem. Några glesbygdskommuner hänvisade till svårigheterna att få

¹²http://www.skl.se/vi_arbetar_med/valfrihet/valfrihetuppdrag/kommuner_och_valfrihetssystem_oktober_2013 Hämtad den 29 januari 2014

lokala aktörer, och att stora företag som Carema¹³ och Attendo inte var intresserade av att etablera sig där (Socialstyrelsen, 2013a).

Organisationen påverkar personalens förutsättningar

Liksom äldreomsorgen i stort har hemtjänsten genomgått stora förändringar sedan den först startade på 1950-talet. Tidigare var hemtjänsten anslagsfinansierad och fick generösa statsbidrag. Under de första decennierna bestod personalen, som då kallades hemsamariter, i hög utsträckning av kvinnor som arbetade deltid och som kombinerade arbetet med att ha huvudansvaret för det egna hemmet. Hemtjänsten bedrevs i kommunal regi och organisationen var mycket enkel. Hemsamariterna fick sina uppdrag direkt av en hemtjänstassistent ofta per telefon och hade mycket liten kontakt med sin arbetsgivare. I den så kallade traditionella organisationsmodellen (Szebehely 1996) hade de äldre fast personal som kom på bestämda tider. Tiden de hade till sitt förfogande var ofta generös. Vårdtagarna kunde påverka innehållet i insatserna, som kunde variera från gång till gång. Oftast gällde hjälpen hemmets skötsel. Det fanns också utrymme för personalen att till exempel dricka en kopp kaffe tillsammans med vårdtagarna. Besluten om hemtjänst var mer informella och generösa.

Idag är hemtjänsten organiserad på ett helt annat sätt. Det finns inte bara kommunala hemtjänstenheter utan även privata företag både på entreprenad, eller som ingår i ett valfrihetssystem. Både enheternas storlek och organisation varierar. En avgörande förändring är de marknadsinspirerade arbetsformerna som tillämpas i hemtjänsten i de allra flesta kommuner. Ett motiv för att låta privata företag bedriva kommunal verksamhet var att det skulle leda till konkurrens om arbetstagarna och att det skulle gynna personalen. Enligt Johansson (2013) har de marknadsinspirerade styrformerna medfört att organisationerna inom äldreomsorgen blivit mer Tayloristiska¹⁴. Det brukar förknippas med att arbetet bedrivs enligt löpandebandprincipen, där varje moment ses som mätbar och kvantifierbar. Insatserna i hemtjänsten har delats in i specifika uppgifter som ska utföras på en viss tid, ofta uttryckt i ett exakt antal minuter.

En kunskapsöversikt (Målvist m.fl. 2011) över hur införandet av marknadsorienterade styrformer (NPM) inom offentligt finansierad vård- och omsorgsverksamhet har påverkat de anställdas arbetsförhållanden och hälsa visar att förväntningarna inte har infriats. Utvecklingen har enligt den gått mot ett ökat kostnadsmedvetande, högre arbetsbelastning, lägre grad av anställningstrygghet, lägre arbetstillfredsställelse, ökad trötthet, cynism och utmattning, mindre psykisk energi och mer psykosomatiska symptom.

Det var dock inte möjligt att dra slutsatser om i vilken utsträckning NPM hade medverkat till de negativa konsekvenserna, jämfört med övriga förändringar.

¹³ Carema heter numera Vardaga

¹⁴ Frederick Taylor (1856 -1915) var ingenjör och konsult i slutet av 1800-talet. Han utvecklade *scientific management* och *funktionell organisation*, vilket sammanfattades i hans bok *The Principles of Scientific Management* från 1911.

Resultaten, speciellt de som framkom i de longitudinella studierna och de som bygger på stora material, måste enligt författarna ses som varningssignaler. De bedömde att de hade stöd för följande slutsatser angående hur NPM påverkar *styrformerna* inom vård och omsorg som har betydelse för personalens arbetsförhållanden:

- Ökade krav på kostnadsmedvetenhet och kundanpassning hos de anställda.
- Risk för fragmentisering inom och mellan verksamheter och för att kortsiktiga ekonomiska intressen går före vård- och omsorgs- kvaliteten.
- Ökad grad av styrning, främst med hjälp av standardiserade, tekniska styrsystem (Målvist m.fl. 2011).

När det gäller *personalens arbetsförhållanden* har författarna funnit följande förändringar, som har samband med NPM:

- Ökade kvantitativa och kvalitativa krav, risk för lägre egenkontroll och mindre inflytande.
- Ökad risk för etiska konflikter/rollkonflikter och därigenom fler motstridiga krav och risk för samvetsstress och cynism bland personalen.
- Ökad andel med tidsbegränsad anställning, med risk för minskad trygghet för personalen som följd. (a.a.)

En slutsats de drog var att yrkesgrupperna inom vård och omsorg är mer styrda och kontrollerade utifrån den ekonomiska dimensionen efter införandet av NPM. Det i sin tur innebär att ersättningssystemens och kontroll- och uppföljningssystemens utformning har stor påverkan på personalens arbetsförhållanden och deras förutsättningar att ge patienterna eller brukarna en god vård och omsorg (a.a.).

Kvalitetskrav och kvalitetsbrister

De nya marknadsinspirerade arbetsformerna med entreprenadupphandlingar och kundval medförde krav på kommunerna att beskriva kvaliteten på de tjänster som de ville ha utförda. Kvalitetsbeskrivningarna var/är viktiga delar i upphandlingsunderlagen. De är utgångspunkten både för utförarnas insatser och för kvalitetsgranskningen.

Att formulera kvalitetskrav var något helt nytt för kommunerna och tvingade dem att ta ställning till vad de olika tjänsterna skulle innehålla och hur de ville att de skulle utföras. Kravet att kommunerna ska bedriva systematiskt kvalitetsarbete infördes i socialtjänstlagen 2009. Socialstyrelsen ställer också krav på hur kvalitetssystemen ska utformas (SOSFS 2011:9).

Entreprenadupphandlingarna innebär att kostnaderna för verksamheterna presades avsevärt vilket i vissa fall resulterade i olika former av kvalitetsbrister.

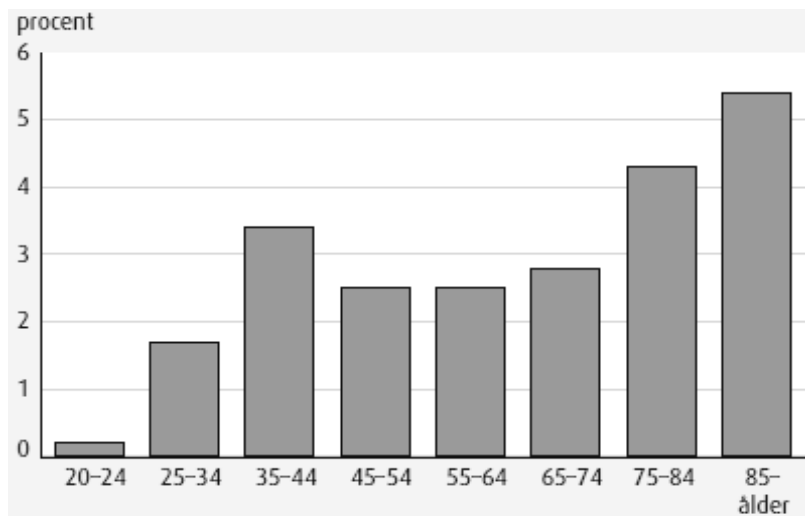
Olika problem började uppmärksammas både i tillsynsrapporter och i media. Det som framkom var ofta att brukarna var missnöjda med att de hade fått hjälp av ett stort antal vårdbiträden att insatserna har uteblivit eller varit av dålig kvalitet. Det fanns även exempel på vanvård.

Jönsson (2009) ställer fråga hur det kan komma sig att missförhållanden i äldreomsorgen så sällan diskuteras i termer av ålderism¹⁵. *"Analyser av diskriminering och medborgarskap som med självklarhet förekommer i forskning och debatt om handikappomsorg lyser i stort sett med sin frånvaro"*. Han menar att äldre på nå got sätt inte verkar anses som jämförbara med yngre vid bedömningar av situationen och behov. En förklaring kan enligt honom vara *"våra svårigheter att upprätthålla äldres identitet och fullgoda medborgarskap samtidigt som vi helt naturligt ställer in oss på att personer i hög ålder befinner sig i dödens närhet"*.

Servicejänster med skatteavdrag (Rutavdrag)

Samtidigt som antalet äldre som har hjälp med serviceinsatser genom hemtjänst minskar är det många i åldersgruppen 65 år eller äldre som anlitar privata företag för hjälp i hemmet. 2007 infördes möjligheten att göra skatteavdrag för hushållsnära tjänster så kallat rutavdrag¹⁶, som används av många äldre. Även barn kan göra sådana avdrag för servicejänster hos sina föräldrar.

Figur 1. Andel personer med RUT-avdrag efter ålder 2009 (SCB 2011)



¹⁵ Ålderism: stereotypa föreställningar eller diskriminering som utgår från en människas ålder”

¹⁶ Rutavdrag, som infördes 2007, ger personer med inkomst över gränsen för uttag av statlig skatt möjlighet att göra skatteavdrag för inköp av hushållsnära tjänster för max 50 000 kronor per år. Även barn kan köpa hushållsnära tjänster till sina föräldrar och göra rutavdrag.

Möjligheten att få skatteavdrag för hushållsnära tjänster ger äldre med goda inkomster ekonomiska incitament att köpa de serviceinsatser de behöver privat. Det kan vara billigare för dem än att anlita hemtjänst. Avgiftssystemet för hemtjänst innebär att äldre med höga inkomster och som endast har ett mindre antal hemtjänsttimmar per månad kan få betala en relativt hög avgift. För den gruppen kan det därför bli billigare att anlita ett privat företag och göra avdrag för hushållsnära tjänster. Äldre med låg pension gynnas däremot av hemtjänsttaxan. De betalar låg eller ingen avgift alls för att ha hemtjänst.

Siffror från 2011 från SCB¹⁷ visar att ca 8,5 procent av de som är 65 år eller äldre eller 151 00 personer hade gjort rutavdrag. Statistiken visar också att de över 65 år stod för cirka 36 procent av de samlade rutavdragen.

Rutavdragens storlek är i genomsnitt 2 800 kr per år (Falk & Risberg 2012).

Användningen av Rut-tjänster är inte jämt fördelade över landet. De flesta som har dessa tjänster bor i välbeställda kommuner i storstadsområdena.

Det finns farhågor för att kombinationen av kundval och skattesubventionerade hushållstjänster kommer att leda till ett system med fler och bättre tjänster för dem som har råd och ett basutbud för övriga, något som i sin tur kan underminera grunden för den svenska äldreomsorgen (Szebehely 2012).

Hur förmedlas äldreomsorg?

För att få kommunal äldreomsorg krävs ett biståndsbeslut (kap 4. 1 § SoL). En person som behöver äldreomsorg måste därför vända sig till sin hemkommun och göra en ansökan. I det här avsnittet följer en beskrivning av hur biståndsbedömningen går till ur ett formellt/ juridiskt perspektiv.

Kontakten mellan den som ansöker om äldreomsorg och biståndshandläggarna inleds ofta med ett hembesök alternativt att de möts på en vårdplanering på sjukhus i samband med att en person (65+) är utskrivningsklar och ska skrivas ut från sjukhuset.

De moment som ska ingå i biståndshandläggningen är att:

- Biståndshandläggaren tar emot en ansökan.
- Biståndshandläggaren gör en behovsbedömning och fattar beslut. Rätten att fatta beslut följer av en delegationsordning¹⁸. Beslutet skall kommuniceras och informera om rätten att överklaga.
- I vissa kommuner beräknar biståndshandläggarna hur lång tid det tar att utföra insatserna, vilket reglerar både avgift och ersättningen till utföraren.
- I kommuner som tillämpar LOV informerar biståndshandläggarna de sökande om vilka utförare det går att välja emellan.

¹⁷ SCB Statistiska centralbyrån

¹⁸ I en delegationsordning fastställs beslutsrätten för olika tjänstemän.

- Den enskilde väljer utförare.
- Biståndshandläggaren beställer hemtjänsten från den valda utföraren.
- Biståndshandläggaren tar emot den genomförandeplan som utföraren gör tillsammans med brukarna i samband med att ett nytt uppdrag påbörjas och genomför sedan de beställda insatserna.
- Biståndshandläggaren följer upp de utförda insatserna.

Syftet med biståndshandläggningen är att garantera att de äldre får den vård och omsorg som har rätt till. De äldre ska garanteras rättsäkerhet. Med rättsäkerhet menas *”en effektiv upprätthållen rättsordning som ger den enskilde ett visst mått av frihet och skydd från övergrepp från andra medborgare eller från samhället självt. Hur begreppet definieras och tolkas kan skilja sig mellan olika sammanhang och skiftningar kan ses över tid och i skilda samhällsförhållanden”* (Socialstyrelsen 2001). Rätten grundas på att de som behöver hjälp har ett behov som inte kan tillgodoses på något annat sätt och att det är inom ramarna för skälig levnadsnivå (kap 4. 1 § SoL).

Biståndshandläggarnas yrkesroll

Biståndshandläggarna har en central roll i äldreomsorgen och i det här kapitlet presenteras deras yrkesroll närmare. Det är en biståndshandläggare de äldre möter när de ansöker om äldreomsorg.

Arbetet innehåller olika delar; myndighetsutövning, ge stöd och råd till de som ansöker om äldreomsorg, informera om kundval och administrativa arbetsuppgifter. Forskning om biståndshandläggarnas roll visar att de får hantera en komplicerad verklighet med förväntningar och krav från olika håll. Blomberg (2004) beskrev yrkesrollen som spindeln i nätet. Yrket har också beskrivits som att det inte har hittat sin roll eller som omöjligt (Norman & Schön 2010). Biståndshandläggarna ska med knappa resurser se till att de äldres individuella behov tillgodoses.

När hemtjänstassistenternas yrkesroll delades i två olika funktioner fanns det förhoppningar om att det skulle medföra att biståndsbedömningen skulle utvecklas. Bland annat fanns det tankar om att hemtjänstassistenternas intresse av att hålla sin personal sysselsatt riskerade att påverka deras beslut av hjälpinsatser. Andra skäl för att dela arbetsuppgifterna var att besluten skulle bli enhetligare och mer träffsäkra. Det skulle i sin tur *”skapa förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande och en förbättrad kostnadskontroll.”* Edebalk (2013). Ytterligare ett motiv var att den nya organisationen skulle underlätta styrningen av äldreomsorgen.

För att arbeta som biståndshandläggare krävs i många kommuner högskoleutbildning. Det är vanligt att biståndshandläggare är socionomer. Det förekommer också att sjuksköterskor och personer med annan yrkesbakgrund arbetar som biståndshandläggare.

Myndighetsutövning

Trots de yttre likheterna med socialsekreterartjänsterna har biståndshandläggarnas arbete i hög utsträckning inriktats på myndighetsutövning¹⁹ det vill säga att handlägga ansökningar om bistånd. Enligt Blomberg (2004) som i sin avhandling intervjuade biståndshandläggare, ligger tyngdpunkten i biståndshandläggarnas arbete på de formella regelverken och en administrativ skicklighet att hantera dem. Dunér och Nordström (2005) och flera andra forskare pekar på att juridiken ofta har en överordnad position i förhållande till omsorgen.

Råd och psykosocialt stöd

Biståndshandläggarens uppgift är också att stödja de äldre så att de får en så bra livssituation som möjligt och även att motivera personer att ta emot äldreomsorg. I den rollen är de socialarbetare. Socialt arbete innebär enligt Börjesson (2008) ”*att socialarbetarens person tas i anspråk i mötet med klienten, det personliga engagemanget och inlevelsen har ofta avgörande betydelse för vad man kan uppnå. Att vara professionell socialarbetare innebär alltså att man disponerar över ett teoretiskt kunnande, att man har överblick över och kännedom om olika metodiska sätt att arbeta – men också att man använder sig själv som ett viktigt instrument i arbetet*”.

Börjesson beskrev också (a.a.) det speciella med att möta äldre i rollen som socialarbetare. *Att arbeta med äldre människor innebär att möta människor som är inne i en livsfas av starka förändringar, kroppsliga och biologiska funktioner försämras, kognitiva och emotionella förmågor är inte desamma som tidigare. De yttre villkoren, relationerna till andra människor omskapas drastiskt (sid 160).*

Relativt många av de äldre som biståndshandläggarna möter har någon form av kognitiv svikt eller demenssjukdom. Arbetet med den gruppen ställer speciella krav. Bland annat innebär det ofta ansträngningar att motivera dessa personer att ta emot hjälp. Kognitiva funktionsnedsättningar medför inte sällan svårigheter att se sin situation och sitt behov av stöd och hjälp.

