

Aktuellt om äldreomsorgen



Oktober 2004

 SVENSKA
KOMMUNFÖRBUNDET

© Svenska Kommunförbundet

Oktober 2004

Upplaga: 5 000 ex

Tryck: åtta.45, Stockholm

Produktion: Ordförandet, 08-19 01 33

Förord

I denna skrift ger vi en aktuell bild av äldreomsorgen i Sverige. Avsikten är att på ett kortfattat sätt spegla läget inom svensk äldreomsorg och de utvecklingstendenser som vi nu kan se bland annat vad gäller insatser, kostnader, personalsituation med mera. Underlaget utgör främst uppgifter från officiell statistik inom SCB, Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet. Huvuddelen av statistiken redovisas fram till år 2003.

Skriften vänder sig till alla som är intresserade av att delta i debatten om äldreomsorgen vare sig det är en del i arbetet, det politiska uppdraget eller av allmänintresse. Det är vår förhoppning att skriften ska bidra till en nyanserad diskussion och utvecklingstendenser och krav på äldreomsorgens utformning.

Skriften har tagits fram av Svenska Kommunförbundet, sektionen för äldreomsorg och sjukvård. Författare är Josephine Lindgren och Irene Lindström. Bidrag till de olika avsnitten har lämnats av övriga medarbetare på sektionen och av Eva Palmheden Kalms och Lilian Gynne på utredningssektionen, Per Sedigh och Björn Sundström på finanssektionen, Lars-Ove Brander på arbetsgivarpolitiska avdelningen samt Lars Johansson på Landstingsförbundet.

Stockholm i oktober 2004

Margaretha Spjuth

Sektionen för äldreomsorg och sjukvård

Innehåll

Särskilt boende för äldre – en boendeform eller en vårdform?	5
Historik	5
Omstrukturering av särskilda boenden	6
Hemvård i en funktionell bostad	7
Framtidsperspektiv	7
Fakta om äldre	8
Den demografiska utvecklingen	8
Faktorer som påverkar vårdbehovet	10
Äldres ekonomi	11
Äldres hälsa och livsstil	11
Aktiviteter och nätverk	12
Kontakter med anhöriga	12
Äldre invandrare	13
Antal utrikes födda äldre	13
Äldreomsorg till äldre invandrare	14
Information på andra språk än svenska	15
Hälso- och sjukvård för äldre	16
Den medicinska utvecklingen och vårdtider	16
Vård till fler äldre personer	16
Kostnader för sjukvård	17
Äldres sjukvårdsutnyttjande	17
Äldres användning av läkemedel	19
Kommunernas stöd till äldre	21
Planering av bostadsområden och rekreationsområden	21
Boende för äldre	22
Äldre i ordinärt boende	22
Seniorbostäder	23

Stöd till äldre i ordinärt boende	24
Hemsänd mat	24
Bostadsanpassning	24
Färdtjänst	25
Trygghetslarm	26
Hemtjänst	26
Korttidsboende	30
Dagverksamhet	30
Den kommunala hemsjukvården	31
Demensvård	33
Hjälpmedel	34
Särskilt boende – omfattning och stöd	35
Äldre som får bistånd enligt LSS	37
Kommunernas stöd till anhöriga och närstående	39
Anhörigvårdare	39
Utveckling av stöd till anhöriga	39
Anhörigbidrag	40
Vård och omsorg i enskild regi	41
Olika former för vård i enskild regi	42
Entreprenader	42
Kundval/vårdgivarval	42
Organisationer utan vinstsyfte	43
Köp av enstaka platser på särskilda boenden och av hemtjänst	43
Personal och utbildning	44
Fler anställda	44
Sex av tio har omvårdnadsutbildning	46
Många av dem som rekryteras är födda utanför Sverige	46
Kvinnodominerade yrken	47
Åldersstrukturen påverkar rekryteringsbehoven	47
Allt färre slutar	48
Lediga och sjukskrivna	49
Arbetstid	51
Löner	52
Rekryteringsbehov och utbildningsbehov	53
Högskoleutbildningar inom vård och omsorg	53

Kommunernas ekonomi	55
Kommunernas kostnader	55
Finansiering av kommunernas verksamhet	57
Kostnader och finansiering av äldreomsorgen	58
Kostnader för äldreomsorgen	58
Kostnad per vårdtagare	59
Skillnader mellan kommunerna	60
Vad kostar hemtjänsten per timme?	61
Finansiering av äldreomsorgen	61
Jämställdhet inom äldreomsorgen	62
Andel äldre kvinnor och män med insatser från kommunen	62
Personal inom äldreomsorgen	65
Anhöriga	65
Äldre i EU	66
Medellivslängd inom EU	66
Vård och omsorg i EU	67
Samhällsvård eller anhörigvård?	68
EU och den åldrande befolkningen	69
Förteckning över figurer och tabeller	70
Litteraturlista	74

Särskilt boende för äldre – en boendeform eller en vårdform?

I den allmänna debatten framstår flyttning till särskilt boende som lösningen på hur äldrevården ska utvecklas framöver. En sådan inriktning förefaller lite märklig eftersom det är väl dokumenterat att människor så länge som möjligt vill klara sig själva och bo kvar i den bostad som de har valt. Det är inte heller så att antalet äldre över 80 år ökar under den närmaste 10-årsperioden, snarare tvärt om.

Vad diskussionen därför egentligen bör handla om är vilken del av kommunernas ansvarsområden som ska ha ansvar för äldres behov av bostäder. Ska det ske inom bostadsförsörjnings- och samhällsplaneringens område, eller är det äldreomsorgens ansvar att erbjuda alla äldre som önskar, kollektiva boendeformer oavsett vårdbehov.

Till den pågående diskussionen hör också frågan om det egna ansvaret för att planera hur man bor. Ska äldreomsorgen ta över ansvaret när en äldre person bor i en bostad som inte är tillgänglig och där hjälpmedel inte ryms om behov uppstår?

Det är spännande och viktiga frågor, som behöver ställas och som har sina rötter i ett historiskt perspektiv.

Historik

Äldreboende i dess olika former har ända sedan 1900-talets början inrymt en bostadspolitisk dimension jämsides med den sociala, och fram till att den allmänna folkpensionen infördes, även en försörjningsuppgift. I mångas föreställningsvärld lever idealbilden av 1960- och 1970-talens små ålderdomshem kvar. Ett ställe dit man kunde flytta när krämporna tilltog, för att bryta ensamheten, känna lukten av hemlagad mat och uppleva gemenskap med andra gamla.

Dagens särskilda boende har mycket litet gemensamt med den bilden. I dag är de flesta som beviljas bistånd svårt sjuka personer med mycket omfattande behov av personlig omvårdnad samt medicinska insatser och merparten, cirka 70 procent, har utvecklat en demens eller demensliknande sjukdom.

Omstrukturering av särskilda boenden

Varför minskar antalet platser i särskilt boende? Den frågan kan nästan bara besvaras utifrån historiska och lokala förutsättningar på kommunnivå. De demografiska, ekonomiska och geografiska skillnaderna i Sverige är avsevärda. Bostadsmarknaden ser olika ut i olika regioner. Efterfrågan, utvecklingen och utformningen av innehållet i särskilda boendeformer varierar utifrån lokala behov. Det är med andra ord en fråga som måste besvaras och lösas på det lokala planet.

Det finns ändå några generella drag i den pågående omstruktureringen som förtjänar att lyftas fram.

- Boendeformer som definierats som särskilda boenden, framförallt de s.k. servicehusen, fyller inte längre samma funktion. I stället har de övergått till det ordinära boendet, som till exempel seniorbostäder där den enskildes behov tillgodoses genom hemtjänstens och hemsjukvårdens insatser. Ändringen syns i statistiken, men innebär i praktiken ingen förändring.
- En fortsatt avveckling av flerbäddsrum ger färre platser.
- Ombyggnad av särskilda boenden, för att tillgodose såväl kraven på ett vårdboende som klarar svårt sjuka och personer med demenssjukdomar, som att motsvara arbetsmiljökraven, resulterar i färre platser.
- Korttidsvården har utvecklats som stöd till hemvården och därigenom minskar många behov av att flytta permanent till särskilt boende. Korttidsboende ökar också kommunens möjlighet till ett flexiblare utnyttjande av resurserna och minskar i akuta lägen väntetiden till särskilt boende.
- Kortare boendetid. Förr var det vanligt att särskilt boende utgjorde en bostad under lång tid, 5–10 år var inte ovanligt. I takt med att hemvården byggts ut är i stället den tid man behöver bo i särskilt boende betydligt kortare, ofta mindre än ett år. Detta ökar tillgången på lediga platser, något som inte fångas in av dagens statistik.
- I många kommuner minskar antalet äldre över 80 år vilket minskar efterfrågan på och behovet av platser.
- Den enskilde efterfrågar inte längre vissa boenden, vilket innebär att tomma platser har blivit en allt vanligare företeelse. Ett effektivt utnyttjande av de ekonomiska resurserna har då lett till nedläggning.
- Många vill välja vilket särskilt boende de ska bo i och inväntar då ledig plats hemma med stöd av hemvården.

Hemvård i en funktionell bostad

För de flesta människor är vård och omsorg i det egna hemmet den bästa och mest efterfrågade insatsen. Därigenom ökar individens möjlighet att känna sammanhang och att behålla sitt sociala nätverk. Det är också fullt möjligt att ge insatser av lika god medicinsk och omvårdande kvalitet i ordinärt som i särskilt boende. Är det då rimligt att fysiska begränsningar i den ordinarie boendemiljön eller brister i den externa servicen ska lösas genom placering i särskilt boende? I de fall ett kvarboende i den ursprungliga miljön försvåras genom bristande tillgänglighet, kan då inte den enskilde själv välja boendalternativ på den vanliga bostadsmarknaden? Vad många efterfrågar är ett boende där den enskilde hyresgästen kan känna trygghet, ha tillgång till social gemenskap, aktiviteter och olika former av service. Här behövs en bostadsmarknad som erbjuder bostäder som är lämpliga för äldre. Redan i dag finns i flera kommuner möjlighet att välja ett kollektiv- eller kategoriboende, men utbudet är begränsat och tillgången till service i anslutning till dessa bostäder är ofta litet.

Framtidsperspektiv

Just nu pågår ett uppföljnings- och utredningsarbete på nationell nivå om varför behovet av särskilda boendeformer inte kan tillgodoses. Kommunernas minskning av antalet platser i särskilt boende redovisas, aggregerad på riksnivå, och återigen fokuseras diskussionen på *en enda* fråga. Utbyggnaden av hemvården och dess utvecklingsmöjligheter glöms bort. Samtidigt vet vi att framtidens demografiska och ekonomiska utmaningar kräver ett samlat grepp om hela äldrepolitiken, där såväl det offentliga åtagandet som den långsiktiga finansieringen behöver klargöras.

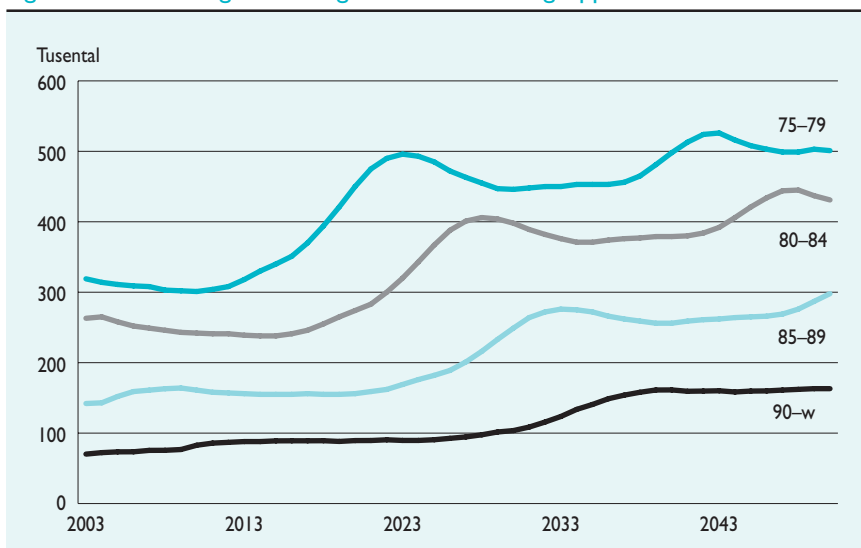
Det är ingen tvekan om att när 40-talistgenerationen om 20–30 år är i 80-års åldern så kommer behovet av platser i särskilt boende för människor med omfattande behov av tillsyn och omvårdnad, på grund av exempelvis en demenssjukdom och/eller kvalificerade medicinska insatser, att vara betydligt större än i dag. I det perspektivet är det glädjande att kommunerna har fortsatt den kontinuerliga omstrukturering av de befintliga särskilda boendeformerna som påbörjades efter Ädelreformen 1992. Det är också av stor vikt ur både ett mänskligt och ett samhällsekonomiskt perspektiv att bostadsförsörjningen för en åldrande befolkning tas på största allvar.

Vi måste i dialog med medborgarna kunna förklara den pågående och nödvändiga utvecklingen och planera för en framtid med ett mer varierat utbud av tillgängliga bostäder i ordinärt boende och ett särskilt boende som tillgodoser behovet av vård och omsorg för de personer som har störst vårdbehov.

Fakta om äldre

Drygt 17 procent eller 1,5 miljoner av Sveriges befolkning är idag 65 år och äldre. De allra flesta är vid god hälsa när de går i pension och kan se fram emot flera år med ett aktivt liv. Vårdbehov uppstår ofta först i 80-årsåldern och ökar sedan med stigande ålder.

Figur 1 Befolkningsutvecklingen för olika åldersgrupper 2003–2050



Källa: SCBs befolkningsframskrivningar

Den demografiska utvecklingen

Antalet och andelen äldre i samhället kommer att öka under de kommande decennierna, främst med anledning av att de stora barnkullarna från 40-talet går i pension. År 2020 kommer en femtedel av befolkningen att vara 65 år och äldre. När 40-talisternas vårdbehov blir stora omkring 2020–2030 sammanfaller det med att 60-talisterna börjar uppnå pensionsåldern. Detta innebär att pensionskostnaden ökar samtidigt som andelen förvärvsarbete minskar. År 2040 har andelen äldre ökat till knappt en fjärdedel av befolkningen enligt Statistiska Centralbyråns beräkningar.