Idag saknas lagliga möjligheter att bevilja någon bistånd, som inte själv har gjort en ansökan. Det innebär ofta svårigheter för biståndshandläggarna att kunna ge den gruppen äldre den hjälp de anser behövs. Dunér och Nordström (2003) uppmärksammar olika dilemman som biståndshandläggare möter. De skiljer på äkta dilemma som uppstår i motsättningen mellan biståndshandläggarens ansvar i förhållande till de äldre och deras självbestämmande, respektive skendilemman i form av intressekonflikter i den äldres nätverk eller när resursbrist innebär att behov och insatser inte alltid kan matchas.

¹⁹ I biståndshandläggarnas arbetsuppgifter ingår, att ta ställning till de äldres ansökningar, att utreda om de kan bevilja vad de ansöker om äldreomsorg och fatta beslut enligt Sol 4:1 (se sid 22). Biståndsbesluten kan överklagas och biståndshandläggningen är en juridisk process som innebär myndighetsutövning. De ska även följa upp hur de beviljade insatserna fungerar för klienterna

Konsumentupplysare

I de kommuner som har kundval är det biståndshandläggarna som ska ge information om vilka hemtjänstföretag som finns att välja emellan. Enligt Edebalk och Svensson (2006) förändras biståndshandläggarrollen mot att fungera som en mäklare som förmedlar information om aktuella utförare. Det går enligt Kastberg (2010) att se en konflikt i rollen mellan att å ena sidan vara en oberoende biståndshandläggare som fattar beslut enbart på grundval av de behov som finns, och å andra sidan att ge stöd i beslutet om vilken utförare som den som tilldelats bistånd skall välja. Han saknade studier som konkret adresserar frågan om hur situationen kan och bör hanteras. Enligt Lundvall (2012) är många biståndshandläggare överdrivet försiktiga att ge råd om till exempel vilken inriktning hos utförarna som skulle passa en sökande bäst. Denna försiktighet har ofta sin grund i att man inte vill riskera att anklagas för att "favorisera" någon viss utförare (a.a.).

Enligt Norman (2010) var biståndshandläggare i Stockholms stad positiva till att de äldre kunde välja. Däremot ansåg de att det stora antalet utförare som de äldre hade att välja mellan, kombinerat med den "*undermåliga och intetsägande skriftliga informationen om utförarna*" var ett hinder i arbetet (a.a.).

Administrativa arbetsuppgifter

Biståndshandläggare har ofta många administrativa arbetsuppgifter. I en utvärdering av införandet av kundvalsmodellen i Stockholm (Hjalmarson 2003) framkom att resurserna för administrativt stöd för biståndshandläggarna inte hade utökats i samma utsträckning som de administrativa arbetsuppgifterna hade ökat. Det innebar extra påfrestningar och tog tid från arbetet med pensionärerna. I en utvärdering av ett projekt med förenklad biståndshandläggning framkom att biståndshandläggare ägnade en stor del av arbetstiden åt att dokumentera i de IT-system där de hanterade ansökningar, utredningar och beslut. Systemen innehöll många olika moment och det var tidskrävande att lägga in alla uppgifter som krävdes för ett nytt beslut. Att ändra ett beslut krävde ofta en lika omfattande handläggning. Därför uppskattade biståndshandläggarna den förenkling av administrationen som projektet medförde (Hjalmarson 2006.)

En enkätundersökning som refereras i en rapport²⁰ från fackförbunden Kommunal och Akademikerförbundet SSR (2013) visade att biståndshandläggarnas administrativa börda blir allt tyngre. Allt mer av arbetstiden går åt till registrering, datainsamling, avgiftsberäkningar och fakturagranskningar. Rapporten visade också att mindre än hälften av biståndshandläggarna hade tillgång till administrativt stöd.

Olika sätt att organisera arbetet

Ett vanligt sätt att organisera arbetet är att biståndshandläggarna har det fulla ansvaret för alla moment i biståndshandläggningen för invånarna i ett visst geo-

²⁰ Akademikerförbundet SSR genomförde 2012 en enkät undersökning av arbetsmiljön bland sina medlemmar som refereras i rapporten.

grafisk område eller för ett antal personer med vissa födelsedatum. Det är också vanligt att det finns biståndshandläggare som har en specialiserad funktion, att delta i vårdplaneringar på sjukhus, förmedla platser i äldreboenden eller att följa upp fattade beslut. Motiven för att arbeta med specialiserade yrkesroller är ofta att det är tidsbesparande och därför mer effektivt. En nackdel är att pensionärerna får träffa olika biståndshandläggare i olika situationer.

Svårigheter i den nuvarande handläggningsprocessen

Både forskning och rapporter från olika tillsynsmyndigheter har under en följd av år uppmärksammat olika brister i biståndshandläggningen. Det som har framkommit gäller rättsäkerheten. Bland annat att biståndshandläggarna inte hinner göra så grundläggande utredningar som de skulle vilja, att de fattar olika beslut för likartade ansökningar och att de heller inte hinner följa upp de insatser som de beviljar.

Svårigheterna kan relateras till att det kan vara svårt att följa de formella kraven som handläggningsmodellen ställer när vård- och omsorgsbehoven är brådskande eller när den äldre är svårt sjuk eller har kognitiva problem. Andra orsaker kan vara biståndshandläggarnas arbetsbelastning eller kraven på restriktivitet i behovsbedömningen.

Rättsäkerhet

Det finns ett antal studier som på olika sätt problematiserar biståndshandläggningen ur ett juridiskt perspektiv. Lindelöf och Rönnbäck (2004) visade i sin avhandling att biståndshandläggningen inom äldreomsorgen inte alltid följer lagen. Bland annat att den inte alltid följer de formella kraven²¹ där momenten; ansökan, utredning och beslut ska ingå. Istället är biståndshandläggningen i praktiken indelad i två faser. En inledande informell del, där biståndshandläggarna träffar sina klienter, där de tar emot ansökningar och skaffar sig information om klienternas förhållanden. I den andra delen formaliseras ansökan i en utredningen. Även andra forskare har påvisat dessa förhållanden (Dunér & Nordström 2003, Olaisson 2009, Wikström 2005).

Biståndshandläggningens första del - mötet med klienterna

Biståndshandläggarna träffar oftast sina klienter vid ett hembesök eller vid en vårdplanering på sjukhus där de i ett samtal och med egna observationer försöker ta reda på vilken hjälp de sökande behöver och vilka förhållanden de har. Flera forskare har studerat dessa hembesök. Både hembesöken och vårdplaneringarna tar i allmänhet mellan en halv och en timma. Hembesöken har ofta karaktären av att biståndshandläggarna är gäster som kommer på besök (Lindelöf & Rönnbäck 2004, Nordström & Dunér 2003).

²¹ Reglerna finns i förvaltningslagen (SFS 1986:223)

Biståndshandläggarnas uppgift vid dessa besök/samtal är i första hand att samla information om de sökandes hjälpbehov. Utöver det ingår ofta också att informera de sökande om kommunens äldreomsorg, om vilka rättigheter de har och om avgifterna. I de kommuner som har kundval ska biståndshandläggarna informera om de olika hemtjänstenheterna/ företagen som finns att välja emellan. I en rapport från Konkurrensverket framkommer att biståndshandläggarnas första möte med de äldre i kommuner som tillämpar LOV tar mellan 20 och 45 minuter längre tid (Konkurrensverket 2013).

Den informella inramningen av besöken innebär enligt Hellström Muhli (2003) att de äldre inte alltid uppfattar biståndshandläggarnas ärende som en myndighetsutredning. Hon pekade på svårigheten för de äldre att förstå samtalets innebörd om de hålls i en alltför informell anda. Det kan också försvåra för de äldre att ställa krav på biståndshandläggarna och i sin tur leda till att de äldres rättsäkerhet och ställning kan försvagas (a.a.).

När mötet med klienterna är slut lämnar biståndshandläggarna ofta ett muntligt besked om vilka eventuella hjälpinsatser som de kan bevilja (Lindelöf & Rönneberg 2004). Senare får de även ett formellt beslut skriftligt.

Nordström och Dunér (2003) ansåg att det var problematiskt att biståndshandläggarna beslut oftast grundades på ett enda hembesök. Biståndshandläggarna borde enligt dem göra fler besök för att följa upp insatserna. Genom upprepade hembesök skulle biståndshandläggarna kunna arbeta *”mer konsekvent med den stödprocess och det motivationsarbete som de inleder vid det första besöket”*.

Ett vanligt inslag i biståndshandläggarnas kontakter med de äldre vid hembesök eller vårdplanering är att motivera dem som inte vill ansöka om äldreomsorg, att ändå göra det (Nordström och Dunér 2003). Hellström Muhli (2003) som videofilmade 16 samtal mellan biståndshandläggare och äldre personer som ansökte om äldreomsorg, fann att bedömningsamtalen innehöll förhandlingar. Behov förhandlades bort eller omförhandlades. Insatserna paketerades om för att passa in i de riktlinjer som tillämpades. Det fanns även utrymme att tillföra nya insatser utöver de önskemål de äldre hade haft från början av samtalen.

Den formella handläggningen

I handläggningens andra del, efter mötet med klienten, gör biståndshandläggarna den formella utredningen som biståndsbesluten grundas på.

Utredningarna problematiseras av flera forskare (Lindelöf och Rönneback 2004, Dunér & Nordström 2005, Olaiisson 2009). Bland annat för att utredningstexterna var formaliserade efter standardiserade riktlinjer och inte alltid överensstämde med behoven som kom fram i samtalen. Forskarna fann att biståndshandläggarna beskrev tillvägagångssättet som om de hade följt de formella kraven med ansökan, utredning och beslut. Enligt dem var det dock oklart hur utredningarna hade gått till och om och på vilket vis de berörda hade medverkat. Olaiisson (2009) noterade att biståndshandläggare framförallt skriver för *”organisationens syften”*

och att ”utredningstexterna tenderar att ignorera behovsbedömningens interaktiva inslag vilket medför att utredningstexten inte speglar behovsbedömningsprocessen”.

De hjälpsökande beskrivs på ett likartat sätt i utredningarna. Individuella behov och levnadssituationen framträder inte. En vanlig beskrivning av en klient var en person med behov av hjälp med hemmets skötsel och/eller personlig omvårdnad. Utredningarna innehöll ofta uppgifter om de sökandes sjukdomar, bostad och anhöriga. Däremot berördes inte frågor om de sökandens existentiella behov och sociala situation, behov av trygghet, gemenskap och meningsfullhet. Förhållanden som är viktiga att känna till om hjälpen ska kunna utformas för att underlätta för de sökande att kunna leva ett självständigt liv (Lindelöf och Rönnbäck 2004). Olaisson (2009) som ställde frågor om äldres möjlighet att leva ett självständigt liv fann att de utredningar som biståndshandläggare gör är en diagnostisering av klienterna och deras behov som inte utgår från människors grundläggande behov utan är relaterade till hemtjänstens legitimerade handlingsområde.

Olika beslut för likartade behov

Trots att biståndshandläggningen förväntas ge rättssäkra beslut har ett flertal undersökningar visat att biståndshandläggare bedömer samma ansökan på olika sätt. Lagergren (1996, 1997, 1998, 2001a, 2001b, 2002, 2004) har sedan mitten av 1990-talet genomfört ett antal studier av biståndshandläggningen i olika kommuner/stadsdelar i Stockholms län med syfte att kartlägga om det finns systematiska skillnader i behovsbedömningen inom äldreomsorgen. I undersökningarna fick ett urval biståndshandläggare bedöma ett antal fall. Resultaten visade betydande skillnader både mellan enskilda handläggare inom en stadsdel och mellan olika stadsdelar. Skillnaderna har varit bestående över tid.

Andra studier har visat att faktorer som påverkar i vilken utsträckning en person beviljas äldreomsorg eller inte kan vara biståndshandläggarnas ålder, kön, erfarenhet och kompetens. Andra skillnader som har uppmärksammats är att äldre sökande får mer hjälp än yngre och de som har närhet till anhöriga beviljas mindre hjälp (Larsson 2004, Szebehely 2012).

Larsson (2004) identifierade i sin avhandling tre grupper som löper risk att inte få tillräckligt med hjälp. Det var:

- ensamboende personer i hög ålder utan barn
- äldre personer med depressiva symptom
- anhöriga som vårdar en make/maka som har en demenssjukdom

Tidsberäkning

Ett moment i biståndsbedömningen av hemtjänst är att bedöma hur mycket tid som behövs för att utföra de beviljade insatserna, till exempel städning, omvårdnad eller tillsyn. Ofta har biståndshandläggarna hjälp av de tidigare beskrivna insatskatalogerna, riktlinjerna eller schabloner med standardiserade tider för olika insatser. I en del kommuner är biståndshandläggarna bundna att följa dessa

schablonberäkningar mekaniskt medan biståndshandläggare i andra kommuner har möjlighet att använda den beräknade tiden som ett stöd för sina beslut (Akademikerförbundet SSR, 2013).

Beställningen skickas till utföraren

Det sista momentet i handläggningen av en ansökan om hemtjänst är att biståndshandläggaren skickar en beställning till den enhet som ska utföra hemtjänsten. Därmed överlämnar biståndshandläggaren ansvaret till hemtjänsten att utföra de beviljade insatserna. Biståndshandläggaren har dock kvar ansvaret att följa upp insatserna och även att ta emot nya ansökningar om hjälpbehovet ändras.

Hög arbetsbelastning ger ett standardiserat arbetssätt

Ett flertal rapporter visar att biståndshandläggare, har mycket varierande arbetsförhållanden och inte sällan problem med sin arbetsmiljö. Det är vanligt att biståndshandläggare har hög arbetsbelastning (Norman 2010, Kommunal & akademikerförbundet SSR 2013) Det som har framkommit är bland annat att de har många klienter, att de har omfattande administrativa uppgifter och att de sällan har tillgång till stöd i form av administrativ hjälp eller handledning. Biståndshandläggare som arbetar med yngre funktionshindrade har ofta avsevärt färre klienter (Norman 2010).

Den tid handläggarna har till förfogande per ärende bidrar enligt Rönnbäck (2005) till att biståndshandläggare tillämpar ett standardiserat arbetssätt och att det är en praktisk nödvändighet för att klara arbetsuppgifterna. Den begränsade tiden som de har till sitt förfogande bidrar till att den individuella hjälptilldelningen blir utbudsstyrd istället för behovsstyrd. Det bidrar också till att de äldres ansökningar *"anpassas"* till de insatser som biståndshandläggarna i praktiken kan bevilja – kommunernas utbud. Den individuella hjälptilldelningen fungerar därför inte som lagen föreskriver utan i praktiken *"snarare en generell tilldelning som göms under förespegling av att det är en individuell bedömning"* (a.a.). En konsekvens av det arbetssätt som tillämpas i många kommuner innebär enligt Lindelöf och Rönnbäck (2004) att enskildas rätt att ocensurerat kunna ansöka om bistånd och rätten till insyn och kommunikering har satts ur spel. I praktiken har biståndshandläggarna därför endast en begränsad handlingsfrihet vilket enligt Rönnbäck (2005) är en paradox.

Lindelöf och Rönnbäck (2004) resonerar om det är realistiskt eller nödvändigt att utreda de äldres behov enligt de krav lagen ställer. De frågar sig retoriskt om en insatskatalog kanske är en förutsättning för att handläggarna ska kunna hantera så många ansökningar som de gör.

Satsning på ökad rättsäkerhet myndighetsutövning

Flera kommuner och även Socialstyrelsen som har ett regeringsuppdrag, arbetar med att utveckla metodiken i utredningsarbetet för att förbättra biståndsbedömningarna och därmed rättsäkerheten. Ett led i det arbetet är att kartläggnings- och bedömningsinstrumentet, Äldres behov i centrum, (Socialstyrelsen 2013b) ska införas på bred front. Det innebär att kartläggningen av de sökandes behov ska göras mer systematiskt för att ge bättre beslutsunderlag. Målsättningen är att äldre personer i de kommuner där modellen tillämpas ska få hjälp och stöd utifrån sina individuella behov, inte utifrån utbudet av existerande insatser. Det ska i sin tur bidra till att äldreomsorgen blir likvärdig och rättssäker. I modellen Äldres behov i centrum, beskrivs varje individs behov med utgångspunkt från den internationella klassifikationen (ICF) av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Socialstyrelsen 2012a).

Användningen av kartläggnings- och bedömningsinstrumentet förväntas medföra att information om olika individer hanteras lika av alla aktörer, vilket ska minska risken för missförstånd. Det ska också ge både handläggare och utförare stöd i att arbeta behovsriktat och systematiskt. Verksamheterna ska också få bättre underlag för personalplanering, verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.

Med stöd av modellen ska det också vara möjligt ta fram underlag för officiell statistik och öppna jämförelser. Ur ett nationellt perspektiv är enligt rapporten entydiga, enhetliga och jämförbara data förutsättningen för att få ett tillförlitligt statistiskt underlag som stöd i att styra utvecklingen (a.a).

I flera kommuner använder biståndshandläggare redan kartläggnings- och bedömningsinstrument. I Stockholm stad framgår det av en revisionsrapport (Stockholms stad 2012), att utredningar där biståndshandläggarna har använt kartläggnings- och bedömningsinstrument ger en mer fullständig bild av de äldres situation och behov. En mindre kvalitativ studie från Örnsköldsvik visar på liknande erfarenheter (Berggren & Söderlind 2009).

Äldres erfarenheter av äldreomsorgen

I det här avsnittet redovisas studier om hur äldre upplevt att bli biståndsbedömda respektive att ha hemtjänst. Det framkommer att äldre har mycket blandade erfarenheter av hemtjänst. Variationerna är från mycket bra till så dåliga att äldre hellre klarar sig utan hemtjänst.

Erfarenheter av biståndshandläggning

Många äldre som varit med om en biståndsbedömning anser att de hade fått ett bra bemötande och värdefull information. En del upplevde också att de hade fått stöd av sin biståndshandläggare.

Flera studier visar samtidigt att äldre inte alltid uppskattar att bli biståndsbedömda. Det kan ha flera orsaker bland andra; att biståndsbedömningen är svår att förstå, att biståndshandläggarnas funktion inte är känd eller att de som ansö-

ker om äldreomsorg inte känner sig bekväma med den myndighetsutövning som biståndshandläggare utövar. Anledningen kan också vara att de vid vårdplaneringstillfället ännu inte har hunnit återhämta sig efter en sjukdom eller ett olycksfall (Hjalmarson & Norman 2004, Rydeman 2013).

Janlöv (2006) undersökte i sin avhandling äldres upplevelser av att vara i behov av kommunal vård och omsorg. Behovsbedömningen visade sig ha en djupare innebörd för de äldre än att enbart få hjälp. De äldre beskrev situationen som att "nedräkningen" hade börjat. Förlusten av tidigare förmågor orsakade rädsla och oro. De äldre var upptagna av tankar och känslor relaterade till sina upplevelser av att behöva be om hjälp i hemmet och inte så mycket om själva biståndsbedömningen.

Många äldre hade svårt att förstå hur själva biståndsbedömningen gick till och upplevde att de inte hade något faktiskt inflytande över beslutet (Janlöv 2006). Det var vanligt att de kände sig mer eller mindre utlämnade till biståndshandläggarens välvilja och hade även svårigheter att förstå vilka rättigheter de hade att få hjälp. De uppfattade att det var kommunens riktlinjer som bestämde vilken hjälp som kunde ges. Studien visade också att de äldre inte alltid kände delaktighet i behovsbedömningen och att det försvårades av deras psykiska tillstånd. Beroende på förmåga och stöd från anhöriga varierade det i vilken utsträckning de äldre hade deltagit i mötet med biståndshandläggaren. Framförallt var det svårt för kognitivt nedsatta och sköra äldre att vara delaktiga i biståndsbedömningen (a.a.).

Positivt att kunna välja men det är ett svårt val

I processen att bli biståndsbedömd ingår i de kommuner som har kundvalssystem att de som blir beviljade hemtjänst kan välja vilken utförare som ska utföra hemtjänsten. Äldrecentrums studier av kundval i hemtjänsten (Hjalmarson, 2003; Hjalmarson & Norman, 2004) visade att pensionärerna var nöjda med att få välja utförarenhet. Samtidigt visade resultaten att de inte tyckte att valet av utförare var det viktigaste. Pensionärerna ville hellre ha inflytande över vilken hjälp de skulle få och hur den skulle utföras. Vilka personer som gav hjälpen var också av stor betydelse. Dessa erfarenheter bekräftas i flera senare nationella studier (Edebalk 2011, som hänvisar till Levenius & Wolf 2004, Winblad m.fl. 2009 och Socialstyrelsen 2011).

Samtidigt som äldre tyckte att det är positivt att få välja utförare ansåg många att det är ett svårt val. Anledningen är ofta att de inte känner till de olika alternativen och att det kan vara många att välja emellan.

Få väljer

Flera studier visar att många äldre inte väljer utförare. Brukarna känner till valmöjligheten, men få väljer, konstaterade Konkurrensverket (2013) i en fördjupad studie av effekterna av kundval inom hemtjänst, som omfattade tio kommuner. De omsorgstagare, som intervjuades kände till möjligheten att välja utförare och i stort sett alla visste hur valet går till rent praktiskt. Trots detta uppgav många att de inte hade gjort något val av utförare (a.a.).

Enligt en kartläggning som Stockholms stads Utrednings- och Statistikkontor gjorde 2008 var det enligt omsorgstagarnas svar 40 procent som själva hade valt utförare, 28 procent hade valt tillsammans med en anhörig, god man eller annan. I nästan vart fjärde fall (23 %) hade biståndshandläggaren hjälpt den enskilde att välja. Knappt var tionde kom inte ihåg vem som gjort valet (Stockholms stad 2009).

Ett par andra svenska studier anger att mellan 40 och 50 procent av brukarna själva valt utförare, men även högre siffror har angetts (Edebalk & Svensson 2005). I övrigt har brukarna i stor utsträckning haft hjälp av anhöriga eller gode män och i vissa fall också av biståndshandläggare (Edebalk 2011).

Studier visar att äldre uppskattar rätten att kunna byta utförare, men att det endast är ett fåtal som använder sig av den möjligheten. Enligt Svensson & Edebalk (2010) rör det sig om tre procent som under ett år byter utförare. Ytterligare en procentenhet tvingas byta på grund av att utföraren upphört med sin verksamhet. Kontinuitet är en viktig kvalitetsfaktor för äldre påpekar Szebehely (2011) och menar att det för de flesta äldre inom äldreomsorgen inte är *exit*-möjligheten som är en adekvat lösning om man inte är nöjd. Det som behövs är möjlighet att få sin röst hörd utan att byta utförare. *Starkt hjälpbehövande människor är beroende av en stabil omgivning och stabila personliga relationer för att överleva och det är därför förknippat med stora personliga kostnader att byta utförare* (a.a.).

En studie av Norman och Hedberg (2010) på Kungsholmen i Stockholm visade att de äldre ofta hade en diffus uppfattning om att de hade ansökt om några insatser. De fann också att det heller inte fanns någon självklar koppling mellan biståndsbeslutet och den hemtjänst som faktiskt utfördes. För majoriteten av dem som ingick i studien överensstämde inte beslutet/beställningen vare sig tiden eller insatserna, med vad den äldre fick utfört. Endast var fjärde pensionär fick den hjälp som var beviljad/beställd. Trots detta var de äldre nöjda med hjälpen och hur den utfördes. I de fall då det var liten överensstämmelse mellan beslut och insats var de äldre mer nöjda än i det motsatta fallet. En tolkning som gjordes var att ju mer lyhörda vårdbiträdena var inför den äldres aktuella situation ju nöjdare var de äldre. En slutsats var att mer detaljerade biståndsbeslut inte är rätt väg att förbättra hemtjänsten. Istället pekar utredningen på vikten av att göra det möjligt för hemtjänstens personal att göra de insatser som de äldre önskar för dagen. De menade att biståndsbeslutets utformning behöver ses över och vara mer övergripande. De föreslog att de äldre och hemtjänstpersonalen skulle kunna utforma insatserna efter pensionärernas behov för dagen och att biståndshandläggarna istället i större utsträckning ska följa upp vilken hjälp de äldre faktiskt har fått. Inte heller vårdbiträden hade alltid kunskap om vilken hjälp de äldre var beviljade.

Äldres upplevelse av hemtjänsten

Intervjuer med äldre som har hemtjänst ger en samstämmig bild av vad som är viktigt för att upplevelsen av att ha hemtjänst ska vara positiv. Äldre vill:

- ha hjälp av personal som de känner och har förtroende för
- ha hjälp av personal som vet hur hjälpen ska utföras
- ha hjälp på överenskomna tider
- kunna påverka hjälpens innehåll

Szebehely (1995)

Många av dem som har hemtjänst värderar relationen till personalen mycket högt och de enskilda vårdbiträdena är ofta mer betydelsefulla än vilket företag som de är anställda av. En rapport från Socialstyrelsen (2011) visar att de som har hemtjänst anser att följande aspekter är viktiga:

- så låg omsättning som möjligt bland personalen
- att utföraren informerar i förväg om det kommer ett nytt vårdbiträde och att personen då kan legitimera sig
- att kunna nå personalen via telefon
- att personalen har kompetens

Betydelsen av att de som har hemtjänst har självbestämmande och inflytande framhålls både i lagstiftningen, andra offentliga dokument och i olika studier.

Wikström (2005) studerade möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande i hemtjänsten, både ur de äldre och ur personalens perspektiv. Ett syfte var att öka förståelsen för de möjligheter och hinder som finns för hjälptagare att ha inflytande i hemtjänsten. Studien visade att de intervjuade hjälptagarna ville ha inflytande över sina hemtjänstinsatser och främst ville bevara kontrollen över vardagen trots hjälpbehovet. Enligt Wikström var de största svårigheterna att:

- Vårdbiträdena var så jäktade att brukarna inte hann framföra sina önskemål.
- De kommunala riktlinjerna begränsade brukarnas möjlighet att få önskad hjälp.
- Brukarna befann sig i en beroendesituation samt
- Brukarna saknade grundläggande kunskap om de beslutade insatsernas innehåll och omfång.

I en studie i Sigtuna (Engström 2013) intervjuades ett representativt urval av äldre som hade hemtjänst. Bakgrunden var att det fanns ett missnöje med hemtjänstens kvalitet i kommunen. Syftet med undersökningen var att få kunskap om vilka önskemål brukarna hade om hur och vad som behövde förändras. Frågorna som ställdes berörde det faktiska utförandet av olika hjälpinsatser, personalens förhållningssätt och förbättringsbehov. Undersökningen visade att synpunkterna på hemtjänstens utförande, bemötande och förslag på förändringar varierade mellan olika grupper, beroende på hur mycket hemtjänst de hade.

Tre olika grupper identifierades. För dem som enbart hade hjälp med serviceinsatser (städning, inköp och tvätt), var det viktigare hur tjänsten utfördes än personalens bemötande. För dem som hade mest hjälp (även omvårdnad) var synpunkterna de omvända. De betonade mer personalens bemötande än hur tjänsterna genomfördes. Den mest kritiska gruppen var mellangruppen. De som vare sig hade lite eller mycket hemtjänst. Tolkningen var att de befann sig i ett brytningsskede mellan oberoende och beroende.

De kvalitetsbrister som rapporten visade gällde främst städningen och att hjälpen utfördes av många olika personer. De äldre hade heller inte känt sig delaktiga när insatserna planerades och personalen hörde inte av sig om de inte kunde hålla överenskomna tider. Andra synpunkter var att arbetstempot var för högt och att det inte fanns tid för småprat och umgänge.

Hemtjänstens personal

Hemtjänstpersonalens yrkesroll

De som arbetar direkt med de äldre i hemtjänsten är främst undersköterskor och vårdbiträden. En övervägande majoritet av dem är kvinnor och medelåldern är hög. Deras uppgift är att utföra den hemtjänst de äldre är beviljade.

Arbetsuppgifterna är mycket varierande och kan omfatta att ge äldre stöd för att klara av hemmets skötsel (inköp, städa tvätta och laga mat). Arbetet kan också innehålla olika former av omvårdnadsinsatser (sköta hygien, på- och avklädning, promenader m m) samt att utföra delegerade²² medicinska uppgifter som att ge sårvård och att överlämna läkemedel. Vårdbiträden och undersköterskor framhåller ofta kontakterna med vårdtagarna som det som gör att de trivas i äldreomsorgen och att arbetet känns meningsfullt.

Undersköterskor och vårdbiträden har i stort liknande arbetsuppgifter. Det är utbildningen som skiljer dem åt. I takt med att behoven av vård och omsorg ökar hos dem som får hemtjänst har personalens behov av kunskaper successivt också ökat. Arbetet i äldre personers hem är ofta ett ensamarbete, något som ytterligare understryker vikten av god kompetens hos personalen.

Utbildning och kunskapskrav för hemtjänstpersonalen

Enligt Socialstyrelsen (2013c) saknar var fjärde anställd i äldreomsorgen grundutbildningen. Andelen personal med grundutbildning är högre i vård- och omsorgsboende (83 %) än i hemtjänsten. Andelen personal med grundutbildning är också högre i hemtjänstenheter i kommunal regi (77 %) än i de enskilt drivna företagen (63 %).

²² Det är distriktssköterskor som ger delegation till hemtjänstens personal att utföra vissa medicinska arbetsuppgifter.

Idag finns ingen formell utbildning till vårdbiträde. Enligt Socialstyrelsens rekommendation ska alla som arbetar inom vård och omsorg ha en grundutbildning inom gymnasieskolan. Det kan innebära att arbetsgivare i framtiden kommer att välja att anställa undersköterskor istället för vårdbiträden.

2011 utfärdade Socialstyrelsen för första gången allmänna råd om *”grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre”* (SOSFS 2011:12)²³. I det allmänna rådet anges tolv kunskapsområden²⁴; inom vilka områden som personalen bör ha kunskaper och förmågor. De visar bredden på kunskapskraven och komplexiteten i arbetet.

Regeringen har under de senaste decennierna gjort satsningar för att öka andelen utbildad personal och frågan om vårdpersonalens utbildning och kompetens har behandlats i flera statliga utredningar. Betänkandet, I den äldres tjänst, Äldreassistent – ett framtidssyrke (SOU 2008:126), behandlade frågan om vilken kunskap/kompetens som äldreomsorgens baspersonal behöver. Utgångspunkt var äldre personers *”behov av värdighet, trygghet och kvalitet i den omsorg och vård som finansieras av kommunerna”*. I betänkandet konstateras att det finns ett behov av att beskriva, tydliggöra och utveckla *”de mycket komplexa kunskaper och färdigheter som baspersonalen inom äldreomsorgen har och som omsorgs- och vårdyrket närmast de äldre kräver”*. Det som behövs enligt betänkandet är att personalen har en kombination av professionella yrkeskunskaper och ett professionellt förhållningssätt.

Målet var enligt utredningen att all omsorgspersonal ska ha grundläggande kompetens. Det skulle bidra till ökad kvalitet och effektivitet i äldreomsorgen och öka möjligheterna *”att uppnå socialtjänstlagens intentioner att ge äldre människor möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra”*.

I utredningen (SOU 2008:126), betonas också vikten av ett gott bemötande som en kvalitetsfaktor inom äldreomsorgen.

”att bemötas med respekt av personal med rätt kompetens är avgörande för att äldre kvinnor och män i behov av omsorg och vård ska uppleva sin tillvaro som värdig och trygg. Personalens kompetens och engagemang är i detta sammanhang den viktigaste faktorn för kvaliteten och tryggheten i äldreomsorgen. Fler personer blir allt äldre och fler äldre kvinnor och män får sin vård och omsorg i den ordi-

²³ Enligt det allmänna rådet ska grundläggande utbildning för omsorgspersonal omfatta 1400 gymnasiepoäng inom omvårdnadsprogrammet (varav 1100 p i de programgemensamma karaktärsämnena och 300 p i gerontologi och geriatrik). De som har utbildning inom gymnasieskolan motsvarande SOSFS:12 kallas undersköterskor. De som saknar denna grundutbildning kallas vårdbiträden.

²⁴ De 12 kunskapsområdena som ska ingå i vård och omsorgspersonalens utbildning är; värdegrund, förhållningssätt och bedömningsförmåga, kommunikation, regelverk, det normala åldrandet, åldrandets sjukdomar, funktionsbevarande omsorg m.m., social omsorg, kropps nära omsorg, måltid, mat och näring, skötsel av hemmet, omsorg i livets slutskede och hälso- och sjukvård

nära bostaden eller i särskilt boende mot att tidigare ha vårdats inom slutenvården. Detta har inneburit att arbetet inom vård och omsorg om äldre har blivit alltmer kvalificerat och mångfacetterat. Det kräver att personalen har både bredd och djup i sin kompetens”

Bra förhållanden för personalen i hemtjänst

Personal som arbetar med äldreomsorg och även övriga människovårdande organisationer har i några avseenden andra förutsättningar än de som arbetar med varuproduktion eller rena servicetjänster. Arbetet innebär att arbeta med relationer och möten där mottagarna är beroende av insatserna och där tjänsterna har ett brett fokus.

Optimala förhållanden för vård och omsorgspersonal överensstämmer i hög utsträckning med de faktorer som personer som har äldreomsorg framhåller som de viktigaste för att de ska uppleva den vård och omsorg som de får som positiv. För att kunna ge individanpassad hjälp behöver omsorgspersonal ha:

- tillräckligt konkret kunskap om den person som de ska hjälpa
- tillräckligt med tid i mötet med vårdtagaren samt
- kontinuitet i relationen dem emellan
- ett eget handlingsutrymme

Forskare och olika styrdokument framhåller vikten av att både vård- och omsorg utförs ur de enskilda individernas perspektiv, så kallad personcentrerad²⁵ vård- och omsorg (Socialstyrelsen 2010b). Det centrala är att se individen bakom sin sjukdom eller funktionsnedsättning och att utgå från individens perspektiv och upplevelser av sin situation.