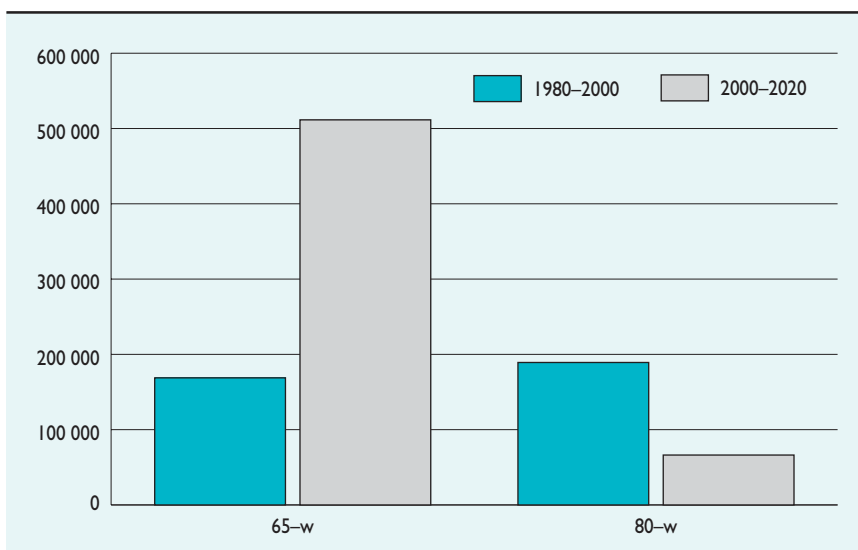
Tabell 1 Antal och andel 80 år och äldre i befolkningen

År	Antal 80 år och äldre	Andel 80 år och äldre
2003	475 200	5,3
2020	519 400	5,3
2040	796 300	7,7

Källa: SCBs befolkningsframskrivningar

Ur kommunal synvinkel är ökningen av antalet äldre i de äldsta åldersgrupperna mest intressant, eftersom den i första hand påverkar behovet av vård och omsorg. Figur 2 visar befolkningsutvecklingen i gruppen 65 år och äldre samt 80 år och äldre under de närmaste tjugo åren i jämförelse med de gångna tjugo åren.

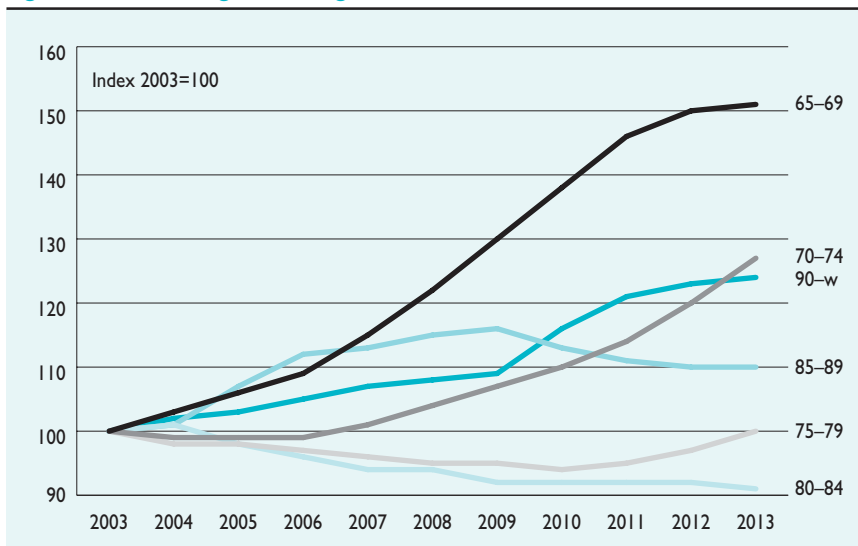
Figur 2 Befolkningsutvecklingen för 65 år och äldre samt för 80 år och äldre åren 1980–2000 och 2000–2020



Källa: SCBs befolkningsstatistik

Som framgår av figuren ökade antalet 80 år och äldre betydligt mer under den gångna tjugoårsperioden än vad de kommer att göra under de kommande tjugo åren. Efter år 2020 kommer vi däremot att se en betydande ökning av antalet 80 år och äldre. Detta framgår också av stapeln som illustrerar ökningen av antalet personer 65 år och äldre. Det finns dock tid till planering och organisering inför 2020-talet.

Figur 3 Befolkningsutvecklingen åren 2003–2013 för äldre, Index där 2003=100



Källa: SCBs befolkningsframskrivningar

Tabell 2 Antal personer i åldersgrupperna 65–74 år, 75–79 år, 80–84 år, 85–89 år samt 90 år och äldre åren 2003–2013

Åldersgrupp	År 2003	År 2008	År 2013
65–74 år	746 000	845 000	1 044 000
75–79 år	319 000	303 000	318 000
80–84 år	263 000	246 000	239 000
85–89 år	142 000	163 000	156 000
90-w år	70 000	76 000	88 000
Totalt 65-w	1 540 000	1 633 000	1 845 000

Källa: SCBs befolkningsframskrivningar

Faktorer som påverkar vårdbehovet

Det finns många andra faktorer än ålder som påverkar äldres behov av vård och omsorg. De viktigaste är ekonomi, hälsa och livsstil, motions- och matvanor och boendestandard liksom om man lever ensam eller i ett parförhållande och om man har anhöriga och/eller andra sociala nätverk.

Äldres ekonomi

Vilken ekonomi äldre personer har beror på vilken inkomst de har haft under sin förvärvsaktiva tid, hur många år de har arbetat, om de har någon förmögenhet och om de har invandrat till Sverige. Den största skillnaden i ekonomi går mellan dem som lever i par och dem som är ensamstående. Den statliga utredningen Senior 2005 redovisade att bland både ensamstående män och kvinnor i åldersgruppen 65–69 år kommer det under lång tid (20–30 år) att vara ungefär 20 procent vars inkomster ligger under den nivå som enligt riksdagen ska ge en grundläggande försörjning motsvarande skälig levnadsnivå. För de sammanboende i samma åldersgrupp ser situationen annorlunda ut¹.

Äldres hälsa och livsstil

Ett annat område där det finns stora skillnader mellan olika grupper av äldre är hälsan. Medellivslängden har ökat under 1900-talet med i genomsnitt 27 år för män och 28 år för kvinnor. De som idag pensioneras vid 65 års ålder har många och förhoppningsvis goda år att se fram emot – i genomsnitt 17 år för män och 20 år för kvinnor.

Tabell 3 Medellivslängd och återstående medellivslängd

År	Medellivslängd vid födseln		Återstående medellivslängd vid 65 års ålder	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1900	51	54	12	13
1925	61	63	13	14
1950	68	71	14	14
1975	72	78	14	17
2003	78	82	17	20

Källa: SCB 2004, Medellivslängd och återstående medellivslängd

Enligt Socialstyrelsens rapport ”Äldres levnadsförhållanden 1988–2002” har äldres subjektiva uppfattning om den egna hälsan varit i stort sett oförändrad mellan åren 1988/89 och 2002 eller något bättre år 2002. Män rapporterar genomgående bättre hälsa och ett så kallat hälsoindex visar en svag tendens till förbättrad hälsa. Detta ska ställas mot en höjd genomsnittsålder bland alla äldre. Oro och ängslan har inte blivit vanligare. Trots att antalet mycket gamla ökar är antalet hjälpbehövande i befolkningen dessutom ungefär oförändrat eller till och med något mindre år 2002 än tidigare. Hälsan har dock inte förbättrats i samma takt som före 1988/89.

¹ Senior 2005, SOU 2003:91, *Äldrepolitik för framtiden*, bilagedel D

Livsstilen är betydelsefull för utvecklingen av hälsan. Äldre människor kan ha svårt för att bryta invanda mat-, motions- och rökvanor, även om effekten kan bli mycket stor vid förändringar. Exempelvis tycks fysisk rekreation på lagom nivå minska dödligheten med mellan 25 och 33 procent och ge ett till två år extra i livet. Sociala aktiviteter som gemenskap med släkt och vänner och djur har stor inverkan på hälsan liksom ett engagerande intresse. Kontakt med naturen liksom naturbaserade fysiska aktiviteter ger också stora hälsoeffekter. Det kan gälla promenader, vandringar, golf, fiske, trädgårdsarbete etc².

Aktiviteter och nätverk

Flera studier visar att en hög aktivitetsnivå hos äldre personer minskar dödlighet, sjukdom och funktionshinder. Det sociala nätverket är betydelsefullt inte minst när man lämnar sin arbetsplats och blir pensionär, när livspartnern dör eller när man blir sjuk. Traumatiska förändringar som att mista sin livspartner kan enligt forskningen påverka hälsa och sjukvårdskonsumtion. Effekterna är ofta mer negativa för män än för kvinnor, vilket beror på att män vanligtvis har färre sociala kontakter än kvinnor.³

Något som kan göras bättre är att förebygga skador i både hemmet och samhället. Äldres fallskador leder till ett omfattande lidande och mycket stora samhällskostnader. Under 2001 dog drygt 1 100 personer över 65 år till följd av fall, 42 000 personer skadades så allvarligt att de tvingades till sjukhusvård och över 60 000 skadades lindrigt. De direkta samhällskostnaderna för de äldres falloolyckor beräknades årligen uppgå till drygt 4,7 miljarder kronor, lika fördelat på landsting och kommuner.⁴

Kontakter med anhöriga

Den viktigaste sociala kontakten för många äldre är umgänget med en partner och de egna barnen. Drygt hälften – och en ökande andel – av alla äldre har både partner och barn. Det är också fler av de ensamstående som har barn idag än i slutet av 1980-talet. En oförändrad andel – 39 procent – har syskon. Fjorton procent saknar partner och nio procent barn.⁵

² Nationella folkhälsokommittén, *Rapport från arbetsgruppen för äldrefrågor till Nationella folkhälsokommittén*

³ Nationella folkhälsokommittén, *Rapport från arbetsgruppen för äldrefrågor till Nationella folkhälsokommittén*

⁴ Räddningsverket 2004, *Olyckor i siffror, En rapport om olycksutvecklingen i Sverige*

⁵ Socialstyrelsen 2004, *Äldres levnadsförhållanden 1988–2002*

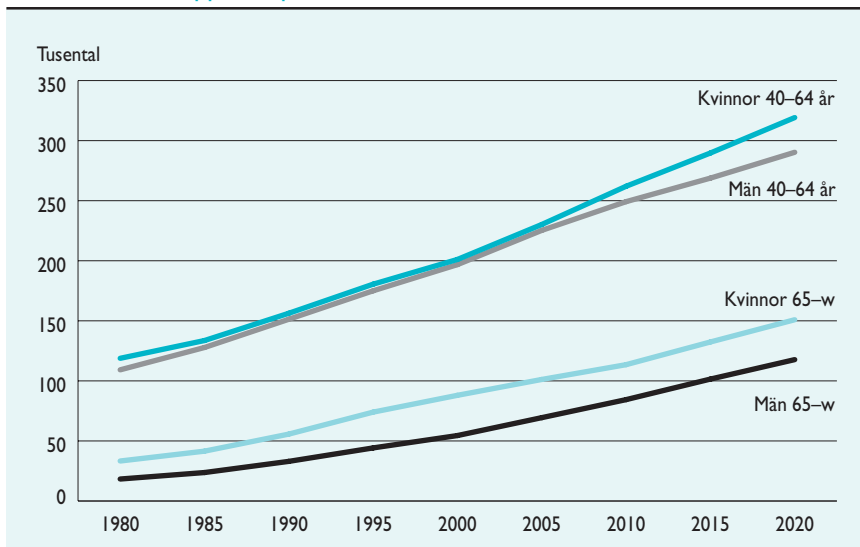
Kontakterna med barnen förekommer ofta men har minskat sedan 1988/89. Två tredjedelar träffade personligen sina barn minst en gång i veckan 1988/89. Denna andel hade sjunkit till 57 procent år 2002. Minskningen gällde inte äldre som bodde ensamma. Många äldre känner sig ensamma, särskilt de som inte har någon partner. År 2002 uppgav 12 procent av de äldre att de kände sig ensamma "ibland" och önskade mer kontakt. Det gällde 19 procent av de ensamstående och sju procent av de äldre med en partner.

Äldre invandrare

Antal utrikes födda äldre

År 2003 uppgick antalet 65 år och äldre utrikes födda invånare i Sverige till cirka 160 000 personer. Det motsvarar 10 procent av befolkningen 65 år och äldre. År 2020 beräknas antalet utrikes födda över 65 år uppgå till 269 000 personer, eller 13 procent av befolkningen 65 år och äldre.

Figur 4 Befolkningsutveckling för utrikes födda 40–64 år samt 65 år och äldre uppdelat på kön, åren 1980–2020



Källa: SCB 2003; *Sveriges framtida befolkning 2003–2020, svensk och utländsk bakgrund*

Den största gruppen utrikes födda äldre är finländare. Även Danmark och Norge är representerade bland de fyra största grupperna.

Tabell 4 De tio största grupperna utrikes födda 65 år och äldre år 2003

Ursprungsland	Antal totalt	Ursprungsland	Antal totalt
Finland	48 700	Tyskland	14 800
Norge	14 300	Danmark	12 600
Jugoslavien	8 200	Polen	5 800
Bosnien-Hercegovina	4 900	Ungern	4 000
Iran	3 000	Turkiet	3 000

Källa: SCB 2003; Utrikes födda i riket efter födelseland, ålder och kön. År 2000–2003

Äldreomsorg till äldre invandrare

Svenska Kommunförbundet gjorde under våren 2004 en enkät om äldreomsorg för personer som tillhör de nationella minoriteterna⁶ och äldre med utländsk bakgrund. Enkäten var en uppföljning av två undersökningar från år 2000 och år 2002. Resultatet visade att antalet insatser för äldre som tillhör dessa grupper generellt har ökat sedan år 2000.

År 2004 hade 120 kommuner, av de kommuner som besvarat enkäten, brukare inom äldreomsorgen med särskilda behov på grund av etnisk tillhörighet. Ytterligare 25 kommuner (9 procent) svarade att behovet kommer att finnas om 2–3 år. 88 kommuner angav att de kan tillhandahålla språkkunig personal för en mindre grupp av brukarna och 48 att de kan göra det för alla eller en majoritet. Många kommuner svarade att de satsar medvetet på att rekrytera och utbilda personal med utländsk bakgrund.⁷

Tabell 5 Antal kommuner som har särskilda insatser för äldre som tillhör de nationella minoriteterna och äldre med utländsk bakgrund, år 2002 och år 2004

	2002	2004	Förändring 2002–2004
Personal som talar brukarnas hemspråk	115	137	+21 (18 procent)
Personal med kulturkompetens	99	124	+24 (24 procent)
Möjlighet att få särskild kost tillagad/ levererad på grund av etnisk tillhörighet	104	124	+19 (18 procent)
Aktiviteter anpassade till etnisk minoritetsgrupp	22	55	+32 (145 procent)

Källa: Svenska Kommunförbundet 2004

⁶ De nationella minoriteterna är samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar. Minoritetsspråken är samiska, finska, meänkieli, romani chib och jiddisch.