Tänkarna är inte nya. Wærness (1996) introducerade begreppet omsorgsrationalitet. Det innebär att vård- och omsorgspersonalen anpassar sig till omsorgstagaren och utgår från hans/ hennes specifika situation. Arbetet ska bidra till att stärka de enskilda omsorgstagarnas förmågor och utföras med förnuft, inlevelse, empati och känsla. Kvaliteten i omsorgstjänster är enligt henne beroende av den personliga relationen mellan omsorgsgivaren och omsorgsmottagaren. Relationen bygger på konkret kunskap om omsorgsmottagaren och dennes livssituation. Planering och organisering av omsorgsarbete utgår från omsorgens specifika karaktär och ska skapa utrymme för den handlingsfrihet som är nödvändig för att kunna hantera individuella behov och oväntade situationer.

Börjesson (2008) jämförde socialt arbetet med social omsorg och framhöll att *”anspråket på det personliga engagemanget, kravet på den professionella medmänskan är ännu mer betydelsefullt än när det gäller det sociala arbetet”*.

²⁵Enligt Edvardsson (2010) kännetecknas personcentrerad vård av att patienten är delaktig och inkluderas i alla delar av sin egen vård.

Hemtjänstens förutsättningar

Det är kommunerna som avgör förutsättningarna för hemtjänstenheternas verksamhet. Både vilka kvalitetskrav som gäller och den ekonomiska ersättningen. Det innebär att förhållandena i landet varierar.

De kvalitetskrav som kommunerna ställer finns ofta formulerade i olika måldokument och i upphandlingsunderlag. Exemplet nedan är från Eskilstuna kommun. Utöver de övergripande målformuleringarna finns också ett antal mer specifika krav.

Övergripande mål i Eskilstuna kommun

Verksamheten ska inriktas på att den enskilde får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Den enskilde ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Insatser i ordinärt boende syftar till att aktivt stödja och hjälpa den enskilde att leva ett så normalt och självständigt liv som möjligt. Det innebär att personer i så stor utsträckning som möjligt och efter förmåga, ska delta i utförandet av beslutade insatser med målet att behålla, förbättra eller återskapa funktioner.

Omsorg, vård och service ska anpassas efter den enskildes behov och förutsättningar och bidra till den enskildes möjligheter att bo kvar i sin ordinarie bostad.

Utföraren ska bidra till att brukare snarast kan återkomma hem efter en sjukhusvistelse och utföraren ska aktivt bidra till att kommunens betalningsansvar gentemot landstingets slutenvård är låg. Nödvändiga individuella hjälpmedel ska vara på plats vid hemgång.

Källa: <http://www.eskilstuna.se/sv/Omsorg-och-hjalp/Aldre-seniorer1/Boenden/Gemensamma-sidor-for-alla-boenden/Overgripande-mal-och-kvalitetskrav1/> Hämtad den 9 januari 2014

Vad händer när ett biståndsbeslut når hemtjänsten?

Beställning av hemtjänst

Biståndsbesluten är grunden för de individuella beställningarna som hemtjänstenheten får. De innehåller ofta både vilka tjänster som hemtjänsten ska utföra, hur ofta och vilken tid hemtjänsten får till sitt förfogande. Därför är beställningarna de avgörande både för de äldres upplevelser av hemtjänsten och för personalens arbetsförhållanden och arbetsmiljö. Även biståndsbeslutens/beställningarnas utformning påverkar hemtjänstpersonalens förutsättningar och brukarnas inflytande och kontroll.

Socialtjänstlagens krav på hur ett beslut ska utformas är att det ska innehålla en beslutsmening och en motivering. Motiveringarna har betydelse när beslut överklagas. Hur besluten om hemtjänst utformas kan delas in i två kategorier som rör hur detaljerat det som har beviljats anges.

Minst detaljerade är *rambeslut* som avser ett visst antal insatser som ska utföras inom en viss tid, men där den äldre har frihet att byta olika insatser mot varandra. Enligt Socialstyrelsen (2010a) kan ett beslut om hemtjänst vara formulerat så att det ger ett visst utrymme för anpassning om den enskildes behov vari-

erar mellan olika dagar. Beslutet måste dock vara så preciserat att den enskilde vet vad han eller hon är beviljad för hjälp.

Detaljerade beslut kan utformas på två olika sätt. Det ena är att biståndsbeslutet anger ett visst antal insatser, men ingen tid. Mest detaljerade är beslut som avser ett visst antal insatser och där det i beslutet är specificerat hur lång tid de olika insatserna får ta. Tidsangivelserna kan vara mycket detaljerade och omfatta så korta tider som enstaka minuter.

I en del kommuner används biståndsbesluten som beställning hos hemtjänstutförarna. Andra kommuner har speciella beställningsblanketter.

Biståndsbesluten innehåller en hel del information om de enskilda personerna. Vilken information som hemtjänstenheterna får ta del av varierar.

Genomförandeplan

När en hemtjänstenhet får en ny beställning ska brukaren och (en representant för) hemtjänstenheten/ företaget tillsammans göra en genomförandeplan²⁶ (SoL 11:3) för hur hjälpen praktiskt ska genomföras och följas upp. Genomförandeplanen ska också ligga till grund för den löpande dokumentationen av insatserna. Det är enligt Socialstyrelsen (2010a) viktigt att planen är aktuell och revideras vid behov. En rekommendation är att de som har hemtjänst ska ha en kontaktperson bland personalen med ett speciellt ansvar för att insatserna fungerar.

Schemaläggning

När en hemtjänstenhet får ett nytt uppdrag läggs insatserna in i enhetens schema. Flera studier pekar på svårigheterna att beräkna personalbehovet och att schemalägga hemtjänstpersonalens arbete. En anledning är att hjälpbehoven varierar och att det under en arbetsdag ofta inträffar händelser som innebär att personalen måste göra avvikelser från sina scheman. Det kan vara någon hjälptagare som blir sjuk eller att akuta hjälpbehov uppstår av andra skäl.

En annan svårighet är när den planerade bemanningen omkullkastas på grund av sjukfrånvaro eller annan frånvaro, som inte täckts med vikarier.

Det är vanligt att personalens scheman görs med hjälp av IT-stöd. Ofta är geografisk närhet den styrande faktorn för schemaläggningen för att arbetet ska bli så effektivt som möjligt, trots att kontinuitet är den faktor, som de äldre framhåller som den viktigaste.

Tiderna och ersättningen styr

Ersättningen som utgår och tiderna som biståndshandläggarna beviljar för de olika tjänsterna är de mest avgörande faktorerna både för de utförda tjänsternas kvalitet och vård- och omsorgspersonalens arbetsförhållanden.

²⁶ Genomförandeplanen är en journalhandling och bör tillhöra brukarens personakt.

Ersättningarna till hemtjänstenheterna

Det finns olika modeller för hur ersättningarna till hemtjänstenheterna beräknas och prissätts. Utvecklingen har gått från anslagsfinansiering till ersättning för utförd tid som registreras med IT-teknik. Andra sätt att utforma ersättning till hemtjänst är olika former av nivåersättningar.

I vissa modeller ingår tiden för förflyttningar som en schablon. Tanken är att ersättningen ska täcka även den tiden. Det blir problematiskt framförallt när det inte finns någon undre gräns för hur kort en hemtjänstinsats kan vara.

Eftersom beställningarna till hemtjänsten förändras kontinuerligt är det ofta svårt för enheterna att beräkna sina intäkter. Det försvårar för dem att ha fast personal. Som en följd av det har antalet timanställda ökat. Uppgifter från Socialstyrelsen (2013) visar att de privata företagen har en avsevärt högre andel timanställda än de kommunala enheterna.

Utförs den beviljade hemtjänsttiden?

En tendens under många år har varit att tiden som beviljas för att utföra hemtjänstinsatserna har blivit kortare. Följden blir att hjälpen utförs i högt tempo och med risk för tidsbrist. Det är ofta en förutsättning för att ersättningen ska täcka kostnaderna. En följd av tidsbrist är att pensionärer kan få sin hjälp inställd, förkortad eller senarelagd och utförd av stressad personal

En rapport från de fackliga organisationerna Akademikerförbundet SSR och Kommunal (2013) pekar på riskerna att all beviljad tid inte kommer de äldre till del. Enligt rapporten finns brister i flera led, från biståndsbeslutet till att hemtjänstinsatserna utförs. I första ledet förhindras biståndshandläggarna i många fall att göra professionella bedömningar beroende på hög arbetsbelastning och mer eller mindre uttalade krav på att hålla nere kommunens utgifter. När hemtjänstpersonalen, i nästa led, ska utföra de beslutade insatserna sker ytterligare neddragningar eftersom all tid inte läggs ut på deras arbetsscheman. Det tredje ledet där tiden kapas är enligt rapporten hemma hos de äldre när personalen utför tjänsterna. Eftersom deras scheman är så tidsmässigt snäva hinner de inte utföra alla insatser.

Utvecklingen med snävare tidsramar går att utläsa i olika sammanställningar av statistikuppgifter om antalet anställda i hemtjänsten. Det är idag ett mindre antal personal som utför äldreomsorg till ett större antal hjälptagare. År 2011 uppgick det totala antalet årsarbeten²⁷ i hemtjänsten i riket (kolla) till 161400 (Socialstyrelsen 2013c). Det var en minskning i jämförelse med 2007 då antalet var

²⁷ Antalet årsarbetare räknas fram med hjälp av den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade. Årsarbetare anger hur många anställda det skulle ha varit om den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade summeras till heltidsanställningar. För timavlönade beräknas årsarbetsciffran utifrån antal arbetade timmar månaden före mätmånaden dividerad med 165, som är en schablon för heltidssysselsättning för en månad.

163 100 årsarbeten. Under perioden 2007 till 2011 minskade antalet månadsanställda med 6 procent (a.a.).

Den statistik som finns om hur omfattande hemtjänsten är, baseras på beviljad tid, men hur många timmar som utförs vet man inte. Socialstyrelsen (2005) gjorde en beräkning baserad på uppgifter från 49 kommuner under sju år. Den visade att hjälptagarna i genomsnitt fick 60 procent av den beviljade tiden. Studien visade att de som var bedömda att få mycket hjälp fick hjälp i lägre grad än de som blivit beviljade mindre hjälp. De möjliga orsaker till glappet som nämndes var att biståndsbesluten kanske inte var aktuella och bedömningen av tidsåtgång inte så tillförlitliga. Några senare liknande studier finns inte.

Tidigare studier av äldreomsorgspersonalens arbetsmiljö (Dellve 2000) lyfte fram olika riskfaktorer i arbetet. De var bland andra:

- arbete under tidspress
- ergonomiskt svåra lyft
- svåra känslomässiga krav
- ett bristande ledarskap
- olika former av bristande stöd till personalen

Studier som har gjorts under senare år visar att dessa riskfaktorer fortfarande är relevanta. Vård- och omsorgspersonal inom äldreomsorgen utsätts för stress, har ofta lågt inflytande över sitt arbete och får sällan feedback från sin arbetsledning. Det som de upplever som positivt är kontakterna med de äldre och att arbetet är meningsfullt. Även rapporter i media från bland annat Stockholm, Göteborg och Uppsala har under de senaste åren uppmärksammat vårdpersonalens förhållanden.

Korta tider och oväntade händelser bidrar till stress

I arbetet inom hemtjänsten finns som tidigare framkommit, ett stort inslag av oförutsedda händelser och uppgjorda planer måste ofta ändras. Det krävs en mental beredskap hos personalen att ständigt vara beredd på oväntade situationer. Det krävs också tidsmässiga resurser. Flexibilitet och smidighet är ett måste, men inte tillräckligt när det är personalbrist och fullbokade scheman.

Hemtjänstenheterna har ofta en strikt bemanning utan utrymme/reservtid inlagd i sina scheman för sjukfrånvaro eller för den vanliga situationen att en vårdtagare oväntat får ett ökat hjälpbehov. Det innebär att det ofta inte finns några reserver att ta till vid oplanerade händelser. Wikström (2005) uppmärksammade att tiden som vårdbiträden har till förfogande hemma hos en äldre, inte bara påverkas av de arbetsuppgifter som ska utföras, utan också av bemanningsläget och av andra hjälptagares behov.

En följd av att arbetsuppgifterna ofta avviker från vad som är planerat var enligt Wahlgren (1996) att personal i hemtjänsten kände sig stressade även när de inte var så arbetsbelastade. En förklaring var att i ett arbete, som kännetecknas av

mycket skiftande beläggning bär personalen hela tiden med sig upplevelsen av att arbetet är stressigt.

Ellström (1997) som studerade hemtjänsten uppmärksammade en annan konsekvens av att tidsåtgången i arbetet ofta tenderade att avvika från planerna. Om arbetet tog för lång tid fick det konsekvenser för de uppgifter som skulle göras senare. Om arbetet gick fortare var det svårt att omfördela eller spara tidsvinsten. Det medför att det alltid finns en osäkerhet.

En annan svårighet som de snävt tidsberäknade arbetsuppgifterna för med sig är att personalen har svårt att anpassa sina insatser till de äldres skiftande hjälpbehov. Hemtjänstpersonalen har bråttom och hinner bara göra det allra viktigaste. Tiden det tar att förflytta sig mellan olika vårdtagare är inte alltid inlagd i personalens scheman.

Ellström (2003) påpekar att tidsbristen i äldreomsorgen återverkar negativt på arbetsmoralen och på personalens känsla av att inte vara nyttig. Den ger också upphov till stress som grundar sig på att personalen har kunskap om en persons hjälpbehov som de inte kan tillgodose, eller att de har kunskaper om hur hjälpbehovet ska tillgodoses men kan inte ge hjälpen på det sättet. Personal som inte har tid att göra det de kan, vet och vill göra och heller inte kan påverka sin situation riskerar att drabbas av samvetsstress när de kläms mellan allt mer krävande arbetsuppgifter och med allt mindre resurser (Juthberg 2008, Johanson 2013) För att minska stressen och eventuella skador framhåller Ellström vikten av att personalen fortlöpande har möjlighet att diskutera hur de förhåller sig till arbetet.

Utveckling av äldreomsorgen

De problem som det nuvarande sättet att bedriva/organisera hemtjänst har medfört, är inte okända. I många kommuner pågår utvecklingsarbete med syfte både att förbättra för de äldre som har äldreomsorg och för medarbetarna. De exempel som redovisas i detta avsnitt gäller:

- olika former av generell stöd och service till äldre
- olika former av förenklad ansökan om hemtjänst
- nya möjligheter för äldre att få individuellt stöd i samband med att de sökt vård inom slutenvården
- flerprofessionella team som ger stöd till äldre och/eller bedömer hjälpbehov
- hemtjänst som utvecklat organisationen av det dagliga arbetet
- hemtjänst integrerad med hemsjukvård

Alternativa sätt att förmedla hemtjänst

Intentionerna med socialtjänstreformen 1982, att reformera socialtjänsten och i högre utsträckning erbjuda generella sociala tjänster som invånarna skulle kunna efterfråga, har inte infriats i så stor utsträckning utan i princip all äldreomsorg

förmedlas som individuellt bistånd jämlikt socialtjänstlagens biståndsparagraf (Lindelöf & Rönnbäck 2004).

Under de första åren på 1990-talet och framåt startade dock ett antal kommuner försök att förmedla hemtjänst som en generell insats. Syftet var ofta att ge pensionärerna större inflytande. Istället för biståndshandläggning fick hemtjänstchefer ansvaret att ingå avtal med de äldre som ville ha hemtjänst och som uppfyllde de kriterier som ställdes. Linköpings kommun är det mest kända exemplet (Henriksson & Önstorp 2006). De flesta försöken blev kortvariga eftersom de överklagades genom kommunalbesvär. Överklagningarna behandlades i domstol och flera domar (Kammarrätten i Göteborg 1998, Länsrätten i Vänersborg 1998, Länsrätten i Västmanlands län 2003, Länsrätten i Örebro län 2000) var helt eniga om att bistånd till enskilda personer kräver beslut enligt Sol 4:1. En kommun kan enligt kommunallagen inte ge enskilda personer individuellt stöd utan att det grundar sig på ett beslut jämlikt Sol 4:1 eller att det finns stöd i en annan lag. De fällande domarna innebar i de flesta fall att projekten avbröts²⁸

Trots de fällande domarna och kraven på en fullständig biståndsbedömning har många kommuner fortsatt att på olika sätt försöka göra det enklare för pensionärer att ansöka om hemtjänst. Motivet för fler kommuner som erbjuder äldre service med förenklad biståndshandläggning eller med stöd av LKB (befogenhetslagen) är att i första hand rikta biståndsbedömningen till de äldre som har mer omfattande behov.

Myndigheten för vårdanalys (2013) har gjort en nationell genomgång av kommunernas arbete med *”förenklad hantering av ansökningsförfarandet om hemtjänst med serviceinsatser”*. Av den framgår att antalet kommuner som tillämpar någon form av förenklat ansökningsförfarande har ökat från 2006 och framåt. Rapporten visar att 2012 tillämpade 150 av landets 290 kommuner enbart traditionell biståndshandläggning. 110 kommuner hade någon form av förenklade hantering.

Ett sätt är att erbjuda äldre möjlighet att ansöka om servicetjänster med så kallad förenklad biståndsbedömning. Ofta innebär det att ansökan görs via en blankett (även elektroniskt) där de sökande lämnar olika uppgifter och får besvara frågor med anknytning till sitt hjälpbehov. En biståndshandläggare fattar sedan beslut med stöd av de lämnade uppgifterna. Kriterier för att få hjälp är ofta att vara

²⁸ Socialstyrelsen har i ett meddelandeblad (Socialstyrelsen 2013b) klargjort det nuvarande rättsläget för handläggning av ärenden om hemtjänstinsatser av servicekaraktär. I korthet gäller att socialtjänstlagen inte ger utrymme för någon form av förenklad handläggning. Alla utredningar om bistånd enligt Sol 4:1 ska innehålla samtliga moment som förvaltningslagen föreskriver. Regeringen beslutade 2006 (Prop. 2005/06:115 s. 86) att det inte behövs någon speciallagstiftning för förenklad biståndshandläggning, utan bedömde *”att en sådan ordning inte var lämplig och dessutom skulle ta ifrån beslutsfattaren (socialnämnden) rätten att avgöra vilken utredning som behövs i varje enskilt fall”*(a.a.) Regeringen framhöll också att *”det inte är möjligt att peka ut något enskilt område där det aldrig kan anses uppkomma behov av en mer omfattande utredning och som därför inte skulle lämpa sig för en förenklad biståndshandläggning (a.a.)”*

skrivna i kommunen, ha uppnått en viss ålder och att ha någon funktionsnedsättning.

Motiven för att införa förenklade modeller var att:

1. frigöra tid för biståndshandläggarna
2. göra handlägningsprocessen enklare för brukarna och
3. öka brukarnas inflytande

Enligt rapporten från Myndigheten för vårdanalys har förenklat förfarande inte bidragit till högre kostnader. Av rapporten framkom också att en del kommuner beviljade serviceinsatser till äldre med stöd av socialtjänstlagen och att andra åberopade LKB. I några av kommunerna var lagstödet oklart. Ålderskravet varierade mellan 65 och 85 år och även vilka tjänster som erbjudandena omfattade skilde sig åt.

I 60 av de 110 kommunerna gick det att byta vissa insatser mot en annan insats genom så kallade flexibla timmar eller rambeslut. På så vis kan de som använder sig av tjänsterna påverka innehållet.

I rapporten redovisas några skillnader för dem som ansöker om serviceinsatser med ett förenklat förfarande eller enligt traditionell biståndsbedömning. En fördel med det förenklade förfarandet är enligt rapporten att det kan minska tröskeln att ansöka om hemtjänst och innebära att äldre ansöker om hemtjänst tidigare. De som ansöker förenklat behöver inte besvara frågorna om privatlivet som ingår i en traditionell ansökan.

Några kommuner pekade på att ett förenklat förfarande innebär en risk att hjälpen inte omfattar alla de behov som en sökande har. Ett annat förhållande som uppmärksammades var att de som ansöker enligt en förenklad modell kan få mer insatser än vad de hade beviljats om de hade ansökt enligt den traditionella modellen.

Erfarenheter av förenklad handläggning i Stockholm

I en utvärdering av ett försök med förenklad handläggning i två stadsdelar i Stockholm (Hjalmarson 2006) var det vanligt att de som hade ansökt om hemtjänst enligt den förenklade modellen²⁹ visade sig ha mer omfattande behov än vad de själva hade bedömt och att de efter en kort tid övergick till att få ordinarie hemtjänst. Det framkom också att flera inte hade ansökt om hemtjänst tidigare för att de inte ville bli biståndsbedömda.

Biståndshandläggarna ansåg att det var mycket positivt att pensionärerna, som deltog i projektet bestämde vad som skulle göras. I intervjuerna framkom att de i det ordinarie handlägningsarbetet upplevde att de satte gränser för pensionärerna, på ett sätt som de inte tyckte var bra. Bland annat när det gällde hur ofta vissa insatser skulle ske. Ofta tyckte de att pensionärernas begäran var rimliga,

²⁹ Pensionärerna kunde få serviceinsatser max fyra timmar i månaden med förenklad handläggning.

men var ibland förhindrade att tillmötesgå dem, med hänsyn till den praxis som tillämpades.

En fördel med den förenklade handläggningen var enligt biståndshandläggarna också att pensionärerna inte behövde lämna så mycket information om sig själva. I en ordinarie utredning ingick frågor, som de inte tyckte var nödvändiga för att bevilja hjälp med service.

Förutom att den förenklade handläggningen initialt var enklare, ansåg biståndshandläggarna att det också var en stor fördel att eventuella förändringar av hjälpsatserna inte krävde några administrativa åtgärder från deras sida. Att förändra ett ordinarie beslut om hemtjänst var i princip lika tidskrävande som om det gällde ett helt nytt beslut. Biståndshandläggarna upplevde att den ordinarie handläggningen av en ansökan om städning ofta blev en så stor sak för pensionärerna. En så ingående utredning ”*kändes konstig*” när ansökan gällde mindre serviceinsatser som oftast motiverades av ett ”naturligt åldrande”. Enligt biståndshandläggarna var det svårt att få rätt balans mellan kraven på rättsäkerhet och smidighet och tyckte att de överarbetade handläggningen för hjälp med enklare insatser (a.a).

Erfarenheter från Linköping

För drygt 20 år sedan började Linköpings kommun förmedla serviceinsatser till äldre med serviceavtal istället för biståndsbedömning. Numera görs en förenklad biståndsbedömning även för omsorginsatser.

Syftet med Linköping modell att förmedla hemtjänst är att ge de äldre större beslutanderätt och därmed också ökat inflytande över sin vardag. Ett annat syfte är att förenkla administration och minska dubbelarbetet, att både biståndshandläggare och utförare parallellt inhämtar uppgifter om de äldre som behöver hemtjänst för att kunna besluta respektive utforma insatserna.

Linköpings kommun erbjuder alla över 75 år om upp till sex timmar ”boservice” per månad utan traditionell biståndsbedömning. De insatser som ingår i boservice är städning, tvätt, inköp, matlåda och trygghetslarm. Brukaren kontaktar utföraren³⁰ direkt för att beställa tjänsterna och dem emellan ingås ett serviceavtal. Serviceavtalet går inte att överklaga. Avsikten med avtalet är att förenkla för brukaren, minska administrationen för kommunen samt frigöra resurser som istället kan användas till information och uppföljning.

Vid ansökan om personlig omvårdnad gör brukare och utförare tillsammans en genomförandeplan utifrån ADL-trappan³¹ som fångar behovet av hjälp i vardagen. ADL-trappan omfattar moment såsom matlagning, bad eller dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning mellan säng och andra möbler, hjälp vid måltider med mera. Med den gemensamma bedömningen som grund skrivs ett serviceavtal som skickas till biståndshandläggaren för ett formellt beslut enligt 4

³⁰ Cheferna för hemtjänstenheterna utbildas för att kunna göra serviceavtal

³¹ Aktiviteter i Dagligt Liv

kap 1 § SOL. Handläggaren kontaktar brukaren och följer upp att insatserna verkställts. Ett sådant beslut går att överklaga.

Äldreomsorgstaxan i Linköping är utformad så att avgiftens storlek ökar efter antalet hemtjänsttimmar i små steg. Det är först vid omfattande hjälp som avgiften når upp till det högsta tillåtna beloppet.

Kommunen anser att det förenklade sättet att ansöka om hemtjänst innebär att de har fokus på att de äldre får sina behov tillgodosedda istället för att inleda en utredning och att det bidrar till att ”myndigförklara medborgarna”. Enligt kommunen upplevs ansökningsförfarandet som enkelt både av de äldre och av utförarna och kommunens administration har förenklats. Det har inte gått att påvisa vare sig någon ökad efterfrågan eller högre kostnader.

Linköpingsmodellen ger också vårdpersonalen en annan roll i hemtjänsten i och med att de är med och planerar de individuella insatserna. Personalen får en mer *kompetent roll* i förhållande till kunden och kan utan att fråga någon överordnad ändra på de tjänster som den äldre vill ha (Henriksson & Önstorp 2006).

Nya yrkesroller för biståndshandläggare

Några kommuner har skapat helt nya roller för biståndshandläggare. De här reviderade exemplen är hämtade från Nacka och Mölndal. Där finns äldrevägledare respektive vård- och omsorgssamordnare. Deras uppgift är att ge äldre information och stöd i samband med sjukhusvård. Funktionerna har dock delvis olika inriktning.

Äldrevägledare och vård och omsorgssamordnare

Rydeman (2013) behandlar i sin avhandling de äldres situation under utskrivningsprocessen från sjukhus. Hon konstaterar att *de äldre känner sig utsatta och sårbara beroende på sjukdom, kroppslig skörhet, osäker livssituation samt att man befinner sig i en sjukhusmiljö som man är mer eller mindre bekant med*. Utskrivningsprocessen beskrivs som en risksituation, ”*i vilken hela deras existens kan hotas och medför osäkerhet om de kan fullfölja sina livsprojekt*. Resultatet visade vidare att de äldre vill hem, men önskar att utskrivningsprocessen ska vara ”*den bro*”, som de behöver mellan sjukhuset och hemmet.

I Nacka kommun finns sedan några år tillbaka en äldrevägledare som har sitt arbete förlagt till Nackageriatriken. Hennes uppgift är att ge äldre patienter information om vilken hjälp som kommunen kan ge dem efter sjukhusvistelsen och i förekommande fall att förbereda dem för vårdplanering. Bakgrunden till att funktionen inrättades var att personalen på Nackageriatriken upplevde att det var vanligt att deras patienter var oroliga före utskrivningen. De upplevde också att många patienter tyckte att vårdplaneringen kunde vara svår att förstå och kännas skrämmande. En av Nackageriatrikens chefer önskade att vårdplaneringarna skulle förändras så att de i stället för att bestå av ett möte skulle göras successivt i en process där patienterna kunde ha flera möten med en biståndshandläggare. Patienterna skulle på så sätt i möjligaste mån kunna slippa de stora

möten, som vårdplaneringarna kunde vara. Fördelarna skulle vara att biståndshandläggarna skulle ha större möjlighet att göra bättre underbyggda bedömningar och patienterna skulle få möjlighet att hinna tänka igenom vilken hjälp de ville ha/behövde”.

2010 startade Nacka kommun och Nackageriatriken ett samverkansprojekt som innebar att en äldrevägledare placerades på sjukhuset med målsättning att öka patienternas trygghet och självständighet. Försöket föll väl ut och verksamheten är nu permanentad. En utvärdering (Karp & Österman 2012) visade att patienter som hade träffat äldrevägledaren var nöjda med den information som de hade fått och att de hade kunnat framföra sina önskemål vid vårdplaneringen och fått sina önskemål tillgodosedda. De intervjuade patienterna hade också förslag på hur äldrevägledarens arbete kunde utvecklas. Bland annat önskade de att hon kunde vara deras företrädare vid vårdplaneringar och att de skulle kunna ringa henne även efter sjukhusvistelsen om de behövde ytterligare information och vägledning. En annan tanke var att även anhöriga skulle kunna vända sig till henne och få råd och stöd.

Intervjuerna med personalen på Nackageriatriken och inom Nacka kommun visade att de också hade mycket positiva erfarenheter av äldrevägledarens arbete (a.a.)

I Mölndal finns två vård- och stödsamordnare med en funktion, liknande äldrevägledarens. En skillnad är att deras uppgift också är att ge äldre stöd och hjälp efter sjukhusvistelsen. De söker upp äldre personer när de vårdas på Mölndals sjukhus eller träffar dem i deras hem efter utskrivningen. I arbetssättet ingår att de efter behov tar med sig kollegor med olika professioner för att kunna belysa de äldres behov ur fler perspektiv. De har ett nära samarbete med biståndshandläggarna. Syftet med vård- och omsorgssamordnarnas arbete är att minska risken för återinläggning på sjukhus (Mölndals stad 2011).

I intervjuer med äldrevägledaren och en vård- och omsorgssamordnare framkom att de hade flera liknande erfarenheter trots att deras uppdrag inte är helt identiska. En gemensam erfarenhet var att samtalen med de äldre fick ett bredare perspektiv än de hade haft när de träffade äldre i rollen som biståndshandläggare. I samtalen kom de äldre själva till tals bättre än vid en vårdplanering och de hade mer tid att lyssna i sina nya yrkesroller än vad de hade haft som biståndshandläggare. De berättade att samtalen framförallt fokuserat på hjälpbehoven och på insatser som skulle kunna bli beviljade eller avslås. De intervjuade sa att de äldre är mer i fokus när de möter dem i sina nya yrkesroller och att de i större utsträckning har den äldres perspektiv och hela deras livssituation som utgångspunkt.

”Komhemteam”

I några kommuner ingår biståndshandläggare i team tillsammans med andra yrkesgrupper i samband med att en äldre person skrivs ut från sjukhus. Ofta är syftet att göra en noggrannare bedömning av behoven av vård och omsorg för att försöka förhindra återinläggning på sjukhuset. På Norra Hisingen och i Mölndal

finns så kallade ”*komhemteam*”. I ett sådant team ingår ofta biståndshandläggare, sjukgymnast, arbetsterapeut och en undersköterska. Förutom att bedöma hjälpbehovet, hjälper personalen i dessa team de äldre att förbereda sig för att återvända till sitt hem och utför även hemtjänsten hos dem den första tiden efter utskrivningen för att se hur hjälpbehovet utvecklas.

Hemtjänstpersonal deltar i biståndsbedömningen.

En svårighet för biståndshandläggare är att på den korta tid de ofta har till sitt förfogande att avgöra hur omfattande en persons behov av hemtjänstinsatser är.

I en stadsdelsförvaltning i Stockholms stad genomfördes ett projekt där vårdbiträdena fick i uppgift att tillsammans med de äldre under hjälptidens första två veckor komma fram till vilka insatser de behövde ha från hemtjänsten (Norman 2007). Biståndshandläggarna fattade ett mer övergripande beslut om vilka insatser en person skulle få. Under hand kunde sedan vårdbiträdet och de äldre tillsammans komma fram till att utöka eller minska hjälpinsatserna. Brukarna fick också ett större inflytande av hur hjälpinsatserna utformades.

Resultatet visade att biståndshandläggarnas administration minskade, även antalet telefonsamtal från de äldre och vårdbiträdena minskade och biståndshandläggarna fick tid över att arbeta mer med uppföljningar. Hemtjänstpersonalen upplevde att de hade fått ökat inflytande över arbetet och att deras kunskaper och kompetens togs till vara. De äldre var nöjda med den hjälp de fick, men upplevde inte att de fått något ökat inflytande över hjälpen. Projektet avbröts på grund av att det nya sättet att fatta biståndsbeslut inte ansågs motsvara lagens krav.

Hemtjänst som utvecklat sitt arbetssätt

Under våren 2012 genomfördes ett utvecklingsarbete i Skönsmons hemtjänst i Sundsvall (Swan et al 2012). Kommunen har sedan 2010 arbetat med utvecklingsarbete, med utgångspunkt i systemteori. Erfarenheterna av de metoder som kommunen hade använt tidigare, *specialisering genom ökad funktionalisering*, var att de inte hade gett de förväntade ekonomiska resultaten. Syftet med utvecklingsarbetet var att använda kommunens resurser på ett mer effektivt sätt.

Projektet inom hemtjänsten gjordes i två faser. Den första var en kartläggning av ”*nuläget*”, där en del var att besvara frågan vad hemtjänsten är till för? Enhetens kunder och anhöriga intervjuades om vad som var viktigt för dem. Resultaten visade att enheten inte levde upp till kundernas önskemål. Den faktor som kunderna ansåg var viktigast var kontinuitet. Att få besök av så få olika personer som möjligt. Undersökningen visade att de i genomsnitt hade besök av 26 olika personer under en månad. Den som hade sämst kontinuitet besöktes av 58 olika personer under en månad.

En processkartläggning visade dessutom att en stor del av arbetet som utfördes inte var till direkt nytta för kunderna. Bland annat förekom dubbelarbete, oklara ansvarsförhållanden och svårigheter med informationsöverföringen.

Kartläggningen visade att flera tidigare försök att minska kostnaderna, i form av olika besparingar, inte hade fungerat. En slutsats var att organisationen behövde ett nytt sätt att tänka för att bli bättre på att utföra det som kunderna efterfrågar.

I projektets andra del utvecklade hemtjänstenheten ett nytt arbetssätt för att bättre kunna möta kundernas behov. Arbetet utgick från syftet med hemtjänsten, att ge kunderna det stöd som de behöver så att de kan klara sig själva och uppnå livskvalitet. Utgångspunkten var att förbättra kontinuiteten, vilket innebar stora förändringar i sättet att arbeta. Efter att ha testat i mindre skala implementerades det nya arbetssättet i hela hemtjänstgruppen.

Tidigare hade personalen mycket litet inflytande över hur arbetet planerades. Schemalaggingen gjordes med hjälp av ett IT-verktyg som prioriterade arbetet efter geografisk närhet.