⁷ Svenska Kommunförbundet 2004

Antalet särskilda boenden som är speciellt avsedda för/anpassade till äldre från någon etnisk minoritetsgrupp har ökat. År 2000 fanns totalt 20 boenden, varav 13 var för finsktalande äldre. År 2002 fanns 26 boenden, varav 18 var för finsktalande. År 2004 hade antalet boenden ökat med ytterligare fyra till 30 boenden eller avdelningar för äldre från etniska minoritetsgrupper i 23 olika kommuner. 19 boenden var avsedda för finsktalande. I tabell sex redovisas antalet kommuner som har minst en anpassad verksamhet.⁸

Tabell 6 Antal kommuner med verksamhet som är speciellt avsedd för/anpassad till etniska minoritetsgrupper

	Verksamhet i kommunal regi		Verksamhet i enskild regi	Totalt antal kommuner med sådan verksamhet
	Finns idag	Planeras		
Särskilt boende	19	1	6	23
Hemtjänst	15	1	5	17
Dagverksamhet	7	0	7	8
Förebyggande verksamhet	3	8	5	8
Anhörigstöd	12	6	2	12
Anhöriganställning/anhörigbidrag	71	0	0	71
Annat	11	0	5	15

Källa: Svenska Kommunförbundet 2004

Information på andra språk än svenska

Fyrtio kommuner har skriftligt informationsmaterial om vård och omsorg för äldre på andra språk än svenska. Det är vanligt med information på mer än ett annat språk. Det vanligaste språket är finska. Nitton kommuner har informationsmaterial om vård och omsorg för äldre på finska, sexton på engelska, tio på arabiska och fem på spanska och bosniska. Vidare finns kommuner som har informationsmaterial på albanska, kroatiska, kurdiska, meänkieli, persiska, polska, rumänska, samiska, serbokratiska, sorani, turkiska, tyska, rumänska och vietnamesiska.

⁸ Svenska Kommunförbundet 2004

Hälso- och sjukvård för äldre

Den medicinska utvecklingen och vårdtider

Den medicinska utvecklingen innebär att möjligheterna att behandla olika sjukdomar och skador även i hög ålder har blivit allt bättre. Detta medför i sin tur att kraven och förväntningarna på hälso- och sjukvården stiger. För att klara dessa högre krav har landstingen ökat genomströmningen i den slutna vården vid sjukhusen och en allt större del av vården sker utanför sjukhusen. Förändringarna har möjliggjorts av den snabba medicintekniska utvecklingen och en högre andel långtidsutbildad personal.

Under de senaste tio åren har den genomsnittliga vårdtiden minskat med 25 procent, samtidigt som allt mer vård utförs som öppenvård, både vid sjukhus, i primärvården, hemsjukvården och inom kommunal vård och omsorg. Vårdtiderna i den slutna vården har minskat från i genomsnitt 7,9 dagar år 1992 till 6,1 dagar år 2002. Antalet vårdplatser har under de senaste tio åren minskat med 50 procent medan vårdplatsutnyttjandet har ökat med 30 procent.⁹

Vård till fler äldre personer

Genom dessa strukturförändringar har det varit möjligt att ge vård till allt fler och allt äldre personer. Exempelvis har höft- och knäledsoperationer för personer över 85 år tredubblats på 10 år. Antalet starroperationer, som numera till nästan hundra procent görs i öppen vård, har ökat från 30 000 år 1990 till 82 000 år 2002. Sverige är det land i EU som enligt tillgänglig statistik gör flest operationer för grå starr per 100 000 invånare. Sverige hör också till de länder i världen som har den lägsta dödligheten efter hjärtinfarkt.

Vården har också utvecklats när det gäller patientens delaktighet och inflytande. Under 1990-talet skärptes hälso- och sjukvårdslagen med större krav på att ge patienterna individuellt anpassad information om hälsotillstånd och inflytande över val av behandlingsalternativ. Patienterna har också ofta möjlighet att välja vårdgivare var som helst i landet vilket utnyttjas i allt högre grad.¹⁰

⁹ Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004, *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*

¹⁰ Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004, *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*

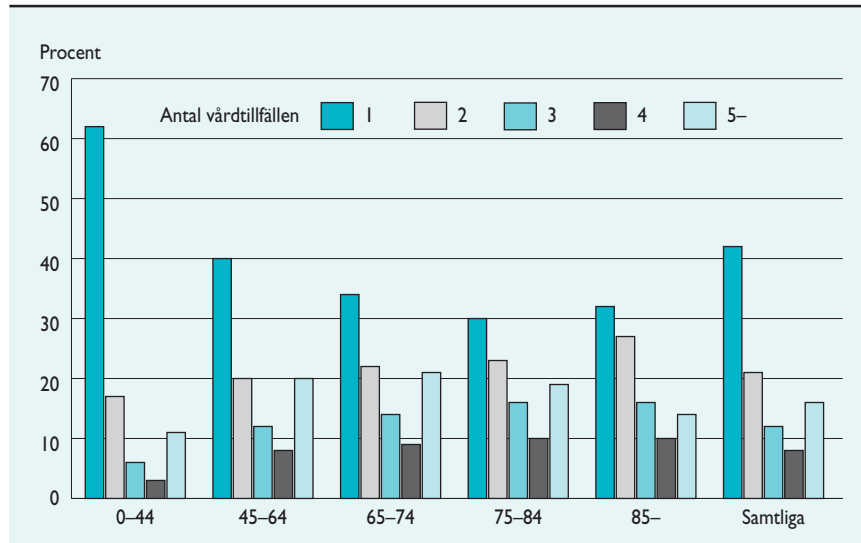
Kostnader för sjukvård

Kostnaderna för vården är lägre i Sverige än i många av länderna inom EU och väsentligt lägre än i USA där sjukvården kostar mer än dubbelt så mycket per invånare och år. Ändå har kostnaderna i Sverige ökat i fast penningvärde med cirka 45 procent mellan åren 1993 och 2001. Ökningstakten ligger på ungefär samma nivå som i Frankrike (41 procent), Österrike (42 procent), Danmark (45 procent), USA (46 procent) och Tyskland (50 procent). Att kostnaderna överlag stiger och att länder avsätter en allt större andel av BNP till vården beror huvudsakligen på att vårdbehoven och efterfrågan ökar. Detta beror i sin tur på ökningen av antalet äldre i kombination med en medicinsk utveckling som gör det möjligt att behandla allt fler sjukdomar hos personer i hög ålder.¹¹

Äldres sjukvårdsutnyttjande

En ökande andel äldre i befolkningen leder till ett ökat resursbehov eftersom vårdbehovet tilltar med åldern. Av samtliga vårdtillfällen år 2002 avser nära 30 procent personer över 75 år varav 20,4 procent i åldersgruppen 75–85 år och 9,4 procent över 85 år.

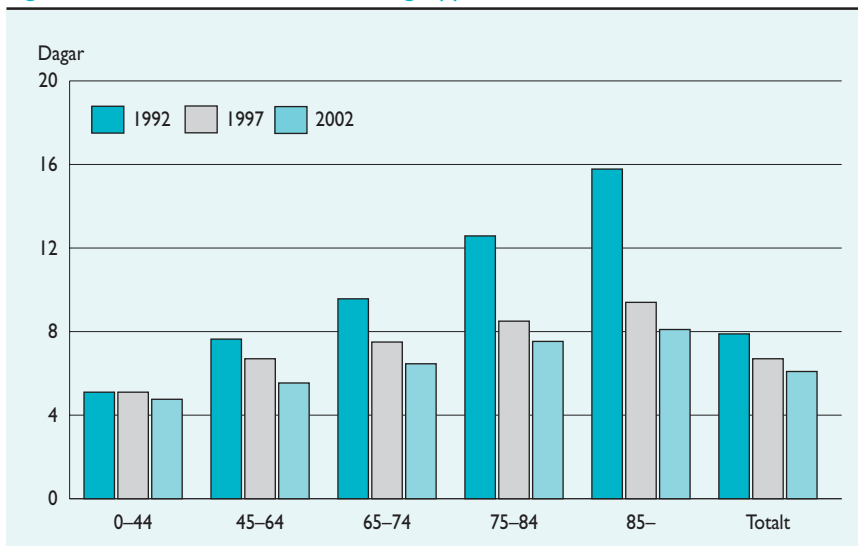
Figur 5 Procentuell fördelning av vårdtillfällen per patient i olika åldersgrupper år 2002



Källa: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004, *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*

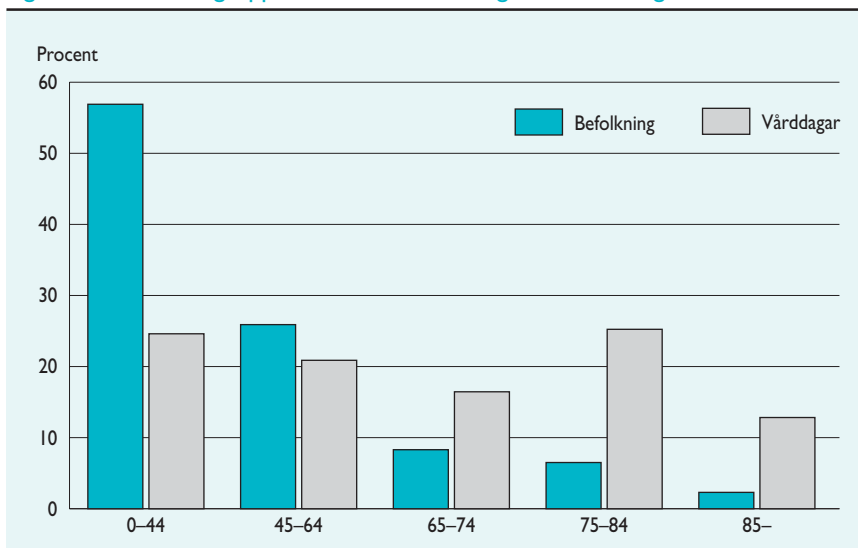
¹¹ Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004, *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*

Figur 6 Medelvårdtid i olika åldersgrupper åren 1992, 1997 och 2002



Källa: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004, *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*

Figur 7 Olika åldersgruppers andel av befolkningen och vård dagar år 2002. Procent.



Källa: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004: *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*

Åldersgruppen 85 år och äldre, som utgjorde 2,2 procent av befolkningen, tog i anspråk 13 procent av vårddagarna och åldersgruppen 75–84 år utgjorde 6,5 procent av befolkningen och tog i anspråk 25 procent. Åldersgruppen 65–74 år utgjorde 8,3 procent av befolkningen och tog i anspråk 16,5 procent av vårddagarna.¹²

Äldres användning av läkemedel

Läkemedel dominerar helt bland olika medicinska behandlingsformer för äldre. Av personer i åldersgruppen 75 år och äldre använder mellan 70 och 90 procent någon form av läkemedel, i medeltal 3–5 preparat per person. De vanligaste läkemedlen utgörs av hjärt-kärlmedel, medel som verkar på nervsystemet och mag-tarmpreparat. Brister i äldres läkemedelsanvändning har uppmärksammats i många studier, nationellt och internationellt och handlar om både över- och underanvändning. Biverkningar av läkemedel och läkemedelsinteraktioner orsakar mer än var tionde inläggning av äldre på sjukhus.¹³

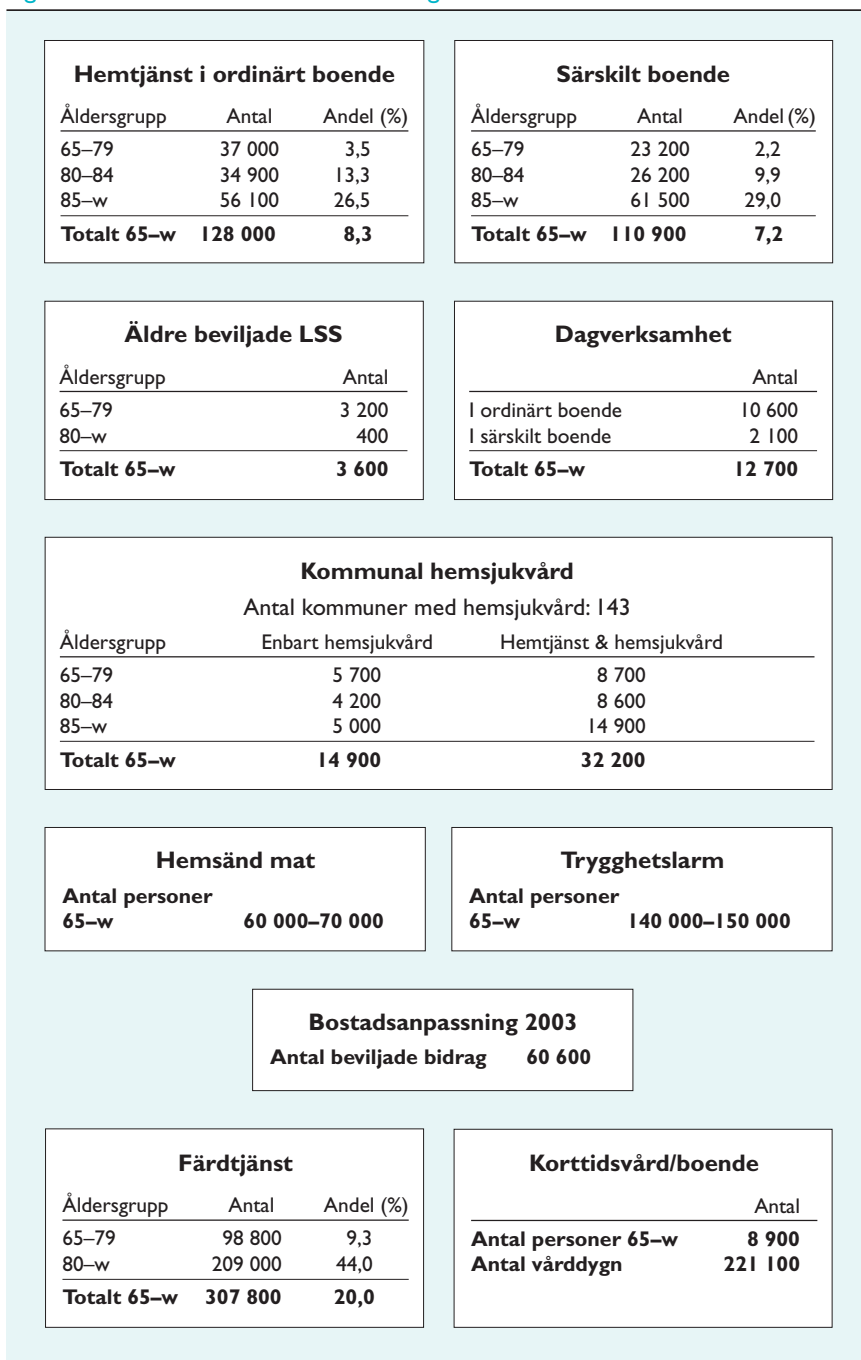
Bland äldre i särskilda boendeformer är användningen av läkemedel mycket omfattande. Av en studie¹⁴ på kommunala äldreboenden i Jönköpings län, framgår att de boende i medeltal använde drygt 10 läkemedel per person. Användningen av psykofarmaka var mycket hög – mellan 80 och 85 procent av de boende.

¹² Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004, *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*

¹³ Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2003, *Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet*

¹⁴ Socialstyrelsen 2004, *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning*. Studien baserades på uppgifter från Apoteket AB:s ApoDos-databas och omfattade alla individer 65 år och äldre med dosexpediton på kommunala äldreboenden i Jönköping.

Figur 8 Den kommunala äldreomsorgen år 2003



Källa: SCB 2004; Socialstyrelsen 2004, *Äldre - vård och omsorg år 2003*, Boverket 2004; SIKÄ 2004, *Färdtjänst och riksfärdtjänst 2003*, Svenska Kommunförbundet 2004

Kommunernas stöd till äldre

Målet för kommunernas äldreomsorg är att ge äldre och funktionshindrade möjligheter att leva ett normalt och självständigt liv. Det innebär att de så långt det är möjligt ska kunna bo kvar i den egna bostaden och där få den vård och omsorg som de behöver. Det är också vad de flesta äldre själva önskar. Över 90 procent har framfört sådana önskemål i olika undersökningar. Många äldre är rädda för att en flyttning kan medföra ensamhet och isolering. Om de måste flytta, vill många helst flytta till en bostad inom samma område så att de kan behålla sina sociala nätverk. Andra vill flytta nära ett centrum för att få nära till olika former av service. Detta förutsätter att det finns bostäder med god kvalitet och tillgänglighet där de önskar att bo.

Ett normalt och självständigt liv förutsätter också att bostadsområdena är utformade så att äldre kan komma ut även om de behöver använda rullator eller rullstol. Vidare förutsätts att de kan nå affärer och andra serviceinsatser i området.

När äldre behöver tillgång till personal dygnet runt har en del behov av att flytta till särskilt boende. De som behöver särskilt boende är i första hand dementa men också personer som har flera sjukdomar och som inte klarar sig själva i en egen lägenhet.

Planering av bostadsområden och rekreationsområden

För att underlätta äldre personers dagliga liv och tillgodose deras behov av att leva normalt krävs att ökad vikt läggs vid planeringen av samhället i stort och särskilt av bostads- och fritidsområden. Att kunna vistas utomhus har stor betydelse för såväl den psykiska som den fysiska hälsan och naturupplevelser är viktiga för välbefinnandet. Ökad fysisk aktivitet ger dessutom ofta stora hälsovinster både fysiskt och psykiskt.

Svenska Kommunförbundet och Sveriges Allmännyttiga Bostadsföretag (SABO) har i ett gemensamt projekt utarbetat en modell för hur kommuner och bostadsföretag tillsammans kan analysera vilka insatser som behöver göras i ett bostadsområde för att möjliggöra ett ökat kvarboende för äldre och

hur kostnaderna för detta kan beräknas. Kostnaderna kan sedan jämföras med andra insatser för äldre. Resultatet har redovisats i skriften *Kvarboende + tillgänglighet = god ekonomi*.

Boende för äldre

Äldre i ordinärt boende

Hur bor morgondagens äldre idag? Boverket presenterade i december 2000 en undersökning med denna rubrik. Av undersökningen framgår att de flesta av morgondagens äldre nu bor i egna småhus. Det gäller även dem som är mellan 65 och 74 år. Hela 30 procent av hushållen i åldersgruppen över 75 år bor fortfarande i eget småhus.

Tabell 7 Upplåtelseformer för olika åldersgrupper efter bostadsföreståndarens ålder. Procent av hushållen som bor i respektive upplåtelseform

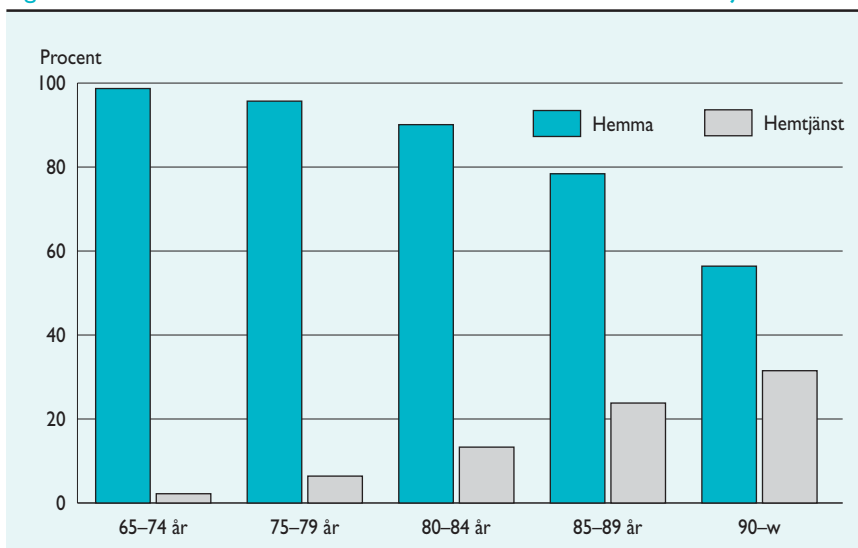
Boendeform	25–34 år	50–64 år	65–74 år	över 75 år
Egnahem	19	55	45	29
Bostadsrätt	18	16	20	24
Hysesrätt	63	29	35	47

Källa: Boverket 2002, *Hur bor morgondagens äldre*

Huvuddelen av de äldre kommer att bo kvar i sitt ordinära boende långt upp i åldrarna. 93 procent av alla som är 65 år och äldre bor i ordinärt boende. Som framgår av tabell 7 minskar boendet i småhus successivt i de högre åldersgrupperna. Många av dem som säljer sina småhus söker en mer ändamålsenlig och lättskött bostad i ett flerfamiljshus. Det är vanligt att äldre personer vill bo kvar i området eller på orten där de har sina sociala nätverk. Tillgången på lämpliga bostäder styr ofta när och vart de vill flytta. Många kommuner satsar därför på kompletteringsbebyggelse och upprustning av äldre bostäder i flerbostadshus för att tillgodose behovet av lämpliga bostäder för äldre.¹⁵

¹⁵ Boverket 2002, *Hur bor morgondagens äldre*

Figur 9 Andel äldre som bor hemma samt andel äldre med hemtjänst



Källa: Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Seniorbostäder

Både bostadsföretag och kommuner har satsat på seniorbostäder av olika slag. Seniorbostäderna är vanliga bostäder som är avsedda för personer över en viss ålder, vanligen 55 år och äldre. Bostäderna är anpassade efter äldres behov av tillgänglighet och kombineras ofta med någon trygghetsskapande insats i form av bostadsvård eller motsvarande. I vissa fall finns en gemensamhetslokal för olika aktiviteter som de boende i första hand själva ska svara för. Det kan också finnas kök och matsal för gemensam matlagning och umgänge. Kostnaderna för eventuella gemensamhetslokaler och bostadsvård ingår oftast i hyran. Det finns också exempel på kommuner och bostadsföretag som bekostar bostadsvården eller delar på kostnaden.

Under 2003–2004 har en hel del kommuner satsat på att omvandla gamla servicehus till seniorbostäder.

Eftersom seniorbostäder ingår i det ordinarie bostadsbeståndet behövs inga biståndsbeslut. De som är intresserade söker sig dit själva genom att ställa sig i kö hos bostadsföretagen. De första seniorbostäderna var bostadsrätter i särskilda hus. På senare tid har främst kommunala bostadsföretag i samarbete med kommunen satsat på att omvandla lämpliga bostäder till seniorbostäder med hyresrätt. I vissa fall kan det vara ett särskilt hus, i andra fall lägenheter i trappuppgångar eller insprängda lägenheter i bostadsområdet. Seniorbostäderna har i många fall setts som ett bra alternativ när äldre vill flytta från småhus.

De första seniorbostäderna byggdes år 1929. Sedan dess har utvecklingen gått mycket långsamt fram till i mitten av 1980-talet då antalet seniorbostäder ökade. Det finns inga exakta siffror på antalet seniorbostäder i landet men enligt samstämmiga uppgifter rör det sig om 10 000–13 000 lägenheter. Hitills utgör med andra ord seniorbostäderna en mycket liten del av bostadsbeståndet.¹⁶

Stöd till äldre i ordinärt boende

Hemsänd mat

Nästan alla kommuner erbjuder hemsändning av färdiglagad mat till äldre och funktionshindrade. Detta framgår av en enkät som Svenska Kommunförbundet gjorde våren 2004. Endast fem kommuner saknar matdistribution. Huvuddelen av kommunerna fattar biståndsbeslut om matdistributionen. I 48 kommuner är matdistributionen utlagd på entreprenad.

I enkäten fick kommunerna frågan om hur många personer som får mat hemsänd. I de 255 kommuner som besvarade frågan fick totalt 52 300 personer hemsänd mat. Uppgift saknas från 35 kommuner, i huvudsak mindre och medelstora kommuner spridda över landet. Uppskattningsvis får mellan 60 000 och 70 000 mat levererad till bostaden.¹⁷

Bostadsanpassning

Kommunen lämnar bidrag för vissa åtgärder som behövs för att personer med funktionshinder ska kunna använda sin bostad på ett ändamålsenligt sätt. Detta gäller även många äldre. Bidrag för bostadsanpassning söks hos kommunen som står för hela finansieringen, oavsett vilken inkomst den sökande har. Det finns inget maximibelopp för bostadsanpassningsbidraget.

Antalet bostadsanpassningsbidrag ökar kontinuerligt. År 2003 beviljades 60 600 bidrag. Det är en ökning med 400 bidrag jämfört med år 2002 och 2 800 i jämförelse med år 2000.

Kostnaderna år 2003 uppgick till 823 miljoner kronor vilket är en minskning med cirka 5 miljoner i jämförelse med år 2002. Den genomsnittliga kostnaden per ärende år 2003 var 13 600. Det är en minskning med 150 kronor per ärende mot året innan.

¹⁶ Göteborgs universitet, avdelningen för geriatrik 2002, *Bo hemma på äldre dar*; Sundström G 2002, *Vetterygården, ett seniorboende i Jönköping*; Svenska Kommunförbundet 2000, *Etniskt äldreboende och seniorbostäder*

¹⁷ Svenska Kommunförbundet 2004, *Äldreomsorgens styrning 2004*

Kommunerna beviljade 2003 i genomsnitt sju bostadsanpassningsbidrag per tusen invånare i kommunerna vilket är detsamma som året innan. Kostnaden per invånare uppgick i medeltal till 98 kronor, vilket är en knapp ökning jämfört med 2002.

De regionala skillnaderna mellan kommunerna är stora. Beviljat belopp per invånare varierar mellan 19 och 397 kronor. Kommunerna i de nordligaste länen har överlag högre kostnader för bostadsanpassning i förhållande till sin befolkning än genomsnittet. Detta gäller även Västmanland, Blekinge och Gotland. Skillnader kan bland annat bero på befolkningsammansättning och bostadsbestånd.

Merparten av bostadsanpassningsbidragen är små. Cirka 55 procent av bidragen ligger under 5 000 kronor. Andelen bidrag som avser anpassningar i småhus uppgår till cirka 40 procent och står för cirka 58 procent av kostnaderna.¹⁸

Färdtjänst

Äldre och funktionshindrade som inte kan åka med allmänna kommunikationer kan få färdtjänst. Det vanligaste färdmedlet är taxi, men färdtjänst kan också ske med specialfordon.

År 2003 hade cirka 380 000 personer färdtjänstillstånd. Det motsvarar 4,25 procent av hela befolkningen. Det är en minskning med cirka 11 000 tillstånd sedan år 2002. Av de personer som är färdtjänstberättigade är 19 procent under 65 år, 26 procent är 65–79 år och 55 procent är 80 år och äldre. Av dem som fick färdtjänstillstånd år 2003 var 68 procent kvinnor. Det är samma andel som år 2002.

Totalt gjordes 12 880 000 enkelresor med färdtjänst. I medeltal gör varje färdtjänstberättigad person 34 resor per år vilket är oförändrat i jämförelse med de fyra närmast föregående åren.¹⁹

Kostnaderna för färdtjänst uppgick år 2003 till 2,5 miljarder kronor inklusive Stockholms läns landsting, som sköter färdtjänsten för hela länet och har skatteväxlat för hela kostnaden. Det är en ökning med 100 miljoner kronor jämfört med år 2002.²⁰

De som behöver resa mellan kommunerna kan få riksfärdtjänst. Kommunen ger då tillstånd och lämnar ersättning för kostnader utöver normala reskostnader. Det innebär att resor kan göras med flyg, tåg, andra kommunika-

¹⁸ Boverket 2004

¹⁹ SIKÄ 2004, *Färdtjänst och riksfärdtjänst 2003*

²⁰ SCB och Stockholms läns landsting

tionsmedel och med taxi och specialfordon till ett pris som för resenären motsvarar reskostnader med tåg i andra klass.

Under år 2003 reste 24 000 personer med riksfärdtjänsten. Av de riksfärdtjänstberättigade är cirka 39 procent under 65 år, 24 procent 65–79 år och 37 procent över 80 år.²¹

Trygghetslarm

Äldre och funktionshindrade kan få trygghetslarm. Larmet förebygger inte olyckor eller sjukdomsfall men den som har larm kan få hjälp snabbare om något händer. Vetskapen om detta skapar i sin tur trygghet.

Enligt en enkät som Svenska Kommunförbundet gjorde våren 2004 fick 131 000 personer trygghetslarm i de 258 kommuner som besvarade frågan. Uppgifter saknas från 32 kommuner. Det är i huvudsak mindre och medelstora kommuner spridda över hela landet som inte har svarat. Uppskattningsvis kan man räkna med att det finns cirka 140 000–150 000 trygghetslarm för äldre i Sverige. Vanligtvis fattas biståndsbeslut för trygghetslarm. Endast 17 kommuner fattar inga enskilda biståndsbeslut.²²

Övervakningslarm används i första hand för dementa personer. För dessa larm krävs särskilt beslut och dokumentation enligt föreskrifter från Socialstyrelsen.

Hemtjänst

När en äldre person inte klarar sig själv kan hon eller han få hjälp av hemtjänsten i kommunen. Biståndsbedömaren utreder tillsammans med den enskilde och eventuella anhöriga behovet och omfattningen av hemtjänst. Även personer med stora vårdbehov kan bo kvar i eget boende eftersom hemtjänsten erbjuder insatser dygnet runt. Det blir också vanligare att äldre bor hemma till livets slut och att svårt sjuka får omfattande vård och omsorg i bostaden.