Nu har personalen ansvar för hemtjänstens alla delar. De planerar arbetet och gör både dagsscheman och personalscheman och rekryterar vikarier. Tack var det har de möjlighet att planera om arbetet vid förändringar när en kund exempelvis åker till eller kommer hem från sjukhuset. De har också tagit tillbaka arbetsuppgifter som de tidigare hade utlokaliserat, bland annat larmbevakning och matdistribution, något som också har bidragit till bättre kontinuitet. Personalens ökade ansvar har i sin tur påverkat enhetschefens arbete, som nu är mer inriktat på övergripande frågor.

Utvärderingen (Swan et al 2013) av projektets del två, när det nya arbetssättet infördes visar att både kunderna och personalen var nöjda. Det nya arbetssättet har medfört att:

- kontinuiteten har förbättrats. Kunderna får numera i gennomsnitt besök av 10,5 personal per månad och som mest 20 personal.
- lägre sjukfrånvaro och
- mindre användning av vikarier.

Slutsatser som drogs (a.a.) var att den tidigare kontrollen av personalens arbete behövde ersättas av tillit och lyhördhet. För att utveckla kvaliteten och påverka kostnaderna inom hemtjänsten behöver ledningen lyssna på medarbetarna och åtgärda de problem som finns i systemet, som hindrar medarbetarna från att leverera hemtjänst med bra kvalitet. En vanlig metod för att effektivisera hemtjänsten är att dra ner på personal vilket enligt rapporten (a.a.) påverkar organisationens förmåga att tillgodose kundernas behov på ett negativt sätt. En förutsättning för att kunna utföra hemtjänst med bra kvalitet och god lönsamhet är enligt rapporten att utgå från kunskap, kundernas behov och syftet med verksamheten. Utvecklingsarbetet ledde till insikten att hela organisationen måste stödja lärande och innovationsarbete för att nya arbetsmetoder implementeras. Enligt utvärderingen krävs att hemtjänsten arbetar efter en logik med utgångspunkt i kundernas behov och det som skapar värde för dem inom ramen för verksamhetens uppdrag.

Hemvårdsteam med integrerad hemsjukvård

Lidköpings kommun har utvecklat äldreomsorgen på ett ovanligt sätt. Målsättningen är att satsa på förebyggande insatser³² och att försöka göra det enkelt att vara äldre. Som ett led i de ansträngningarna erbjuder kommunen³³ de som har fyllt 80 år max 8 timmar servicetjänster³⁴ per månad utan biståndsprövning. De kan vända sig direkt till en kommunal servicegrupp och beställa de tjänster de vill ha. Timmarna kan användas till allt utom fönsterputs men även till trädgårdsarbete³⁵.

Serviceinsatser för dem som är under 80 år och för omvårdnadsinsatser kräver ett biståndsbeslut.

I januari 2013 genomförde kommunen en omorganisation som innebar att det bildades 10 hemvårdsgrupper med ansvar för varsitt geografiskt område. I hemvårdsgrupperna ingår en enhetschef, undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och biståndshandläggare, som arbetar i team. Enhetschefen är teamledare. I kommunen finns sex biståndshandläggare, som ansvarar för ett eller flera hemvårdsområden. För att det ska vara lätt och enkelt för de äldre är de inte specialiserade, utan handlägger ansökningar av alla former av äldreomsorg

Varje hemvårdsgrupp ansvarar för mellan 30 och 130 personer. Omorganisationen inleddes med ett pilotprojekt (Ekberg 2011).

Kommunen har hemsjukvårdsansvaret för de äldre och hemvårdsgrupperna ansvarar för hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering. I samband med omorganisationen utökades antalet tjänster som arbetsterapeut och sjukgymnast.

För de personer som är inskrivna i hemsjukvården och inte kan komma till vårdcentralen på egen hand finns en läkare³⁶, som har ett nära samarbete med hemvårdsgruppernas sjuksköterskor. Läkaren gör hembesök och samarbetet ger möjligheter till snabba konsultationer och insatser.

Hemvårdsgrupperna får betalt för utförda insatser. Hemtjänst och hemsjukvård ersätts på olika sätt.

Tanken med hemvårdsgrupperna är att de ska arbeta med ett aktiverande och rehabiliterande förhållningssätt, som innebär att försöka hitta "rätt nivå" för insatserna. Hjälpen ska vare sig vara för omfattande eller för liten. En strategi som

³² Ett Senior centret arbetar hälsofrämjande och förebyggande med information och olika aktiviteter. Utgångspunkten är fyra områden, meningsfullhet, fysisk aktivitet, goda matvanor och social gemenskap. Ex på aktiviteter är: Seniorguide - ett telefonnummer för alla frågor som rör äldreomsorg, restaurang & café, volontärverksamhet, fallprevention, syn och hörselverksamhet, anhörigstöd och uppsökande verksamhet. Dessutom finns mötesplatser för äldre runt om i kommunen.

³³ Kommunen tillämpar inte LOV

³⁴ (Priset var i januari 2013 117 kr per timma. De som har låga pensioner betalar efter taxan.

³⁵ Åldersgränsen för s.k. yttre hemtjänst är 75 år utförs av en särskild servicegrupp.

³⁶ Läkaren är gemensamt finansierad av de lokala vårdcentralerna.

de tillämpar är att ge mycket hjälp i början av ett uppdrag och sedan fasa ut insatserna så snart som möjligt. Målet är att brukarna ska kunna leva så självständigt som möjligt och därmed kunna behålla sin självkänsla. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter erbjuder träning i hemmet och tränar de funktioner de äldre behöver kunna för att klara vardagen på egen hand. Så snart en vårdtagare klarar en uppgift själv minskas hjälpen.

Hemvårdsgrupperna har ett fast möte varje vecka när de följer upp hur arbetet går. Diskussionerna utgår från de olika vårdtagarnas genomförandeplaner. De arbetar också med kvalitetsregistret Senior alert³⁷, som ett planeringsunderlag för insatserna.

Den intervjuade biståndshandläggaren berättade att de har korta handläggningstider och arbetar för att göra det möjligt för äldre att skrivas ut från sjukhuset så snart som möjligt. Ett vårdplaneringsteam på sjukhuset förbereder de äldre på att det ska bli en vårdplanering. Så många som möjligt av teamets professioner brukar vara med vid vårdplaneringarna. Tack vare det kan de organisera hemtjänst med mycket kortare varsel än tidigare. Ofta kan de klara att ta hem hjälpmedel och ställa upp med personal flera gånger per dag med endast en dags framförhållning.

När en person kommer hem från sjukhuset gör teamet ofta ett gemensamt hembesök. Ibland tar de emot i porten. Hemvårdsgruppens medlemmar berättade att de från början var oroliga att det inte skulle kännas bra för de äldre när de var så många som kom. Erfarenheterna har visat att de äldre ofta tycker att det är bra. Informationen som de får blir både mer komplett och konkret. Det gör enligt de intervjuade att kunderna blir mer trygga, vilket de i sig tror gör att de äldre efterfrågar mindre hjälp.

Medlemmarna i teamet gör genomförandeplanerna tillsammans och i dialog med brukarna. Den grundar sig på en bedömning av den äldres funktionsförmåga och är sedan utgångspunkten för vårdpersonalens arbete. Insatserna följs upp senast efter en månad. Då är ofta kontaktpersonen med.

Med tanke på att äldre ibland återhämtar sig snabbt, berättade biståndshandläggaren att de oftast fattar beslut som gäller för en relativt kort tid.

³⁷ Senior alert ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg.

Intervjuer med medarbetarna i hemvårdsgruppen, som hade varit pilotprojekt och som hade samarbetat under några år, visade att de såg många fördelar med att arbeta i team. De framhöll att:

- Teamet skapar trygghet både för dem som de vårdar och yrkesmässigt.
- De har korta kommunikationsvägar. De träffas varje dag och behöver inte ringa varandra. Det är lätt för sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor att följa med personalen hem till de äldre.
- De olika professionerna lär sig av varandra. De kan snabba sätta insatser när det behövs.
- Det är lätt och snabbt att få hem hjälpmedel.
- De äldre kan vårdas kortare tid på sjukhuset i och med att de kan ge kvalificerade insatser i hemmet. Kommunen har inga "färdigbehandladdagar".
- Biståndshandläggaren betonade att hon har kommit närmare vårdtagarna.

Den viktigaste effekten av arbetssättet är enligt teamets medlemmar att det skapar trygghet för de äldre. Teamet bedömde att det nya arbetssättet fördröjer behovet av särskilt boende och även minskar behovet av korttidsboende³⁸. De tror också att färre personer vårdas på sjukhus den sista tiden i livet.

Ytterligare en annan effekt enligt de intervjuade var att vårdpersonalen "är lyfta i sitt arbete, att de har förstått hur viktiga de är.

³⁸ Antalet personer som bor i särskilt boende i Lidköping minskar och de har ingen kö.

DISKUSSION

Hemtjänst med förändrade förutsättningar

Att ta hand om de äldre med behov av vård och omsorg är en av välfärdssamhällets viktigaste funktioner. Utgångspunkten för denna rapport har varit det faktum att många äldre, biståndshandläggare och hemtjänstpersonal inte är nöjda med hur hemtjänst förmedlas idag och de förhållanden och förutsättningar som det medför. Ett syfte var att belysa hur biståndsbesluten om hemtjänst påverkar de hjälpinsatser de äldre får och vård- och omsorgspersonalens arbetsförhållanden. Ett annat syfte var att identifiera behov och möjligheter att förändra det nuvarande sättet att förmedla äldreomsorg.

En sammanfattning av resultatet visar i korthet att olika förhållanden som påverkar äldreomsorgen har förändrats sedan socialtjänstlagen trädde i kraft.

Konsekvenser för de berörda parterna

Förändringarna har fått olika konsekvenser för de tre grupper som studien utgår ifrån. Bilden som ges av hemtjänsten är att både de äldre och hemtjänstpersonalen saknar tillräckligt inflytande, att biståndsbedömningen inte fullt ut fungerar som det var tänkt och kanske heller inte behövs i sin nuvarande form.

...för de äldre

De äldres situation påverkas både av vilken hjälp de blir beviljade och på vilket sätt hemtjänstenheten/företaget de valt arbetar.

Myndighetsutövningen

De äldre har endast ett begränsat inflytande i biståndsbedömningen när det gäller vilken hjälp de ska få och i vilken utsträckning. Eftersom tjänsten utförs i det egna hemmet är detta förhållande extra känsligt. Många som blir biståndsbedömda tycker att det är obehagligt att inte själva få avgöra vilka hjälpinsatser de behöver. Det gynnar inte de äldre, att i mötet med kommunen, att kanske bli ifrågasatta om de verkligen behöver hjälp, när deras förhållanden i övrigt ofta har försämrats. Att då möta en myndighetsperson riskerar att förstärka känslan av maktlöshet och att inte längre kunna påverka sin situation. Även om de tjänstemän de möter är trevliga och tillmötesgående.

I den situationen behöver många äldre istället stöd för att hitta ett sätt att förhålla sig till en ny livssituation. För de allra flesta är det ett mycket stort steg att söka hjälp. Dessutom är det hjälp som de helst vill klara sig utan. Därför är bemötandet och mottagandet viktigt för att underlätta för äldre att hantera den nya situationen.

Personer med kognitiv svikt eller demenssjukdom saknar ibland insikt om att de behöver stöd och hjälp. Dessa äldre kan riskera att fara illa om de inte får hjälp.

Gränsen mellan individens rätt att bestämma själv och kommunernas skyldighet att ge hjälp till socialt utsatta personer är ofta svår att hantera. Både ur ett etiskt och juridiskt perspektiv.

En annan aspekt av biståndshandläggningen är att den kräver att de äldre lämnar en hel del personlig information, något som kan upplevas som ett intrång i den personliga integriteten. Det nuvarande sättet att förmedla äldreomsorg med formell handläggning upplevs också av många som komplicerat och det kan vara svårt att förstå biståndshandläggarnas roll.

Hemtjänst

Hur hemtjänsten utförs, påverkas framförallt av biståndsbesluten och hur den valda hemtjänstenheten arbetar. Indirekt påverkas de äldre i allra högsta grad av kommunernas ersättningssystem. Både vilken tid som de kan debitera och timerättningens storlek.

Rapporter och forskning visar att det är stora skillnader i kvaliteten. Den kan variera från mycket bra till ej godtagbar, vilket på ett mycket påtagligt sätt påverkar de berörda äldres vardag. Det finns kvalitetskrav som är bindande för utförarna. Trots det finns många exempel på att hemtjänst bedrivs på en nivå långt under de angivna kraven. Såväl inspektionsrapporter eller olika utvecklingsprojekt har ofta visat sig inte ge någon bestående förbättring. Inte bara för de äldre som idag får äldreomsorg, som de inte upplever håller måttet och för personalen som önskar sig bättre förhållanden. Rapporterna om kvalitetsbrister och missförhållanden innebär med stor sannolikhet att kommunerna betalar stora summor för tjänster som inte tillgodoser de äldres behov.

... för vård och omsorgspersonalen

Hemtjänstpersonalens arbete präglas ofta av ett högt arbetstempo och lågt inflytande över arbete. Den situationen behöver förändras

Hemtjänstutförarna kan inte påverka tiden för hur lång tid ett uppdrag beräknas ta att utföra och inte heller timtaxan. De innebär att de är bakbundna på ett sätt som skiljer hemtjänsten från andra servicetjänster där utförarna oftast har kontroll både över vilken tid de debiterar och vilket pris de tar. Att hemtjänsten har rimliga förutsättningar är också angeläget med tanke på problem med att rekrytera och behålla personal.

De uppdrag som hemtjänsten utför är idag betydligt mer kvalificerade än förr och gäller inte längre bara hemmets skötsel utan även omvårdnad och delegerade medicinska uppgifter. Det innebär att personalen i hemtjänsten måste vara kvalificerad, och ha förutsättningar att dagligen anpassa de insatser som ges till den aktuella situationen. Biståndsbeslut som anger vad som ska göras kan därför i vissa situationer vara helt irrelevanta.

... för biståndshandläggarna

Biståndshandläggarna pressas ofta av hög arbetsbelastning i form av många klienter och av omfattande administration. De riskerar att i sin myndighetsutövning i allt för hög utsträckning styras av de ekonomiska resurserna istället för de behov de äldre faktiskt har. De har inte den frihet att fatta beslut som krävs för att garantera att besluten motsvarar de äldres behov. Det har ibland beskrivits som att biståndshandläggarna fått en grindvaksroll.

En svårighet för biståndshandläggarna är att bedöma hur omfattande hjälpbehovet är eftersom förhållandena när de fattar beslut ofta inte är optimala. Det är svårt att bilda sig en uppfattning om vilka behov en person har när beslutet måste fattas omgående, vilket vanligt när äldre skrivs ut efter en sjukhusvistelse. För att kunna fatta rätt beslut krävs ett mer dynamiskt arbetssätt med flera möten och där fler professioner kan samverka..

För personer med kognitiv svikt eller demenssjukdom tillkommer svårigheten för biståndshandläggare att motivera dem som inte förstår sitt hjälpbehov att ta emot hjälp. Särskilt grannliga är de situationer där en personen absolut inte är motiverad att ta emot hjälp, men där kommunen inte kan avstå från att sätta in hjälp eftersom kommunerna har det yttersta ansvaret för invånarna.

Att varje beslut, även en mindre ändring kräver relativt omfattande administration är ytterligare ett problemområde.

Mycket att lära av de redovisade exemplen

Samtliga exempel som redovisas i ett tidigare avsnitt, visar intressanta sätt att utveckla biståndsbedömningen och hemtjänsten. En kombination av några av modellerna skulle tillsammans kunna vara byggstenar i en alternativ modell för att förmedla hemtjänst.

- Det finns olika exempel på hemtjänst som förmedlas som ett generellt stöd till äldre, där **Linköping** är den kommun som har den mest omfattande modellen och som har den längsta erfarenheten.
- Möjligheter för äldre i **Nacka och Mölndal** att få individuellt stöd i samband med att de har vårdats inom slutenvården.
- Hemtjänst, integrerad med hemsjukvård och behovsbedömning som i **Lidköping**
- Hemtjänsten i **Skönsmon i Sundsvall** som har utvecklat organisationen av det dagliga arbetet för att kunna ge de äldre god kontinuitet.

Behövs myndighetsbeslut för hemtjänst?

Tankarna som fanns i Socialtjänstlagens förarbeten att sociala tjänster i så hög utsträckning som möjligt skulle vara generella börjar, börjar bli mer vanliga, men har ännu inte fått ett allmänt genomslag.

Behövs det myndighetsbeslut för att få hemtjänst? När det finns en så stor enighet om målen för äldreomsorgen. Ingen är emot att äldre ska få den vård och omsorg som de behöver. Ingen ifrågasätter heller rätten för äldre som inte kan klara sig själva längre att få hemmet städad, disken diskad, maten inhandlad eller assistans med toalettbesök och personlig hygien. Är det då nödvändigt att ansökningar, som gäller så centrala hjälpbehov, för att vardagen ska fungera, handläggas med så höga formella krav. När forskningen också visar vilka svårigheter det innebär?