Totalt fick 128 000 personer över 65 år hemtjänst den 1 oktober år 2003 vilket motsvarar cirka åtta procent av samtliga över 65 år. Av dessa var cirka 70 procent 80 år och äldre. Antalet personer över 80 år med hemtjänst har ökat med 3 200 personer eller med 3,5 procent sedan år 2002.²³

²¹ SIKA 2004, *Färdtjänst och riksfärdtjänst 2003*

²² Svenska Kommunförbundet 2004, *Äldreomsorgens styrning 2004*

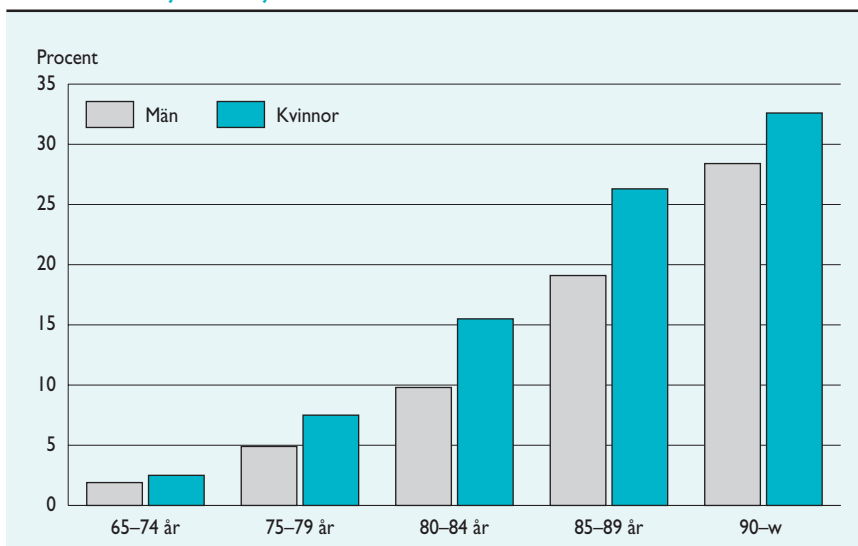
²³ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 1998, 2002 och 2003*, Sveriges officiella statistik

Tabell 8 Antal och andel med hemtjänst i ordinärt boende. Procent

Ålder	1998		2002		2003	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %
65–74	18 500	2,4	16 800	2,3	16 600	2,2
75–79	23 300	6,7	20 500	6,3	20 300	6,4
80–84	33 100	14,1	34 100	13,2	34 900	13,3
85–w	51 100	25,8	53 800	25,6	56 200	26,5
65–w	126 000	8,2	125 200	8,2	128 000	8,3
65–79	41 800	3,8	37 300	3,5	36 900	3,5
80–w	84 200	19,5	87 900	18,7	91 100	19,1

Källa: Statistiska Centralbyrån; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre*, 1998, 2002 och 2003

Figur 10 Andel av befolkningen i ordinärt boende den 1 oktober 2003 som var beviljad hemtjänst. Procent

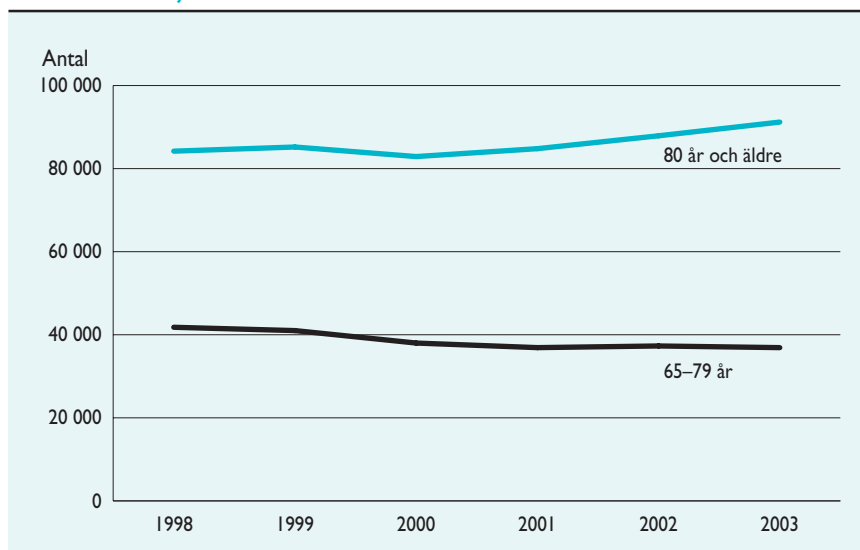


Källa: Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Andelen personer över 65 år som får hemtjänst har varit relativt konstant under de senaste fem åren, cirka åtta procent. Den förändring som har skett är en förskjutning till de äldre åldersgrupperna. Utvecklingen illustreras i figur 11.²⁴

²⁴ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Figur 11 Antal personer 65–79 år och 80 år och äldre som var beviljade hemtjänst mellan åren 1998–2003

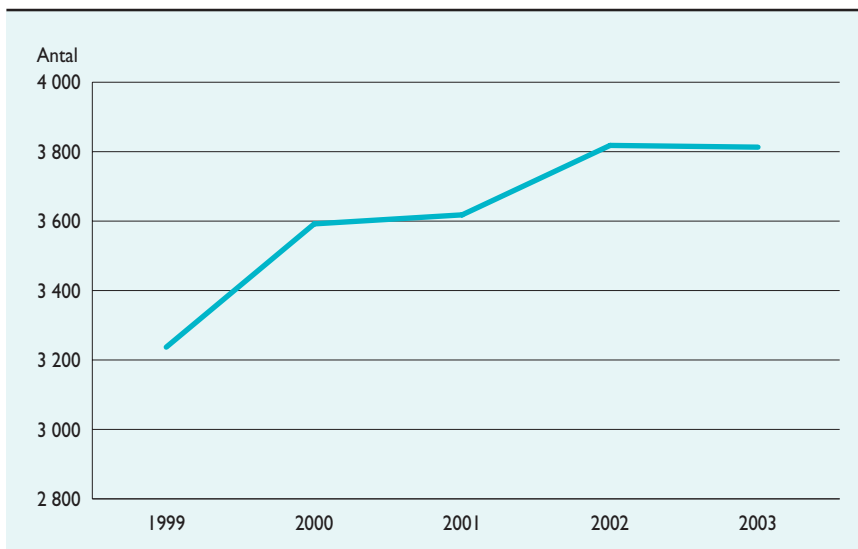


Källa: Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Antalet beviljade hjälptimmar var 3 812 700 under oktober månad 2003. Det är i stort sett samma antal som år 2002. 38 procent av samtliga äldre över 65 år hade 1–9 hjälptimmar år 2003. 24 procent hade 10–25 hjälptimmar och en procent hade 200 timmar eller fler. Antalet hjälptimmar har ökat mellan åren 1999 och 2003. Procentuellt sett har antalet hjälptimmar ökat mer än antalet äldre som får hemtjänst. Det betyder att de som får hemtjänst får fler timmar per person idag än för fem år sedan.²⁵

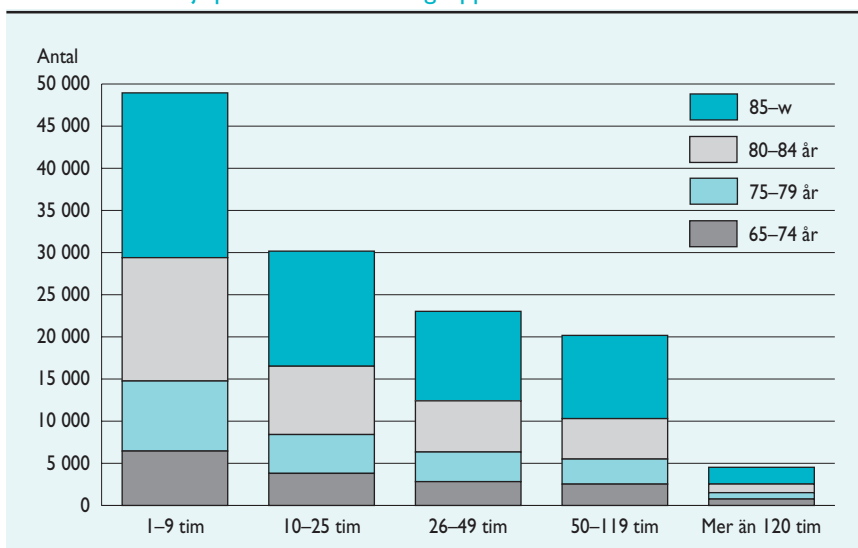
²⁵ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Figur 12 Utvecklingen av antalet beviljade hjälptimmar i hemtjänsten mellan åren 1999 och 2003



Källa: Socialstyrelsen, *Äldre – vård och omsorg*, respektive år

Figur 13 Antal personer som beviljats bistånd för hemtjänst uppdelat på olika antal hjälptimmar och åldersgrupper



Källa: Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Korttidsboende

Korttidsboende/korttidsvård och dagverksamhet är ett komplement till hemtjänsten som gör det möjligt för personer att bo kvar hemma längre.

Med korttidsvård och korttidsboende avses tillfälligt boende i särskilda boendeformer. Korttidsboende och korttidsvård används för bland annat rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av närstående. Det gäller i första hand makar som är anhörigvårdare.

Den 1 oktober 2003 hade 8 900 äldre korttidsvård eller korttidsboende. Det motsvarar cirka en procent av befolkningen 65 år och äldre. I statistiken redovisas endast antal korttidsboende den 1 oktober varje år. Där framkommer inte hur stor omsättningen är. Resultatet kan därför bli slumpartat om ett antal platser står tomma just vid detta tillfälle.

I statistiken från 2003 registrerades också antalet vårddygn inom korttidsvården. De uppgick till 221 100 under oktober månad. Detta är en ökning med 16 procent sedan 1999 då den förra registreringen gjordes.²⁶

Dagverksamhet

Dagverksamhet är ett komplement till hemtjänsten och utgör ett stöd för att äldre ska kunna bo kvar i den egna bostaden. Den kan också ges som en insats i särskilt boende. Dagverksamhet ges främst till äldre och funktionshindrade med åldersdemens och psykiska funktionshinder. Den riktar sig också till personer som i övrigt behöver aktivering och rehabilitering. Den 1 oktober 2003 fick cirka 10 600 personer i ordinärt boende dagverksamhet och 2 100 personer i särskilt boende. Antalet personer som beviljats dagverksamhet i särskilt boende har minskat sedan år 2003. Ett skäl till detta är att dagverksamheten oftare integreras i den övriga verksamheten på särskilda boenden. Personer i ordinärt boende med dagverksamhet har däremot ökat.²⁷

Tabell 9 Antal personer 65 år och äldre som var beviljade dagverksamhet den 1 oktober mellan åren 1999 och 2003

År	Antal i ordinärt boende	Antal i särskilt boende	Totalt
1999	10 500	3 000	13 500
2000	11 700	3 800	15 500
2001	10 200	4 100	14 300
2002	10 400	2 600	13 000
2003	10 600	2 100	12 700

Källa: Socialstyrelsen 2004; *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

²⁶ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

²⁷ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Den kommunala hemsjukvården

Vårdtiderna i akutsjukvården har minskat (se figur 6 sid 18) och allt fler äldre, många med flera sjukdomar, vårdas hemma i den egna bostaden. Hemsjukvården i samverkan med hemtjänsten blir i och med detta allt mer betydande. Den kommunala hemsjukvården omfattar hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering upp till läkarnivå i särskilt boende, korttidsboende, dagverksamhet och ordinärt boende.

Kommunerna har sedan Ädelreformen genomfördes 1992 hälso- och sjukvårdsansvar till och med sjuksköterskenivå inklusive rehabilitering i särskilt boende. Med Ädelreformen fick kommunerna även möjlighet att genom avtal med landstinget ta över samma ansvar inklusive rehabilitering i det ordinarie boendet. År 2003 hade hälften av kommunerna tagit över ansvaret för hälso- och sjukvården i ordinärt boende.

Den kommunala hemsjukvårdens omfattning

Som ett led i att förbättra möjligheterna att följa upp den kommunala hälso- och sjukvårdens utveckling har Svenska Kommunförbundet i samarbete med representanter för Kommunförbundet i Jämtlands län och några kommuner i Jämtland och Värmland bedrivit ett projekt omkring den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning och kostnader. Samtliga kommuner som deltog i projektet har tagit över ansvaret för hälso- och sjukvård i det ordinarie boendet. Med omfattning av kommunal hälso- och sjukvård menas i projektet andel av arbetstiden som utgör hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Resultatet visar att 19 procent av personalens arbetstid används till hälso- och sjukvårdsuppgifter inom äldreomsorgen (genomsnitt i de deltagande kommunerna). Mest hälso- och sjukvård bedrivs i korttidsboendet/korttidsvården, 28 procent av arbetstiden, följt av hemtjänsten med 26 procent. Andelen var något lägre i det särskilda boendet, 18 procent, i LSS-boendet 7 procent och i dagverksamheten 6 procent.

Tabell 10 Andel av totalt antal årsarbeten inom äldreomsorgen i kommunen som används till hälso- och sjukvårdsinsatser, legitimerad och ej legitimerad personal. Procent

Kommun	Hemtjänst	Särskilt boende	LSS-boende	Korttidsvård-/boende	Dagverksamhet	Totalt
Arvika	29	17	9	34	4	20
Hammarö	28	20	6	18	5	17
Karlstad	26	16	5	25	5	16
Kil	37	15	6	21	7	19
Torsby	22	15	9	12	4	17
Värmland	27	16	6	25	5	18
Berg	29	19	17	21	5	22
Bräcke	22	17	6	21	5	16
Härjedalen	15	15	7	16	9	15
Krokom	31	26	6	28	4	23
Ragunda	32	20	16	16	5	22
Strömsund	27	14	11	43	4	21
Åre	20	14	14	19	14	16
Östersund	28	21	6	36	6	19
Jämtland	26	19	7	30	6	19
Totalt alla	26	18	7	28	6	19

Källa: Svenska Kommunförbundet 2004

Hela den legitimerade personalens arbetstid har räknats som hälso- och sjukvård. För att beräkna hur stor andel av den ej legitimerade personalens arbetstid som utgör hälso- och sjukvård har projektet använt sig av en modell för arbetstidsmätning.

Resultatet från mätningarna visar att 17 procent av den ej legitimerade personalens arbetstid består av hälso- och sjukvårdsuppgifter inom hemtjänsten, 11 procent på de särskilt boendet, 5 procent på LSS-boendet, 12 procent på korttidsvård/boendet och 4,5 procent inom dagverksamheten.²⁸

Tabell 11 Andel av ej legitimerad personals arbetstid som används för hälso- och sjukvårdsinsatser, i genomsnitt av alla kommuner i projektet. Procent

Verksamhet	Direkt brukartid för hälso- och sjukvård (%)	Total tid för hälso- och sjukvård ²⁹ (%)
Hemtjänst	11,0	17,1
Särskilt boende	8,3	10,9
LSS-boende	3,5	5,2
Korttidsvård/boende	8,7	12,2
Dagverksamhet	3,2	4,5

Källa: Svenska Kommunförbundet 2004

²⁸ Dessa siffror bygger på uppgifter i tidsanvändningsstudien och på uppgifter om antal årsarbetare i deltagande kommuner i Jämtland och Värmland.

²⁹ I totaltid ingår också den andel av indirekt tid, ej brukarrelaterad tid och annat arbete som ska tilldelas hälso- och sjukvården.

Demensvård

Antal dementa

Den största gruppen bland äldre som har behov av tillsyn dygnet runt är personer med demens. Antal dementa har beräknats av Demensutredningen 2003.

Tabell 12 Antalet demenssjuka i Sverige år 2003 och 2010 (prognos)

	2003	2010
Antalet demenssjuka	139 000	150 000
varav under 65 år	8 700	9 700
varav mild demens	41 000	44 000
varav måttlig demens	66 000	72 000
varav svår demens	32 000	34 000

Källa: Demensutredningen: *På väg mot en god demensvård* (Ds 2003:47)

Risken för att drabbas av en demenssjukdom stiger med åldern. Enligt Demensutredningen kan man något förenklat säga att risken för att drabbas fördubblas vart femte år från 60 år och uppåt. Om medellivslängden ökar, ökar också antalet dementa. Cirka åtta procent av pensionärsgruppen drabbas av måttlig eller svår demens.³⁰

Kommunernas insatser för dementa

Av en enkät som Demensutredningen gjorde framgår bland annat att 136 (38 procent) kommuner/kommundelar har någon form av uppsökande verksamhet för dementa. Verksamheten består oftast i att personal besöker personer som de har fått kontakt med via primärvård, anhöriga etc. 98 kommuner/kommundelar (27 procent) uppger att de har gjort någon form av kartläggning av antalet dementa i kommunen de senaste åren. De kommuner som har genomfört kartläggningar är i regel små och antalet kartlagda uppgår till 20 000 personer. 151 kommuner eller 42 procent av kommunerna/kommundelarna säger sig veta hur många dementa i kommunen som får kommunala insatser. 137 kommuner/kommundelar eller 39 procent har en eller flera demenssköterskor på hel- eller deltid. 130 kommuner har också tillgång till någon form av demensteam. 197 kommuner/kommundelar (54 procent) har särskilda korttidsplatser för dementa och 281 kommuner (78 procent) erbjuder särskild dagvård för dementa. 31 kommuner har särskilt organiserad hemtjänst till dementa.³¹

³⁰ Demensutredningen 2003, *På väg mot en god demensvård* (Ds 2003:47)

³¹ Bilaga till Ds 2003:47, *Demensenkäten 2002*

Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och Socialdepartementet beslutade år 2003 att starta ett gemensamt arbete för att förbättra demensvården i Sverige. Arbetet omfattar två på varandra följande Genombrottsprojekt och därpå följande spridningsaktiviteter. Genombrott är en metod för kontinuerligt förbättringsarbete. Den första omgången påbörjades i februari år 2004 och omfattar team i kommuner och landsting/regioner. En andra omgång startar hösten 2004 och totalt kommer ett 40-tal team att kunna delta.

Hjälpmedel

Sjukvårdshuvudmännen – kommuner och landsting – har ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel till funktionshindrade. Verksamheten regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Kommunerna ansvarar för hjälpmedel till äldre och personer med funktionshinder i särskilt boende i alla kommuner och i ordinärt boende i de kommuner som har tagit över hemsjukvården.

I augusti 2004 överlämnades en statlig utredning, Hjälpmedel SOU 2004:83, till regeringen vars uppdrag har omfattat:

- avgiftssystemet för hjälpmedel
- de förändrade förutsättningarna på hjälpmedelsområdet genom utvecklingen inom informations- och kommunikationsteknik och digital teknik
- hjälpmedelsförsörjningen inom utbildningsväsendet
- systemet för arbetshjälpmedel samt
- gränsdragningen mellan individuella hjälpmedel och arbetshjälpmedel för personliga assistenter.

Utredningen föreslår bland annat följande:

- Varje patient eller brukare som vänder sig till hälso- och sjukvården för att få personligt hjälpmedel ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en bedömning av sitt hjälpmedelsbehov.
- Landsting eller kommun får inte ta ut avgift för att tillhandahålla personliga hjälpmedel annat än som avgift för besök i samband med förskrivning, utprovning, anpassning av eller träning på hjälpmedel. Avgifterna ska omfattas av högkostnadsskyddet, som föreslås höjas från 900 till 1 000 kronor för alla medborgare.

Särskilt boende – omfattning och stöd

Kommunerna har särskilda boenden för personer med omfattande behov av vård och omsorg och tillgång till personal dygnet runt. Särskilda boenden är ett *boende* där personerna med få undantag har egna hyreskontrakt. Det är kommunen som avgör vilka bostäder som är särskilda boenden.

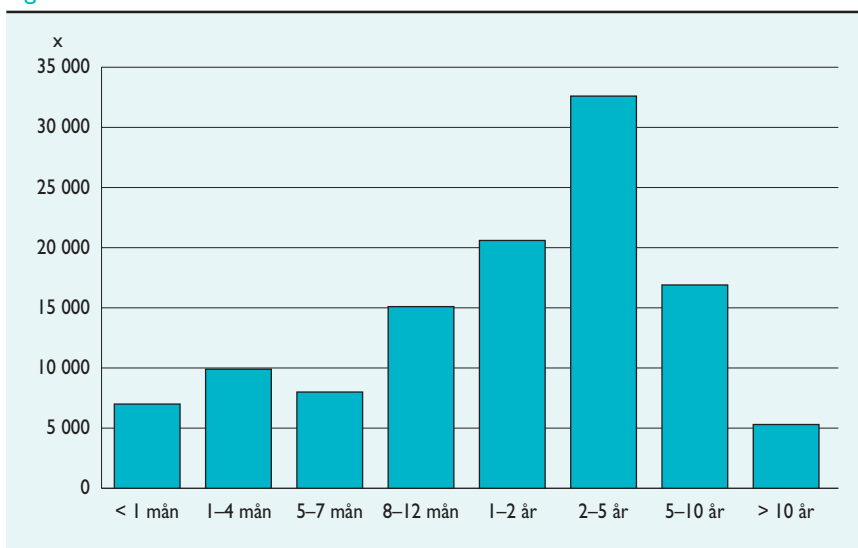
Bostäderna i särskilda boenden fördelas av kommunen efter behov och biståndsbedömning. Kommunerna har ett hälso- och sjukvårdsansvar för de boende upp till och med sjuksköterskenivå. På särskilda boenden finns det tillgång till personal dygnet runt.

I samband med Ädelreformen 1992 ändrades benämningen för de olika boendeformerna servicehus, ålderdomshem, långtidsvård, sjukhem och grupp-bostäder med flera benämningar till samlingsbegreppet *särskilda boenden* för äldre och funktionshindrade. Trots detta lever många av de gamla benämningarna kvar vilket skapar en viss förvirring.

Behovet av särskilt boende är delvis avhängigt av hur mycket stöd hemtjänsten och hemsjukvården kan ge i den egna bostaden, hur den egna bostaden är utformad och tillgången på korttidsvård och korttidsboende och dagverksamhet i kommunen.

Den största gruppen som behöver särskilt boende är dementa och därefter personer som har flera sjukdomar och som behöver tillgång till personal dygnet runt. Ensamstående med flera sjukdomar har större behov av särskilt boende än gifta och sammanboende.

Figur 14 Vistelsetid i särskilt boende år 2002



Källa: Socialstyrelsen 2003, *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? En kartläggning*

Den 1 oktober år 2003 bodde totalt 110 900 personer 65 år och äldre permanent i särskilda boenden. I åldern 80 år och äldre bodde 87 700 i särskilt boende vilket är en minskning med 3 200 personer. Det totala antalet i både permanent och tillfälligt boende uppgick till sammanlagt 119 800 personer. Av dem som bodde i särskilda boendeformer 1 oktober 2003 var cirka 79 procent 80 år och äldre och cirka 70 procent kvinnor.

Av de 119 800 personer som bodde antingen permanent eller tillfälligt i särskilda boenden fanns det 3 600 som delade bostad med annan eller andra än maka/make/samboende eller annan nära anhörig.³²

Tabell 13 Antal och andel personer boende i särskilt boende (permanent boende) åren 1998, 2002 och 2003. Procent

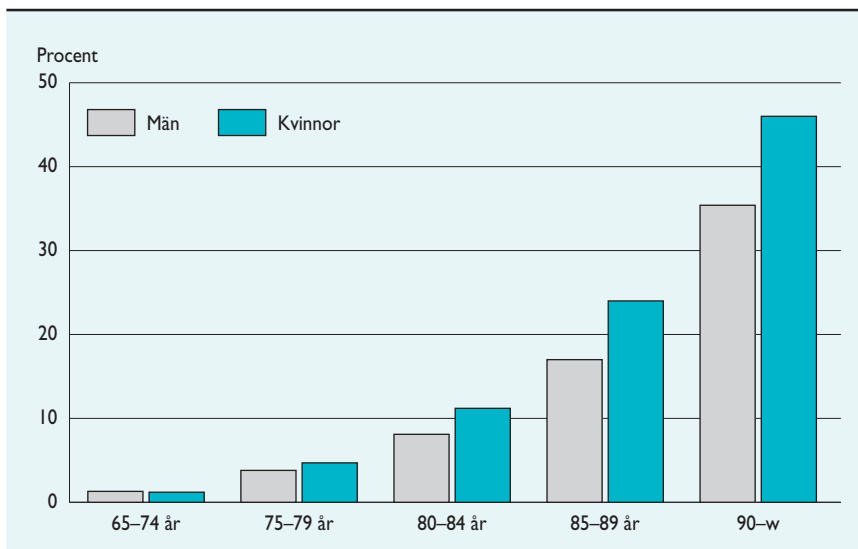
Ålder	1998		2002		2003	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %
65–74	10 900	1,4	9 900	1,3	9 400	1,3
75–79	17 000	4,9	14 700	4,5	13 800	4,3
80–84	27 900	11,9	27 200	10,5	26 200	9,9
85–w	62 900	31,7	63 700	30,4	61 500	29,0
65–w	118 700	7,7	115 500	7,5	110 900	7,2
65–79	27 900	2,5	24 600	2,3	23 200	2,2
80–w	90 800	21,0	90 900	19,4	87 700	18,4

Källa: Statistiska centralbyrån; Socialstyrelsen, *Äldre – vård och omsorg, 1998, 2002 och 2003*.

Av tabellen framgår att antalet personer i särskilt boenden har minskat mellan 2002 och 2003. Detta beror bland annat på att fler äldre får vård och omsorg i den egna bostaden och kan bo kvar mycket längre. Som framgår av tabell 8 har antalet personer 65 år och äldre som har fått hemtjänst ökat med nära 3 000 under samma period. Det är en utveckling som tenderar att fortsätta beroende på friskare äldre, mer tillgängliga ordinära bostäder och ökade möjligheter för äldre att få vård och omsorg i hemmet.

³² Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Figur 15 Andel av befolkningen som bodde permanent i särskilt boende den 1 oktober 2003. Procent



Källa: Socialstyrelsen 2004, *Äldre – Vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Äldre som får bistånd enligt LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är avsedd för personer med stora och varaktiga funktionshinder. I lagen definieras vilka personer med funktionshinder som har rätt till insatser. Följande personer kan beviljas stöd och service enligt LSS:

1. Personer med utvecklingsstörning och personer med autism eller autismliknande tillstånd (personkrets 1).
2. Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom (personkrets 2).
3. Personer med varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om dessa är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service (personkrets 3).

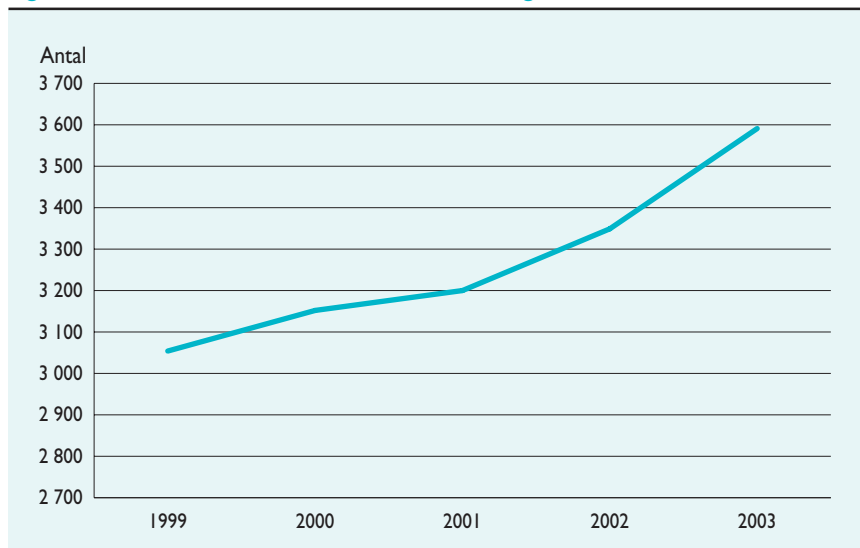
Cirka 54 000 personer fick insatser enligt LSS år 2003. Av dem var cirka 3 600 personer över 65 år och cirka 400 personer över 80 år. Totalt redovisades cirka 6 300 insatser till gruppen 65 år och äldre vilket motsvarar ungefär

sex procent av samtliga redovisade insatser. 60 procent av dem som var 65 år och äldre hade enbart en insats enligt LSS.³³

Efter en lagändring år 2001 kan personer som har beviljats en personlig assistent före 65 års ålder behålla denna även efter 65 års ålder. Detta gäller även för andra insatser enligt LSS.

Antalet äldre över 65 år med insats enligt LSS har ökat med 18 procent sedan år 1999.³⁴

Figur 16 Antal äldre över 65 år med insats enligt LSS mellan åren 1999–2003



Källa: Socialstyrelsen, Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS, respektive år

De vanligaste insatserna bland personer över 65 år var år 2003 bostad med särskild service för vuxna, kontaktperson, daglig verksamhet och ledsagarservice.

³³ Socialstyrelsen 2004, *Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003*

³⁴ Socialstyrelsen 2004, *Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003* samt Socialstyrelsen 2000, *Stöd och service till vissa funktionshindrade den 1 juni 1999*

Tabell 14 Antal personer 65 år och äldre med beslut om insats enligt LSS år 2002 och 2003. (Observera att en och samma person kan vara beviljad flera insatser)

Insats enligt LSS	2002	2003
Personlig assistans	163	260
Ledsagarservice	833	875
Kontaktperson	1 114	1 157
Avlösarservice	53	44
Korttidsvistelse	62	64
Boende, vuxna	2 034	2 130
Daglig verksamhet	946	963

Källa: Socialstyrelsen 2004, *Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003*; Socialstyrelsen 2003, *Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2002*, Sveriges officiella statistik

Kommunernas stöd till anhöriga och närstående

Anhöriga står för en viktig del av vården och omsorgen till äldre och funktionshindrade men det finns inga exakta uppgifter på hur omfattande de anhörigas omvårdnadsinsatser är. Kommunerna satsar på att stödja anhöriga på många olika sätt och nya stödformer utvecklas kontinuerligt.

Anhörigvårdare

Många anhöriga är så kallade anhörigvårdare. Med anhörigvårdare menas den person som inom familjen, släkten eller vänskapskretsen hjälper någon som på grund av sjukdom, ålder eller handikapp inte längre klarar av vardagen på egen hand. Anhörigvårdaren kan vara make eller maka, förälder, barn, barnbarn, sammanboende, vän eller annan närstående.³⁵

Den största gruppen anhörigvårdare finns bland de äldre. Ofta är det en make eller maka som ger den andra maken hjälp och stöd. En annan stor grupp av anhörigvårdare är döttrar som hjälper sina föräldrar.

Utveckling av stöd till anhöriga

Kommunen har till uppgift att stödja anhöriga. Nio av tio kommuner uppgav i en enkät till Socialstyrelsen 2002 att en vidareutveckling av olika stödformer pågår.³⁶

För att kommunerna ska kunna svara mot de anhörigas önskemål och behov finns en mångfald av stödinsatser och flexibla lösningar. Bland annat har de flesta kommuner fortsatt utvecklingen av samverkan med frivilligorga-

³⁵ Varbergs kommun 2002, *Slutrapport Anhörig 300*

³⁶ Socialstyrelsen 2003, *Ett år efter Anhörig 300*

nisationerna under 2003. En del kommuner har skapat en ny typ av kommunala tjänster, frivilligsamordnare, för att ytterligare fördjupa samverkan med organisationer och enskilda frivilliga. De flesta kommuner har nätverk för erfarenhetsutbyte mellan kommuner och referens- och samverkansgrupper för utveckling av anhörigstödet. Kommunerna genomför också utbildning för att sprida kunskap om anhörigas situation och höja kvaliteten på olika avlösningssatser.