Det nuvarande sättet att förmedla hemtjänst, med myndighetsbeslut lägger stor vikt vid ansökningsförfarandet och situationen när biståndsbeslut fattas. Trots att det nästan är omöjligt att efter ett enstaka samtal bedöma hjälpbehovens omfattning. Framförallt om kraven är att besluten ska vara mycket detaljerade.

Erfarenheter från flera kommuner visar att risken för överkonsumtion av hemtjänst är liten eller försumbar även när hemtjänsten blivit mer tillgänglig. Äldre föredrar i allmänhet att klara sig på egen hand så länge det är möjligt.

Hemtjänst utan biståndsbedömning?

Ett sätt för kommunerna att möta de äldre med behov av hemtjänst skulle kunna vara att lämna ”grunden” mer obebakad. Istället för att fokusera på ansökningssituationen (biståndsbedömningen) skulle kommunerna kunna rikta mer uppmärksamhet mot den hemtjänst som utförs och hur de äldre som får hemtjänst upplever den (uppföljning).

Socialtjänstlagen ger kommunerna ansvar för att kontinuerligt följa upp alla biståndsbeslut, men detta görs sällan varken på individnivå och på verksamhetsnivå. I de flesta kommuner har biståndshandläggarna endast sporadisk kontakt med hjälptagarna för att se hur insatserna fungerar. Biståndshandläggarna har också små möjligheter att kontrollera att utförarna har gjort de insatser som de fakturerar och som det ofta är biståndshandläggarnas uppgift att attestera.

För att förmedlingen av hemtjänst utan myndighetsbeslut, ska fungera väl, måste den utgå från målgruppens behov och situation. De som har hemtjänst är dock ingen enhetlig grupp utan både ålder, levnadsförhållanden och hjälpbehoven varierar. Detta till trots kan de ändå antas ha vissa gemensamma behov.

En utgångspunkt bör vara kunskapen om att äldre personer värderar att kunna leva så oberoende som möjligt och trots behov av hjälp kunna ha inflytande över sin vardag. En annan utgångspunkt är att de äldre själva vet vilken hjälp de behöver, att de kan bedöma sina behov och även kan avgöra när de behöver ha hjälpen, och efter en tid även av vem.

Trots antagandet att de äldre själva vet vilken hjälp de behöver är det inte ovanligt att de som ansöker om hemtjänst behöver/uppskattar stöd och hjälp med att till exempel formulera sina hjälpbehov. Frågan är vilket stöd de behöver initialt och vilket stöd de kan behöva senare när de har hemtjänst eller andra insatser från äldreomsorgen?

Personer med kognitiv svikt eller demenssjukdomar är också en grupp som i hög utsträckning behöver stöd för att ansöka om hemtjänst.

Så här skulle det kunna fungera...

En modell för att förmedla hemtjänst som en generell rättighet skulle kunna innehålla följande delar. En utgångspunkt är att de nuvarande reglerna för avgifter behålls.

1. Kommunerna fastställer vilka regler och kriterier som ska gälla för att kunna få hemtjänst.
2. Kommunerna erbjuder kvalificerad stöd- och vägledning till de äldre invånare som behöver. Inte bara vid ansökningstillfället utan tjänsten finns hela tiden tillgänglig och kan användas för olika ändamål.
3. För att garantera att hemtjänsten håller utlovad kvalitet får kommunernas skyldighet att kontinuerligt följa upp de hemtjänstinsatser som ges både på individuell nivå och på enhetsnivå en högre prioritet.
4. Möjligheten att ansöka om äldreomsorg enligt socialtjänstlagen finns kvar för hjälpbehov utöver de som riktlinjerna anger eller för personer med nedsatt juridisk rättshandlingsförmåga.
5. Kommunerna bedriver ett strukturerat förebyggande och uppsökande arbete

Fördelarna för de äldre i det här exemplet är att det blir enklare att ansöka om hemtjänst. Modellen är också enklare att förstå. För de som uppfyller kriterierna blir hemtjänsten en rättighet vilket påverkar deras position i relation till kommunen när de ansöker. De äldre får en starkare ställning. En avgörande faktor är att kommunerna verkligen utvecklar uppföljningen av hemtjänsten. För personer med kognitiv svikt, demens eller andra funktionshinder kommer kommunens uppsökande verksamhet vara lika viktigt som idag.

I de följande avsnitten beskrivs de fem delarna mer ingående.

1. Kriterier och regler för hemtjänsten

Kommunerna avgör enligt det här alternativet vilka kriterier som ska gälla för att få hemtjänst (både service och omvårdnad). Kriterier för att ha rätt till hemtjänst kan vara att ha en viss ålder och/eller att ha funktionsnedsättningar, som motiverar behovet av hjälp.

De som uppfyller kriterierna ska själva kunna avgöra vilka insatser de vill ha inom de angivna ramarna. I de kommuner som idag erbjuder hemtjänst med ser-

vicetjänster utan biståndshandläggning eller med förenklad handläggning finns olika modeller för hur detta kan organiseras. På vilket sätt äldre personer kan få tillgång till hemtjänsten kan organiseras på olika sätt och måste utgå från de lokala förutsättningarna. Det finns exempel där kontakterna mellan de äldre och kommunen kan skötas via blanketter, via nätet eller genom en kontakt med en tjänsteman. I Lidköping finns ett informationscenter för äldre. I Linköping finns det inom varje hemtjänstenhet (även de privata) en företrädare (ofta en enhetschef), som har kommunens godkännande att göra överenskommelser med enskilda personer om hemtjänst. I kommuner med många utförare krävs en annan organisation.

Hemtjänstens tjänster kan presenteras på olika sätt. En utgångspunkt kan vara de riktlinjer eller insatskataloger som kommunerna ofta redan har där det framgår vad de olika tjänsterna innebär och hur lång tid de beräknas ta.

2. Personligt stöd och vägledning till de äldre

I rapporten har tidigare tecknats en bild av att det innebär en stor omställning att inte längre klara vardagen utan hjälp. Många av de som har hemtjänst är både i hög ålder och har nedsatt kognition vilket innebär att de befinner sig i en utsatt situation. Behovet av stöd varierar bland de som har hemtjänst och förändras också över tid.

Det kan finnas behov av personligt stöd både i samband med ansökan och kontinuerligt därefter. I situationen när äldre ansöker om hemtjänst önskar/ behöver många få information om hemtjänsten och vägledning för att komma fram till hur hjälpen ska utformas. Under tiden hemtjänsten pågår kan äldre kontinuerligt behöva råd, men också personligt stöd eller stöd i kontakten med hemtjänstutföraren. De som har hjälp både från hemtjänst och från hemsjukvård samtidigt, kan behöva hjälp med att koordinera insatserna.

Med tanke på att de äldre som får vård och omsorg är i en beroendesituation och dessutom ofta har olika funktionsnedsättningar som påverkar deras förmåga att agera i egen sak skulle en sådan funktion kunna vara ett viktigt stöd för de äldre. Det gäller framför allt dem som har omfattande hjälpbehov. Att ha tillgång till personligt stöd kan troligen också öka tryggheten för både de äldre och deras anhöriga, något som kan vara avgörande för att klara av att bo hemma.

3. Stöd till personer med kognitiv svikt och demenssjukdomar

Den ovan beskrivna modellen fungerar inte för en del av dem som har kognitiva sjukdomar eller funktionsnedsättningar och som inte har insikt om sitt hjälpbehov. En svårighet idag är att socialtjänstlagen förutsätter att de som ansöker om hemtjänst har full juridisk handlingsförmåga. Det saknas för närvarande en lag som ger kommunerna möjligheter att ge personer med kognitiva funktionshinder hjälp, utan att de själva ansöker och ger sitt samtycke. Med tanke på att personer med kognitiva funktionshinder inte själva har förmågan att föra sin talan, kan det

för den här gruppen finnas ett behov av att ha ett starkare juridiskt skydd för de hjälpinsatser de bedöms behöva, men inte vill ta emot. Detta aktualiserar också behovet av att företräderskap regleras i lag.

I fall där en kommun inte kan komma överens med personer om vilken hemtjänst de kan få, ska det vara möjligt att pröva deras ansökningar om hemtjänst enligt socialtjänstlagen. Vid andra hjälpbehov där det inte finns samma grad av konsensus eller som är mer kostnadskrävande³⁹ kan det också finnas skäl att rätten till bistånd prövas enligt SoL även i framtiden. Både för den enskildes skull, men även för att säkra att allmänna medel används inom de beslutade ramarna.

4. Uppföljning av hemtjänsten

Det finns idag ett stort behov av att säkra att hemtjänstenheterna/företagen utför de uppdrag som de åtar sig. Både för att de äldre ska få den hjälp som de har rätt till och för att kommunen inte ska betala för insatser som inte har utförts.

Även om hemtjänst förmedlas som en generell rättighet krävs att kommunerna har kontroll över vilka som har hemtjänst, i vilken omfattning, tar ut avgifter och betalar ut ersättningen. Det är dock administrativa uppgifter.

5. Förebyggande och uppsökande insatser

En förutsättning för att kunna förmedla äldreomsorg som en generell rättighet är att kommuninvånarna får kunskap om vilka möjligheter de har att få insatser från hemtjänsten. Förutom allmän information till sina innevånare bör kommunen även bedriva uppsökande verksamhet. Det innebär bland annat att det måste finnas tydliga kontaktvägar för anhöriga, hälso- och sjukvård och primärvård, att aktualisera eventuella hjälpbehov hos enskilda individer.

Nya roller för biståndshandläggare och hemtjänstpersonal

Äldrevägledare, äldreomsorgens ansikte utåt

Hemtjänst som en generell rättighet, ger dem som idag arbetar som biståndshandläggare möjlighet att få en ny yrkesroll, att vara äldrevägledare⁴⁰. Med större betoning på socialt arbete och en kurativ och stödjande funktion. De skulle kunna fungera som äldrevägledare med uppgift att stödja de som behöver eller har hemtjänst eller andra former av äldreomsorg i olika situationer.

Även om hemtjänst förmedlas som service kommer det att finnas behov av flera av de arbetsuppgifter som biståndshandläggare utför idag. Framförallt att infor-

³⁹ Ex på kostnadskrävande insatser är plats i särskilt boende.

⁴⁰ Andra titlar som kan användas är vård- och omsorgssamordnare, lots etc.

mera och att motivera äldre att ta emot äldreomsorg. Skillnaden är att mötet mellan de äldre och en äldrevägledare får en annan karaktär. Det blir mer jämlikt.

Äldrevägledare skulle också kunna ordna de formaliteter, som även i fortsättningen kommer att behövas för att få hemtjänst. I de kommuner som har kundval behöver de informera om de olika utförarna.

En annan uppgift för äldrevägledare skulle vara att följa upp, att de som har hemtjänst är nöjda med de insatser de får, att dessa är tillräckliga och håller de uppställda kvalitetskraven. Det är uppgifter som idag utförs i mycket liten utsträckning och som är angelägna ur flera perspektiv. Bland annat för att underlätta för äldre att bo kvar i sina hem och på så sätt minska behovet av att behöva flytta till äldreboenden.

Äldrevägledare behövs också för uppsökande och förebyggande arbete. Kunskaperna om de äldres livsvillkor skulle kunna användas i kommunernas övergripande planering.

Rimliga förutsättningar för hemtjänst

Syftet med hemtjänsten är att insatserna om möjligt ska ge hjälp till självhjälp och underlätta kvarboende. Det ställer krav på att hemtjänsten utförs med god kompetens och att den också kan innehålla träning och rehabilitering som i exemplet från Lidköping.

Lämplig organisation

Det finns mycket som talar för att de organisatoriska förutsättningarna för hemtjänsten behöver anpassas bättre till hjälptagarnas behov och till verksamhetens karaktär. Att arbeta med vård och omsorg kräver, som utvecklingsprojektet i Sundsvall visar, en annan logik än tillverkningsindustrin. Verksamheten är mycket mer komplex. Kommunerna har successivt byggt ut äldreomsorgen för att möta de ökande behoven. Trots att mer pengar har tillförts totalt, har den utökade verksamheten och olika kostnadsökningar, i praktiken inneburit att stora besparingar har gjorts på enhetsnivå. De flesta kommuner har genomfört ett flertal omfattande omorganisationer för att med marknadsinspirerade styr- och ledningsfunktioner försöka komma tillrätta med kostnadsutvecklingen och budgetunderskott. Förändringarna har i hög utsträckning ägt rum på initiativ från de politiska nämnderna och förvaltningsledningarna och har primärt inte haft som mål att utveckla och förbättra vård- och omsorgsinsatserna, även om det funnits sådana förhoppningar.

Förändringar som framstår som angelägna nu är att organisera hemtjänsten på ett sätt som leder till hög kvalitet, goda arbetsförhållanden och effektivt resursutnyttjande. Det kan innebära ökade kostnader eftersom hemtjänsten idag på många håll är underfinansierad, både genom korta hjälptider och låg timersättning. Men i ett bredare ekonomiskt perspektiv där även sjukvårdskostnader tas med i beräkningen kanske de extra kostnader som kvalitetsbrister medför gör att kostnadsökningen de facto inte blir så stor.

God kontinuitet och tillräckligt med tid

Det finns, som tidigare har redovisats en hel del kunskap om vad som leder till hemtjänst med god kvalitet. God kontinuitet, att de äldre får ett större inflytande över hjälpinsatserna och ett rehabiliterande synsätt framstår som viktiga utgångspunkter för en sådan förändring.

Hemtjänst med god kvalitet kan inte ges med klockan i hand. Korta hjälptider kan motverka sitt mål eftersom det inte bara påverkar tjänsternas kvalitet utan också påverkar självkänslan hos de som får insatserna. Personal som har bråttom förmedlar en känsla till de äldre ”att inte vara värd mer än så här”. Det inger heller inte något förtroende hos dem som får hjälpen.

Tidsbristen medför att arbetsmiljön inom äldreomsorgen brister på många håll och det gynnar heller inte dem, som är beroende av hemtjänsten. Det är inte ovanligt att uppdrag som vårdbiträden får idag, är svåra eller i princip omöjliga att klara av. Att ha som arbetsuppgift att överlämna en matlåda med instruktionen ”utan samtal” för att referera till rapporten, Matlåda med eller utan samtal eller att få 25 minuter på sig för att ge en okänd mycket gammal person frukost och dusch är ovärdigt. Hur hemtjänstpersonalen utför insatserna ska istället bygga på kunskap. Det finns ett stort behov av att personalen får möjlighet att göra ett bra jobb och att öka professionaliteten.

Tiden för omsorgsarbetet är avgörande för att hemtjänstens arbetsförhållanden ska kunna förbättras. Det är i sin tur relaterat till hur ersättningssystemen utformas och gäller både vilken timersättning de får och hur de debiteras. Det ersättningssystem som tillämpas idag bidrar ofta till kortsiktighet och ger inte utrymme att ha fast personal, att ge personalen fortbildning, handledning och tid för reflektion. God kontinuitet kräver fast personal, men med de nuvarande ersättningssystemen är de ekonomiska riskerna att tillsvidareanställa personal för stora.

För att samarbetet mellan kommunerna och hemtjänstenheterna såväl kommunala som privata, ska fungera krävs att det finns ett stort mått av förtroende dem emellan och att de äldre som behöver hemtjänst är i centrum.

REFERENSER

- Akademikerförbundet SSR & Kommunal (2013). *Matlåda med eller utan samtal* Stockholm: Rapport 2013.
- Akademikerförbundet SSR (2013). *Kartläggning av biståndshandläggare inom äldreomsorg*. Stockholm: Akademikerförbundet SSR.
- Andersson, M. Hallberg, I R., Edberg, A-K. (2006). *Health care consumption and place of death among old people with public home care or in special accommodation in their last year of life*. Ageing, clinical and experimental research
- Andersson K (2004). *Det gäller att hushålla med kommunens resurser. Biståndsbedömarens syn på äldres behov*. Socialvetenskaplig tidskrift (11) nr 3-4, s 275-292
- Blomberg, Staffan, (2004). *Specialiserad biståndshandläggning i nom den kommunala äldreomsorgen – genomförandet av en organisationsreform och dess praktik*. (Akademisk. avhandling). Lund: Lunds universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Berggren, C. & Söderlind, C. (2009). *Ett steg på vägen – mot en förändrad biståndsbedömning inom äldreomsorgen*. Rapport 2009:2. Härnösand: FoU Västerbotten.
- Börjesson, B. (2008). *Förstå socialt arbete* Stockholm: Liber.
- Dunér, A.& Nordström, M.(2003). *Dilemman i biståndsbedömarnas yrkesutövning*. Rapport 1:2003. Göteborg: FoU i Väst
- Dunér, A.& Nordström, M.(2005). *Biståndshandläggningens villkor och dilemman inom äldre- och handikappomsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Edelbalk, P.G. & Svensson, M. (2006). *Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg*. Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:6. Stockholm: Konkurrensverket.
- Edelbalk, P.G. & Svensson, M. (2010). *Kundval i äldreomsorgen – Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL).
- Edebalk, P.G. (2011). *Kundval inom äldreomsorgen – om kunskap och forskningsbehov*, Lund: Meddelanden från Socialhögskolan 2011:7
- Edelbalk, P.G. (2013). *Äldreomsorgen ekonomi och utveckling*. I Andersson (red) *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter*. I Edvardsson, D red. *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; p. 29-37.