I många kommuner finns dagvård/dagverksamhet och korttidsboende/korttidsvård som avlastning för anhöriga. Likaså är det vanligt med avlösning i hemmet. Kommunerna anordnar vidare anhörigcirklar och har anhörigkonsulenter som stödjer anhöriga och anordnar utbildning för dem.

Anhörigbidrag

I vissa fall kan den som vårdas av anhöriga få ett *anhörigbidrag* från kommunen. Den 1 oktober år 2003 var drygt 5 500 ålderspensionärer 65 år och äldre beviljade anhörigbidrag. Det är i stort sett samma antal som år 2002.

Kommunen kan också i speciella fall anställa anhöriga som hjälper en äldre person, en så kallad *anhöriganställning*. Cirka 2 000 ålderspensionärer fick den 1 oktober år 2003 hjälp en av anhörig eller närstående som hade anställts av kommunen eller som hade en så kallad objektsanställning. Det är ungefär lika många som år 2002.³⁷

En anhörig som väljer att avstå från förvärvsarbete för att vårda en svårt sjuk närstående kan också beviljas ersättning från Försäkringskassan, så kallad närståendepenning.³⁸

³⁷ Socialstyrelsen 2003, *Äldre – vård och omsorg år 2002*, Sveriges officiella statistik

³⁸ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Vård och omsorg i enskild regi

Från slutet av 1990-talet fram till 2003 blev det vanligare att kommunerna lade ut delar av driften av äldreomsorgen på entreprenad. En del kommuner införde också valfrihet för de äldre i form av kundval/vårdgivarval. Det gällde både hemtjänst och särskilt boende. Motiven var främst att öka mångfalden och skapa större konkurrens inom äldreomsorgen. Utvecklingen fortsätter men utvecklingstakten har minskat.

Av tabell 15 framgår utvecklingen av vård och omsorg i kommunal regi och enskild regi för hemtjänst, särskilt boende och korttidsboende mellan åren 2000 och 2003. Den visar att vård i enskild regi har ökat något men att cirka 90 procent av äldreomsorgen fortfarande bedrivs i kommunal regi.

Mellan åren 2000 och 2003 har andelen äldre som bodde i särskilda boenden som drevs i enskild regi ökat från 11 till 13 procent. Andelen äldre som får hemtjänst av enskilda vårdgivare har under samma period ökat från 7,3 till 9 procent. Mellan 2002 och 2003 har andelen personer som bor på särskilda boenden i enskild regi ökat med nära en procent medan andelen som får hemtjänst i enskild regi är oförändrad.³⁹

Tabell 15 Antal personer 65 år och äldre som får omsorg i kommunal och enskild regi år 2000 och 2003

Verksamhet	Kommunal regi		Enskild regi		Totalt	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Hemtjänst	112 400	116 700	8 600	11 200	121 000	128 000
Särskilt boende	105 000	95 800	12 900	14 800	117 900	110 900 ⁴⁰
Korttidsvård	7 500	8 200	900	700	8 400	8 900 ⁴¹
Summa	224 900	220 700	22 400	26 700	247 300	247 800

Källa: Socialstyrelsen, *Äldre – vård och omsorg 2000 och 2003*

³⁹ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – Vård och omsorg 2003*, Sveriges officiella statistik

⁴⁰ För särskilt boende tillkommer 245 personer som bor i boenden som drivs av annan kommun eller landsting

⁴¹ För korttidsvård tillkommer 47 personer som får korttidsvård i annan kommun eller landsting

Olika former för vård i enskild regi

Entreprenader

Verksamhet i enskild regi kan innebära olika driftsformer. Den vanligaste formen är att verksamheten *utförs av en enskild vård- och omsorgsgivare i form av aktiebolag eller stiftelse. Vården kan också utföras av kooperativ eller ideella föreningar.* Vid entreprenadupphandling anger kommunen bland annat ekonomiska och kvalitativa förutsättningar. Kommunen har dock kvar både det övergripande vårdansvaret enligt Socialtjänstlagen och finansieringsansvaret för verksamheten, även när den har lagts ut på entreprenad.

Totalt hade 92 kommuner icke kommunala utförare som bedriver äldreomsorg enligt en enkät som Svenska Kommunförbundet gjorde år 2004. 74 av de 269 kommuner som har besvarat Svenska Kommunförbundets enkät uppger att de har särskilt boende som drivs av icke kommunala utförare. 62 kommuner har icke kommunala utförare inom hemtjänsten.

I tabell 16 framgår antalet privata utförare per kommun uppdelat på öppen hemtjänst och särskilt boende.

Tabell 16 Privata utförare i öppen hemtjänst och särskilt boende

Antal utförare	Antal kommuner med privata utförare inom öppen hemtjänst	Antal kommuner med privata utförare inom särskilt boende
1	37	39
2	9	16
3	5	5
4	1	4
5–10	10	10
fler än 10	0	0

Källa: Svenska Kommunförbundet 2004, *Äldreomsorgens styrning 2004*

På frågan om kommunen lägger egna anbud när entreprenader upphandlas svarade 20 av de 96 kommuner som hade besvarat frågan att de lade egna anbud.

Kundval/vårdgivarval

En annan inriktning som utvecklats i en del kommuner är kundval, vårdgivarval eller äldrepeng som främst tar sikte på att öka brukarnas valmöjligheter. Kommunerna anger mål och kvalitet för verksamheten och sluter avtal med flera vårdgivare. Sedan får vårdtagarna eller deras anhöriga välja vårdgivare utifrån vem som enligt deras uppfattning erbjuder den bästa vården.

Enligt Kommunförbundets enkät våren 2004 har 15 kommuner infört valfrihet för de äldre i form av *kundval/vårdgivarval inom hemtjänsten*. Tolv av dessa kommuner finns i Stockholms län. Ytterligare fyra kommuner har beslutat att införa kundval/vårdgivarval inom hemtjänsten.

Sju kommuner har infört *kundval/vårdgivarval till särskilda boenden* och ytterligare en kommun har beslutat att införa detta system.⁴²

Organisationer utan vinstsyfte

Flera olika organisationer bedriver vård och omsorg utan vinstsyfte. Det är olika frivilligorganisationer, ideella organisationer, kooperativ, idéburna organisationer och folkrörelser.

Inom äldreomsorgen är det vanligast med personal- eller brukarkooperativ. Även en del ideella föreningar bedriver hemtjänst som ett komplement till den kommunala hemtjänsten. Brukarkooperativen finns främst i glesbygden medan personalkooperativen finns i olika delar landet och oftast är små enheter. Det finns totalt cirka 30 kooperativa äldreboenden i landet.⁴³

Köp av enstaka platser på särskilda boenden och av hemtjänst

Utöver entreprenader förekommer det också att kommunerna köper enstaka platser i privatägda särskilda boenden och korttidsboenden. Kommunen kan också köpa tjänster som utförs av andra kommuner både när det gäller särskilda boenden och hemtjänst. Sådana köp är volymmässigt mycket begränsade. Även i dessa fall har kommunen alltid ansvaret gentemot den äldre.

År 2003 köpte kommunerna platser i särskilda boenden av annan kommun eller landsting till 245 personer och korttidsvård i annan kommun eller landsting till 47 personer.⁴⁴

⁴² Svenska Kommunförbundet 2004, *Äldreomsorgens styrning 2004*

⁴³ Svenska Kommunförbundet 2002, *Kooperativ äldreomsorg – en del i mångfalden*

⁴⁴ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – Vård och omsorg år 2003*, Sveriges officiella statistik

Personal och utbildning

Varje år rekryteras mellan 25 000 och 30 000 nya medarbetare för att arbeta med vård och omsorg i kommunerna. Av de undersköterskor och vårdbiträden som rekryterades år 2003 hade hälften omvårdnadsutbildning och hälften en annan gymnasieutbildning. Bland de redan anställda har nio av tio gymnasieutbildning och drygt sex av tio omvårdnadsutbildning. Många har lång erfarenhet och har också utvecklat sin kompetens i arbetet.

Fler anställda

I november år 2003 fanns totalt 258 800 anställda (månadsavlönade) inom vård och omsorg i kommunerna. Det är en ökning med 2 300 från föregående år. Jämfört med 1995 har antalet anställda ökat med 36 900 eller knappt 17 procent, vilket är betydligt mer än ökningen av det totala antalet kommunanställda som ligger på drygt sju procent. Då har hänsyn tagits till verksamhetsöverföringar som har skett mellan kommuner och landsting.

Inom vård och omsorg har de största ökningarna skett i gruppen *övrig vårdpersonal* som bland annat innefattar de personliga assistenterna. Även antalet *undersköterskor/vårdbiträden* och *sjuksköterskor* har ökat. Ökade behov av rehabilitering inom den kommunala äldreomsorgen förklarar sannolikt den kraftiga ökningen av antalet anställda arbetsterapeuter och sjukgymnaster under perioden 1995–2003.

I personalstatistiken är *anställda* och *sysselsatta* två olika begrepp. *Anställda* inkluderar även lediga och sjukskrivna. I uppgifterna om sysselsatta räknas dessa inte med. Av det totala antalet *anställda* år 2003 var 40 400 lediga, det vill säga föräldralediga, lediga för studier eller sjukskrivna, vilket medför att 218 400 var *sysselsatta*. Därutöver arbetade 71 200 *timavlönade* i verksamheten. De timavlönade har minskat med 700 sedan 2002.

Tabell 17 Antalet *kommunalt anställda* i olika yrkesgrupper. Månadsavlönade inklusive lediga år 2003

Omsorg om äldre och funktionshindrade	2003
Arbetsledare inkl. hemtj.insp o -assistent	9 500
Undersköterskor, vårdbiträden, vårdare och skötare	192 300
Sjuksköterskor	12 100
Arbetssterapeuter	2 600
Sjukgymnaster	1 200
Övrig vårdpersonal inkl. personliga assistenter	28 100
Övrig personal	13 000
Totalt	258 800

Källa: Svenska Kommunförbundet

Antalet *sysselsatta* ökade med 4 200 personer mellan 2002 och 2003. Jämfört med 1995 har de sysselsatta ökat med 21 900.

Tabell 18 Antalet *kommunalt sysselsatta* i olika yrkesgrupper och förändringen av personal mellan åren 1995 och 2003. Månadsavlönade exklusive lediga

Omsorg om äldre och funktionshindrade	2003	Förändring	
		1995–2003	2002–2003
Arbetsledare inkl. hemtj.insp o -assistent	8 600	*	400
Undersköterskor, vårdbiträden m fl	160 600	1 200	1 700
Sjuksköterskor	10 400	1 600	200
Arbetssterapeuter	2 300	0 ⁴⁵	100
Sjukgymnaster	1 100	0 ⁴⁶	100
Övrig vårdpersonal inkl. personliga assistenter	23 900	15 700	1 400
Övrig personal	11 500	3 400	500
Totalt	218 400	21 900	4 200

Källa: Svenska Kommunförbundet

* Det är inte möjligt att uppskatta förändringen sedan 1995 för arbetsledare. Förändringen ingår i gruppen övrig vårdpersonal.

Sex av tio har omvårdnadsutbildning

Även om all personal inte har omvårdnadsutbildning har de en bra grundutbildning att bygga vidare på. Nio av tio undersköterskor och vårdbiträden har gymnasieutbildning och drygt sex av tio har omvårdnadsutbildning.

Av de omkring 16 000 undersköterskor och vårdbiträden som rekryterades år 2003 hade hälften omvårdnadsutbildning, varav 25 procent hade läst

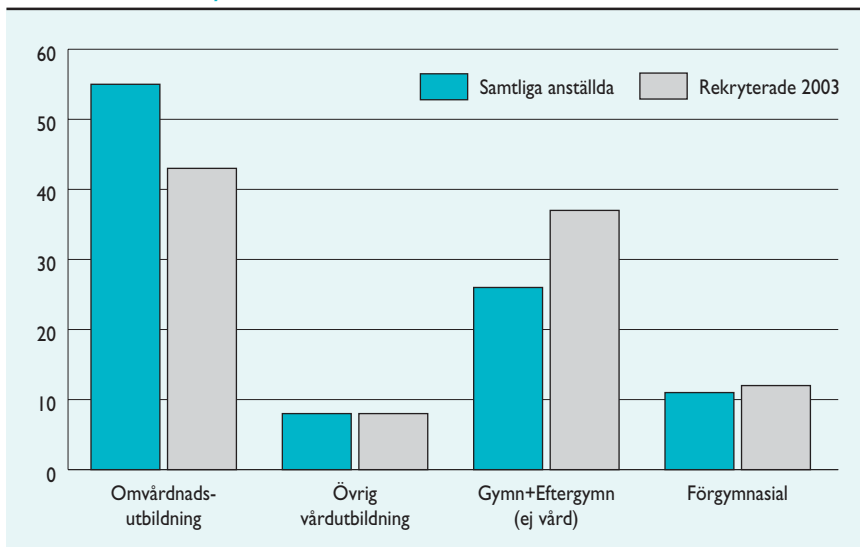
⁴⁵ Uppgifter saknas.

⁴⁶ Uppgifter saknas.

omvårdnadsämnen på komvux, 18 procent omvårdnadsprogrammet på gymnasiet och 8 procent hade någon annan omvårdnadsutbildning. Av de som saknade omvårdnadsutbildning hade 37 procent en annan gymnasieutbildning och 12 procent hade förgymnasial utbildning.

Att många saknar omvårdnadsutbildning innebär att kommunerna får ta på sig ett stort utbildningsansvar. Kommunerna får i samverkan med staten utveckla och diskutera nya utbildningsmodeller för omvårdnadsutbildningar för vuxna. En modell är den som nyligen har utarbetats och presenterats av Socialstyrelsens utredning ”Investera nu”.

Figur 17 Utbildningsinriktning bland anställda (månadsavlönade inklusive lediga) och rekryterade undersköterskor, vårdbiträden med flera år 2003



Källa: Svenska Kommunförbundet och Statistiska centralbyrån

Många av dem som rekryteras är födda utanför Sverige

20 procent av de närmare 25 000 nya medarbetare som rekryterades till kommunernas vård och omsorg år 2003 var födda utomlands. Andelen har fördubblats sedan 1995 då endast 10 procent av de som rekryterades var födda utomlands. Det är framför allt rekryteringen av medarbetare födda utanför Norden och EU som ökat. År 2003 var 16 procent av de som rekryterades födda utanför EU och Norden. Motsvarande siffra år 1995 var fem procent.

Den etniska mångfalden bland de anställda ökar långsamt med tanke på att det totala antalet anställda är nästan 260 000. Bland det totala antalet anställda i omsorgen om äldre och funktionshindrade har andelen utrikes födda ökat från drygt 9 procent 1995 till drygt 12 procent år 2003. Det är framför allt andelen födda utanför Norden och EU som ökat, från nära 4 procent år 1995 till 7,5 procent år 2003.

Kvinnodominerade yrken

Mer än 90 procent av dem som arbetar i omsorgen om äldre och funktionshindrade är kvinnor. Andelen män har dock ökat med nära tre procentenheter sedan 1995. Bland de tillsvidareanställda har antalet män nära nog fördubblats under perioden 1995–2003 från 9 600 till 18 600.