- Ekberg, C-H. (2011). *Kostandsutvecklingen inom hemtjänsten vid hemrehabilitering av äldre*. Magisteruppsats. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Ellström, P-E, Goldkuhl, G., Ekholm, B., Ellström, E. Röstlinger, K., Ericsson, M., Johansson R (1997). Verksamhetsdiagnos som grund för förändringsarbete inom äldreomsorgen. I: T Tydén, (red) *Den reflekterande kommunen. Kommuner och forskning i samverkan*. Stockholm: HSL förlag.
- Ellström, E., Ekholm, B., Ellström, P-E. (2003). *Verksamhetskultur och lärande om äldreomsorgens som lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur.
- Engström, B. (2013). *Rådslag inom hemtjänsten. Äldres upplevelser av utförande och bemötande samt förslag till förbättringar i Sigtuna kommunhösten 2012*. Rapport Sigtuna: Utredningsspecialisten och Sigtuna kommun.
- Falk, R. & Risberg, E. (2012). *RUT – en nödvändig lyx, äldre personer erfarenheter av och resonemang kring sitt användande av hushållsnära tjänster med rutavdrag*. C-uppsats, Stockholm: Stockholms universitet.
- Fors, S., Lennartsson, C., Agahi, N., Parker, G. M., Thorslund, M. (2013). Äldre har fått fler hälsoproblem men klarar vardagen bättre. *Läkartidningen* 2013:110 CA33 sid 1403- 1405.
- Gurner, U. & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hedberg, R-M., Norman, E. (2010). *Från ord till handling – från ansökan till utförd hemtjänst en studie på Kungsholmen*. Rapport nr 16 SNAC-K. Stockholm: Stiftelsen Äldrecentrum.
- Hellström Muhli, U. (2003). *Att överbrygga perspektiv. En studie av behovsbedömningssamtal inom äldreinriktat socialt arbete*. (Akademisk avhandling) Göteborg: Institutionen för vårdpedagogik.
- Henriksson, S. Örnstorp, B (2006). *Stöd utan krångel, Linköpingsmodellen inom svensk äldreomsorg*. Jakobsberg.
- Hjalmarson, I. (2002). *Kunskap finns*. Rapport 2002:7, Stockholm: Stiftelsen Äldrecentrum.
- Hjalmarson, I. & Norman, E. (2004). *Att välja hemtjänst SoS-rapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Hjalmarson, I. (2003). *Valfrihet i äldreomsorgen – en reform som söker sin form En utvärdering av kundvalsmodellen i Stockholms stad*. Rapport 2003:4, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Hjalmarson, I. (2006). *Man söker inte hjälp i onödan*. Rapport 2006:1, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Janlöv, A-C. (2006). *Participation in needs assessment of older people prior to public home help. Older persons', their family members', and assessing home help officers' experiences*. (Akad. avh). Lund: Lunds Universitet.

- Johansson, L. (2013). Tid, åldrande och omsorg. I Andersson (red) *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Juthberg, C. (2008). *Samvetsstress hos personalen i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden*. Umeå: Umeå universitet (akademisk avhandling).
- Jönsson, H. (2009). *Äldreomsorgen, ålderismen och de nästan döda* i Jönsson (red). Åldrande, åldersordning, åldersim, Linköping: Linköpings universitet.
- Kammarrätten i Göteborg (1998). *Dom i mål nr 1801-1998*.
- Karp, A. & Österman, J (2012). *Att få inflytande över sin egen vårdplanering - Äldrevägledare i Nacka kommun - en modell för att förbereda den äldre inför samordnad vårdplanering*. Rapporter 2012:2. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.
- Kastberg, G. (2010). *Vad vet vi om kundval. En forskningsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting (SKL).
- Konkurrensverket (2013). *Kommunernas valfrihetssystem – med fokus på hemtjänst*. Slutrapport KKV 2013:1. Stockholm: Konkurrensverket.
- Lagergren, M. & Johansson, P. Å. (1996). *Finns det systematiska skillnader i biståndsbesluten mellan socialdistrikten i Stockholm? En undersökning av biståndshandläggningen inom äldreomsorgen för sex socialdistrikt*. Rapport 1996:3. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Lagergren, M. (1997). *Rapport från undersökning avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Söderled*. Rapport 1997:12. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Lagergren, M. (1998). *Rapport från undersökning avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Hornstull*. Rapport 1998:8. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Lagergren, M. (2001a). *Rapport från undersökning avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Hässelby-Vällingby*. Rapport 2001:4. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Lagergren, M. (2001b). *Rapport från undersökning avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Vantör*. Rapport 2001:5. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Lagergren, M. (2002). *Rapport från undersökning avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Liljeholmen*. Rapport 2002:5. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Lagergren, M. (2004). *Rapport från undersökning avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Farsta*. Rapport 2004:6. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

- Lagergren, M. (2012). *Vad har hänt med resurserna för äldreomsorgen? En analys av kostnadsutvecklingen med uppdelning på befolkning, hälsa, insatser och kostnader per insats*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Lagergren, M. (2013). *Äldreomsorgens "debutanter"* Rapport 2013:7. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Larsson, K. (2004). *According to Need? Predicting Use of Formal and Informal Care in a Swedish Urban Elderly Population*. (Akademisk. avhandling) Stockholm: Stockholms universitet.
- Larsson, K. & Thorslund, M. (2004). *Äldres behov*. I *Att åldras tillsammans. En bok om åldrandet och äldreomsorgen*. Stockholm: Pensionärernas Riksorganisation och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Laslett, P. (1989). *As a fresh map of life. The emergence of the third age*. London: Weidenfeld och Nicolson
- Lindelöf, M & Rönnbäck, E. (2004). *Att fördela bistånd – om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. (Akademisk avhandling). Umeå: Umeå universitet.
- Lundvall, K. (2012). *Kvalitetshöjande konkurrens i valfrihetssystem – vad krävs?* Konsumentverkets uppdragsforskningsserie 2012:3. Stockholm: Konkurrensverket.
- Länsrätten i Vänersborg (1998). Dom i mål nr 4451-97.
- Länsrätten i Västmanlands län (2003). Beslut i mål nr 1170-03E.
- Länsrätten i Örebro län (2000). Dom i mål nr 966-00.
- Myndigheten för vårdanalys (2013). *Kartläggning av kommunernas arbetssätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet*. PM 2013:2, Stockholm.
- Måhlqvist, I., Åborg, C, & Forsman, M. (2011). *Styrformer inom vård och omsorg – en kunskapssammanställning om New Public Management* Rapport 2011:11. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.
- Mölnads stad (2011). *Vårdkedja – från akutmottagning till eget boende*. Slutrapport. Mölnadal: Mölnads stad.
- Norman, E. (2010). *Biståndshandläggare – att vakta pengar eller bedöma äldres behov?* Rapport 2010:13, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Stockholm.
- Norman, E. (2007). *Att ta tillvara vårdbiträdenas kunskaper i biståndsbedömningen*. Rapport 2007:11, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Norman, E. Schön, P (2005). *Biståndshandläggare ett omöjligt uppdrag*. Rapport 2005:4, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Olaisson, A. (2009). *Negotiating needs. Processing older persons as home care recipients in gerontological social work practices*. Akademisk avhandling, Linköping: Linköpings universitet

- Olby, B. (1997). *Äldres livsfrågor*. Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1997:2.
- Regeringens proposition 1979/80:1 Om socialtjänsten.
- Regeringens proposition 1987/88:176 Om äldreomsorgen inför 90-talet.
- Regeringens proposition 2005/06:115, Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.
- Regeringens proposition 2008/09:29 Lag om valfrihet.
- Regeringens proposition 2009/10:116 Värdigt liv i äldreomsorgen.
- Rahm Hallberg, I. (2006). *Filosofin som styr äldreomsorgen*. Artikel i tidningen Äldre i Centrum nr 3. 2006. Stockholm.
- Rydeman, I.B. (2013). *Discharged from hospital and in need of Home Care Nursing – experience of older persons, their relatives and care professionals*. (Akademisk avhandling) Stockholm: Karolinska institutet
- Rönnbäck, E. (2005). *Generell och individuell tilldelning av hjälp till äldre och funktionshindrade med stöd av socialtjänstlagen*. Projektutkast 2005-02-22. Sundsvall: FoU Västernorrland.
- Rönnbäck, E. (2008). *Att ta makten och ansvaret för sin utredning*. Rapport 2008:5 FoU Västernorrland.
- SFS (1986:233). Förvaltningslagen.
- SFS (1990:1404). Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
- SFS (1991:900). Kommunallag.
- SFS 2001:453). Socialtjänstlagen.
- SFS (2007:346). lag om skattereduktion för utgifter för hushållstjänster.
- SFS (2009:596). Ändring av socialtjänstlagen Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.
- SFS (2008/09:29). Lag om valfrihetssystem.
- SFS (2009:400). Sekretesslagen.
- SFS (2009:47). Lag om kommunala befogenheter (LKB), Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001). *Rättsäkerhet*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005). *Tid för vård och omsorg* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006). *Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre*.
- Socialstyrelsen,(2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer* Stockholm: Socialstyrelsen.

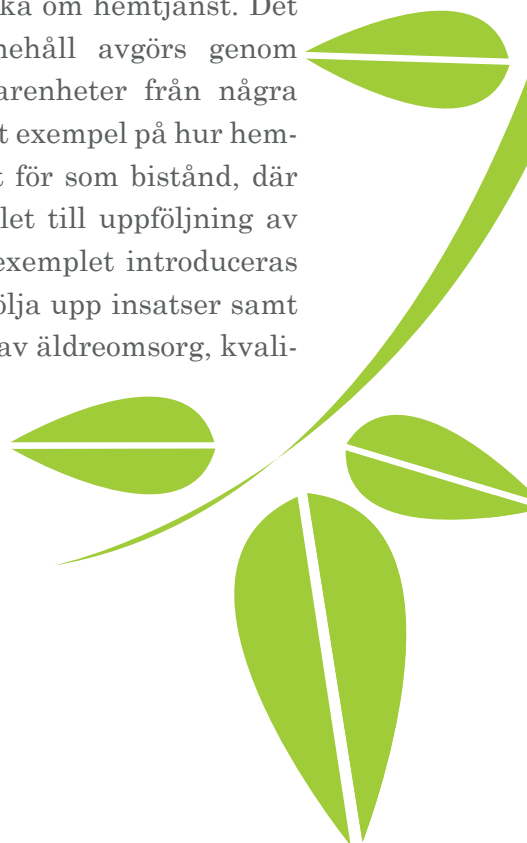
- Socialstyrelsen (2010). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten* Socialstyrelsen Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010b). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012a). *Att beskriva och bedöma behov med nationellt fackspråk inom äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012b). *Hemtjänst, hushållstjänster och servicetjänster utan behovsprövning*. Meddelandeblad nr 16/2012. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Stimulansbidrag LOV– delrapport 2013* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Äldres behov i centrum. Vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. Preliminär version 2013-02-15* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013c). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013*, Stockholm Socialstyrelserapport.
- Socialstyrelsen (2013d). *Handläggning av ärenden om hemtjänstinsatser av servicekaraktär* Meddelandeblad 4/2013 Stockholm Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:09 Om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete;. *Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*. Socialstyrelsens författningssamling, Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:12 Allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personale som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2012:12 *Ansvar för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden*. Socialstyrelsens författningssamling, Stockholm: Socialstyrelsen
- SOSFS 2013:27 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden Stockholm: socialstyrelsen.
- SOU 1997/98: 24 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Betänkande.
- SOU 2003:91 *Service i hemmet* Bilagdel D till Senior 2005.
- SOU 2008:15 *LOV att välja – lag om valfrihetssystem*. Betänkande av Frittvalutredningen.
- SOU 2008:51 *Värdigt liv i äldreomsorgen*. Betänkande av Vårdighetsutredningen.
- SOU 2008:126 *I den äldres tjänst. Äldreassistent ett framtidsyrke*. Ett betänkande av utredningen yrkeskrav i äldreomsorg.

- Svensson, M. & Rosen, P. (2004). Varför är det så svårt att göra öppna prioriteringar i äldreomsorgen? IHE rapport 2004:3. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Swan et al (2012). *Hemtjänst – vad är viktigt för kunden?* Rapport 2012:10, Härnösand: Kommunförbundet, FoU Västernorrland.
- Swan, Å. Blusi, M. (2013). *Hemtjänst - införandet av ett nytt arbetssätt med kunden i centrum* Rapport 2013:5. Härnösand: Kommunförbundet; FoU Västernorrland.
- Szebehely M (1995). Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten. Akademisk avhandling, Lund: Arkiv förlag,
- Szebehely M, red (2000). Valfärd, vård och omsorg. SOU 2000:38. Forskarantologi, Kommittén Valfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Szebehely, M. (2011). Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. I: Hartman, L. (red) Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? Stockholm: SNS:s förlag.
- Szebehely, M. (2012). Universell eller skiktad äldreomsorg – vem vinner och vem förlorar? I Andersson, L & Öberg, P. red *Jämlig ålderdom i samtiden och i framtiden?* Malmö: Liber.
- Thorslund, M. (2002). Dagens och morgondagens vård och omsorg. I Anderson, L. red *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur
- Thorslund, M. (2009). Äldreomsorgens dramatiska utveckling- om dilemman och målkonflikter. I u, Pettersson (red) *Etik och socialtjänst*. Stockholm: Gothia.
- Thorslund, M. & Wånell, S.E. (2006). Målen för äldreomsorgen en potemkinkuliss. I Thorslund, M. (red) *Åldrandet och äldreomsorgen*. Lund: Studenlitteratur.
- Thorslund, M. (2012). *Hälsa och ohälsa bland äldre* i Andersson, L. & Öberg, P. red i *Jämlikt åldrande? I samtiden och framtiden*. Malmö: Liber.
- Thorslund, M. (2013). *Dagens och morgondagens vård och omsorg*. I Andersson (red) *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Trydegård, G-B. (1994). Från kommandora till driftschef I Eliasson red *Omsorgens skiftningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Stockholms stads utrednings- och statistikkontor (2009). *Hemtjänsten i Stockholm – en enkät till brukarna hösten 2008*. Stockholm: Stockholms stad.
- Stockholms stad (2012). *Styrning, uppföljning och kontroll av beviljade insatser inom äldreomsorgen*. Stockholm: Stockholms stad, stadsrevisionen.
- Vabø, M. (2003). Mellan traditioner och trender. New public management som idé och praktik. I:M. Szebehely (red.) *Hemhjälp i Norden: illustrationer och reflektioner* (s. 63-87) Lund: Studentlitteratur.

- Waerness, K. (1996). *Omsorgsrationalitet. Reflektioner över ett begrepps karriär*. I: Eliasson, R. (red) *Omsorgens skiftningar. Begreppet vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Wahlgren, I. (1996). *Vem tröstar Ruth. En studie av alternativa driftsformer i hemtjänsten*. Akademisk avhandling Stockholm: Stockholms universitet, företagsekonomiska institutionen.
- Wikström, Eva. (2005). *Inflytandets paradoxer Möjligheter oh hinder för självbestämmande i hemtjänsten*. Licentiatavhandling Växjö: Växjö universitet.
- Westlund, P. & Edwardsson, B. (1998). *Tjänsteutveckling och kvalitet i äldreomsorg. Praktik och teori*. Lund: Studentlitteratur.
- Ågren, M. (1995). *En dag i taget. En rapport om livet vid 92 års ålder*. Rapport nr 75. Jönköping: Institutet för Gerontologi.

”Vem ska bestämma vad i hemtjänsten”, är en kunskapssammanställning som utgår från de äldres, biståndshandläggarnas och hemtjänstpersonalens perspektiv. Den beskriver de äldres situation och behov av stöd och hjälp, hur samhället möter dem som är i behov av hemtjänst samt hemtjänstpersonalens och biståndshandläggarnas situation. Rapporten beskriver också olika förändringar i samhället, som har påverkat hemtjänstens nuvarande utformning och förutsättningar.

För att få hemtjänst krävs sedan socialtjänstlagen trädde i kraft för drygt 30 år sedan ett biståndsbeslut. Visionen var då att flertalet av de tjänster som socialtjänsten erbjuder skulle förmedlas till invånarna som service och inte genom myndighetsutövning. Många kommuner runt om i landet har på olika sätt försökt göra det enklare att ansöka om hemtjänst. Det vanligaste är dock ännu att hemtjänstens innehåll avgörs genom biståndsbedömning. Med utgångspunkt från erfarenheter från några olika kommuner i landet avslutas rapporten med ett exempel på hur hemtjänst skulle kunna förmedlas som service istället för som bistånd, där kommunernas fokus flyttas från ansökningstillfället till uppföljning av hur hemtjänstinsatserna fungerar i praktiken. I exemplet introduceras en funktion som äldrevägledare, med uppgift att följa upp insatser samt kontinuerligt och på olika sätt ge äldre med behov av äldreomsorg, kvalificerat stöd och vägledning.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings-och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // www.aldrecentrum.se