Bland vikarierna är andelen män högre, 14 procent, än bland de tillsvidareanställda, 8 procent, år 2003. Högst andel män finns bland sjukgymnaster, personliga assistenter och arbetsledare.

Åldersstrukturen påverkar rekryteringsbehoven

Ålderssammansättningen ger bland annat information om förväntade pensionsavgångar, rörlighet och sjukfrånvaro. Av det totala antalet tillsvidareanställda i vård och omsorg i kommunerna är 22 procent 55 år och äldre.

Det finns stora variationer mellan olika yrken. Bland undersköterskor är andelen 55 år och äldre 15 procent men hela 30 procent bland vårdbiträden. Även sjuksköterskorna har en hög andel 55 år och äldre nämligen 28 procent.

Tabell 19 Åldersfördelning för tillsvidareanställda i vissa yrken i vård och omsorg, november 2003. Procent

Åldersklass	Under-sköterskor	Vård-biträden	Sjuk-sköterskor	Samtliga i ÄO	Alla kommun-anställda
16–24	3	3	0	3	2
25–34	22	14	11	18	16
35–44	32	25	25	28	25
45–54	29	28	36	29	31
55–59	10	17	18	13	16
60–	5	13	10	8	10
Summa	100	100	100	100	100

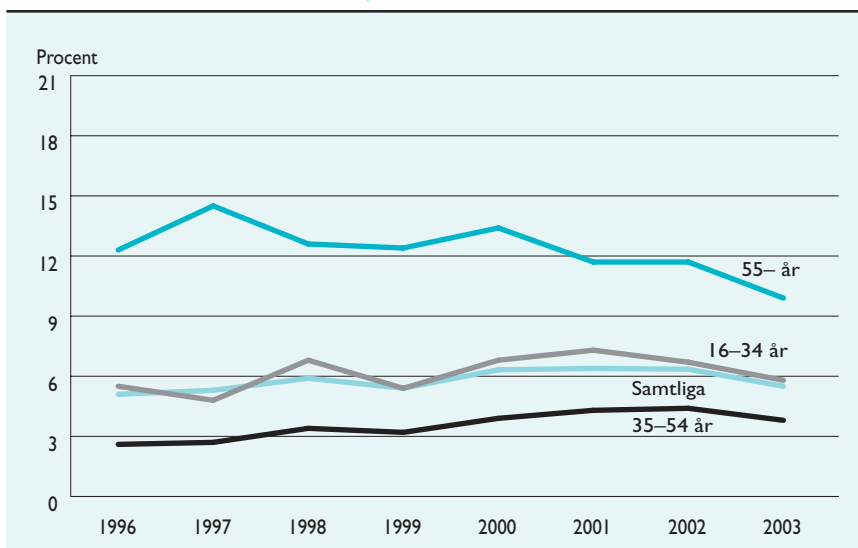
Källa: Svenska Kommunförbundet

Allt färre slutar

Rörligheten varierar med åldern. Vanligtvis är yngre personer rörligare än äldre om vi undantar pensionsavgångar. Av alla tillsvidareanställda i kommunerna, oavsett ålder, slutar fem procent under ett år.

Antalet *undersköterskor/vårdbiträden* som slutar fortsatte att minska under 2003. Minskning finns i alla åldersgrupper men mest bland personer 55 år och äldre.

Figur 18 Andel tillsvidareanställda undersköterskor/vårdbiträden som slutade under åren 1996–2003, efter ålder. Procent

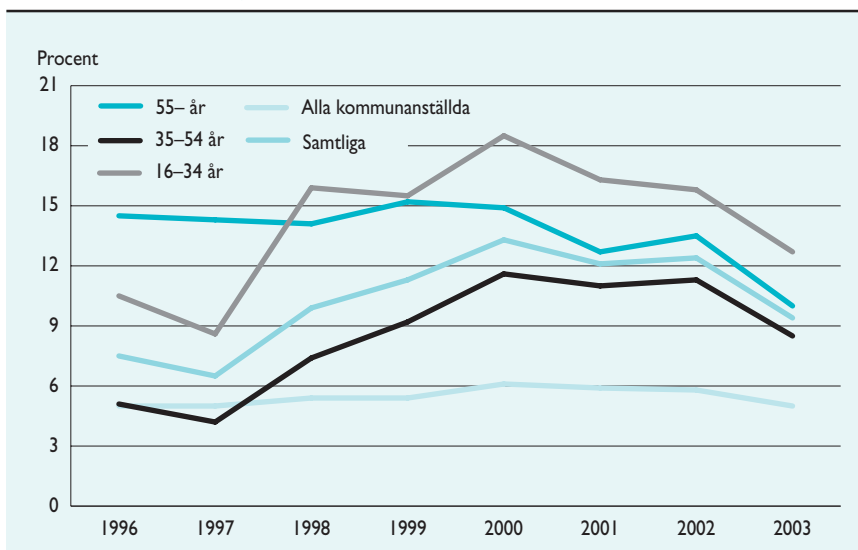


Källa: Svenska Kommunförbundet

Rörligheten bland sjuksköterskor är betydligt högre än för genomsnittet i kommunala yrken och är en tydlig spegling av att arbetsmarknaden under ett antal år varit god för sjuksköterskor.

Avgångarna bland *sjuksköterskor* ökade kraftigt under åren 1998 till 2000. Därefter har de legat stabilt på en hög nivå fram till 2003 då rörligheten minskade markant. Totalt slutade 9,4 procent av de tillsvidareanställda sjuksköterskorna år 2003. Avgångarna minskade i alla åldersgrupper.

Figur 19 Andel tillsvidareanställda sjuksköterskor som slutade under åren 1996–2003, efter ålder. Procent



Källa: Svenska Kommunförbundet

Lediga och sjukskrivna

Frånvaron minskar

Andelen anställda som var helt frånvarande, det vill säga föräldralediga, lediga för studier eller sjukskrivna, från sina arbeten minskade under 2003 för andra året i rad. Det gäller samtliga kommunalt anställda såväl som personalen inom omsorgen om äldre och funktionshindrade.

Frånvaron är högre inom omsorgen om äldre och funktionshindrade än inom exempelvis skolan och barnomsorgen. I november 2003 var drygt 17 procent av de tillsvidareanställda inom vård och omsorg i kommunerna helt frånvarande under minst en månad. Motsvarande andel inom skolan och barnomsorgen var nära 12 procent. Av samtliga kommunalt anställda var 13 procent helt frånvarande. Frånvaron varierar således med verksamhet men också med yrke och ålder.

Andelen helt frånvarande undersköterskor och vårdbiträden år 2003 var drygt 18 procent. Den är särskilt hög för yngre medarbetare, vilket förklaras av föräldraledigheter men också olika former av vidareutbildning. I november 2003 var drygt 28 procent av undersköterskor/vårdbiträden under 35 år helt frånvarande från sina arbeten under minst en månad. Frånvaron är betydligt lägre för de äldre där andelen var 13 procent år 2003. Bland de äldre var sjukfrånvaro den vanligaste orsaken.

Det finns variationer mellan kvinnor och män. Bland de kommunanställda kvinnorna var frånvaron 14,6 procent år 2003 medan den var endast 6,4 procent för män. En förklaring är att det framför allt är kvinnorna som är hemma när barnen är små. En annan viktig förklaring är att kvinnor och män sällan jobbar i samma yrken. Det är också vanligare att kvinnor arbetar i yrken där sjukfrånvaron är högre. Få män arbetar inom omsorg om äldre och funktionshindrade varför det här inte är meningsfullt att göra en uppdelning efter kön.

Sjukfrånvaron minskar och ökar

Sjukfrånvaron började stiga på hela den svenska arbetsmarknaden under 1997, mer för kvinnor än för män och mer för kvinnor i kommuner än för kvinnor i övriga sektorer. Nationella data från Statistiska centralbyråns arbetskraftsundersökningar visar att kvinnors sjukfrånvaro började minska efter 2002, med undantag för privatanställda där sjukfrånvaron har fortsatt att öka. Där emot ligger sjukfrånvaron på en nästan oförändrad nivå för männen.

Kommunförbundets statistik för november månad⁴⁷ respektive år visar att andelen som var helt sjukskrivna minst 30 dagar minskade under både 2002 och 2003. Detta gäller både för samtliga anställda och för personalen i omsorgen om äldre och funktionshindrade. Det är framför allt antalet nya sjukskrivningar som har minskat medan andelen riktigt långa sjukskrivningar fortsatt att öka.

Samtidigt har andelen sysselsatta som är sjukskrivna på deltid fortsatt att öka för samtliga anställda och för personalen inom vård och omsorg. Den totala sjukfrånvaron, det vill säga summan av helt sjukskrivna och deltids-sjukskrivna omräknat till årsarbeten, fortsatte att öka också under 2003. Utvecklingen är densamma för samtliga kommunalt anställda kvinnor medan männens totala sjukfrånvaro minskade under 2003.

Högre och lägre sjukfrånvaro i vården

Bland vårdpersonalen är den fysiskt tunga arbetsmiljön påfrestande, det visar resultat från Arbetsmiljöundersökningen och undersökningen av arbetsorsakade besvär⁴⁸. En majoritet uppger också att de har litet inflytande över den egna arbetssituationen, något som i kombination med höga krav i arbetet är en riskfaktor för sjukskrivning.

Andelen helt sjukskrivna är högre inom vård och omsorg än för genomsnittet kommunalt anställda oavsett ålder. Sjuksköterskor utgör ett undantag, där är skillnaderna i sjukfrånvaro små jämfört med samtliga anställda.

⁴⁷ Svenska Kommunförbundets statistik är inte jämförbar med SCB:s arbetskraftsundersökningar.

⁴⁸ Arbetsmiljöundersökningen, Arbetsorsakade besvär, Statistiska centralbyrån och Arbetsmiljöverket. Specialbearbetning av material från 1997–2003.

Tabell 20 Andelen helt sjukskrivna tillsvidareanställda i november 2003. Procent

Ålder	Samtliga	Samtliga anställda	Undersköterskor/ vårdbiträden	Sjuksköterskor
	kommunanställda	inom omsorgen		
16–34 år	3,5	5,0	5,2	3,1
35–54 år	6,2	8,4	9,0	6,6
55– år	7,9	10,8	11,4	9,1
Samtliga	6,1	8,2	8,7	6,9

Källa: Svenska Kommunförbundet

För *deltidssjukskrivna* ser bilden annorlunda ut. Andelen deltidssjukskrivna inom vård och omsorg skiljer sig inte från samtliga anställda. Samtidigt är andelen deltidssjukskrivna något högre bland sjuksköterskor än bland undersköterskor/vårdbiträden.

Tabell 21 Andelen partiellt sjukskrivna tillsvidareanställda i november 2003. Procent

Ålder	Samtliga	Samtliga anställda	Undersköterskor/ vårdbiträden	Sjuksköterskor
	kommunanställda	inom omsorgen		
16–34 år	1,6	1,6	1,5	2,4
35–54 år	3,8	3,7	3,7	3,9
55– år	6,1	5,6	5,5	6,6
Samtliga	4,0	3,7	3,6	4,5

Källa: Svenska Kommunförbundet

Arbetstid

Antalet *heltidsanställda* i omsorgen om äldre och funktionshindrade har successivt ökat till 43 procent år 2003. Bland alla kommunalt anställda är andelen närmare 67 procent.

Inom vård och omsorg arbetar i praktiken 37,5 procent heltid. Det beror på att vissa av de heltidsanställda har träffat en överenskommelse med arbetsgivaren om att arbeta deltid, exempelvis under tiden de har småbarn.

Ett annat sätt att uttrycka arbetstidens omfattning är att beräkna den *genomsnittliga sysselsättningsgraden*. År 2003 låg den på 83 procent av heltid beräknat på samtliga anställda i kommunernas vård och omsorg. För deltidssamarbetande ligger motsvarande siffran på knappt 75 procent. Deltidsarbetande vårdbiträden och undersköterskor har en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 73 respektive 74 procent. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden för timavlönade är cirka 40 procent av heltid.

När den genomsnittliga sysselsättningsgraden ökar genom att allt fler deltidssamarbetande utökar sin arbetstid, minskar rekryteringsbehovet.

I många kommuner pågår olika arbetstidsprojekt där de anställda får möjlighet att påverka när de ska arbeta och i många fall också välja den sysselsättningsgrad de själva vill ha. Dessa satsningar har bidragit till att deltidsarbetslösheten minskat.

I slutet av året kommer Arbetslivsinstitutet tillsammans med Svenska Kommunförbundet och Hela-projektet⁴⁹ att presentera en forskningsrapport där effekterna av att införa olika arbetstidsmodeller har analyserats. De kvalitativa och kvantitativa resultat som presenteras kan bidra till en snabbare spridning av olika metoder som gör det möjligt att erbjuda ofrivilligt deltidsarbetslösa att arbeta önskad tid.

Löner

I tabell 22 redovisas lönenivåer och lönespridning för ett antal vårdyrken i heltidslöner. Eftersom arbetet inom vård och omsorg bedrivs dygnet runt, sju dagar i veckan är det en relativt stor andel av personalen som får ersättning för obekvämt arbetstid. Av undersköterskorna har exempelvis 91 procent sådan ersättning med i genomsnitt 1 610 kronor i månaden.

Tabell 22 Lönenivåer för heltidsanställning i vissa vård- och omsorgsyркиn i november 2003 samt tillägg för obekvämt arbetstid (OB)

Yrkes- benämning	Månadslön för heltid exkl. rörliga tillägg			Andel med OB	Genomsnittligt OB/månad kr
	10:e percentilen	median- lön	90:e percentilen		
Undersköterska	15 700	17 100	18 200	91 %	1 610
Vårdbiträde	14 500	16 400	17 600	87 %	1 480
Sjuksköterska	20 200	22 000	25 500	75 %	1 430
Sjukgymnast	19 300	21 400	23 700	7 %	66
Arbetssterapeut	18 800	20 500	22 800	6 %	173
Arbetsledare	20 500	24 500	28 800	9 %	560

Källa: Svenska Kommunförbundet

Medianlön innebär att 50 procent av individerna i gruppen har lägre eller samma lön som medianlönen. 10:e och 90:e percentilen innebär att 10 respektive 90 procent av individerna i gruppen har lägre eller samma lön som 10:e respektive 90:e percentilen.

⁴⁹ Hela-projektet drivs av Arbetsmiljöverket och syftar till att minska deltidsarbetslösheten.

Rekryteringsbehov och utbildningsbehov

De flesta som anställs ersätter tillsvidareanställda personer som gått i pension eller slutat av andra orsaker, är långtidssjuka, studerar eller är föräldralediga. En mindre del av nyanställningarna görs för att öka personaltätheten eller för att verksamheten växer. Behoven av nyanställningar påverkas också av hur de anställdas sysselsättningsgrad förändras. Antalet personer som behöver nyanställas minskar om sysselsättningsgraden ökar. Personalstatistiken visar som en genomgående tendens från 1995, dels att de som arbetar heltid blir fler, dels att de som arbetar deltid arbetar fler timmar.

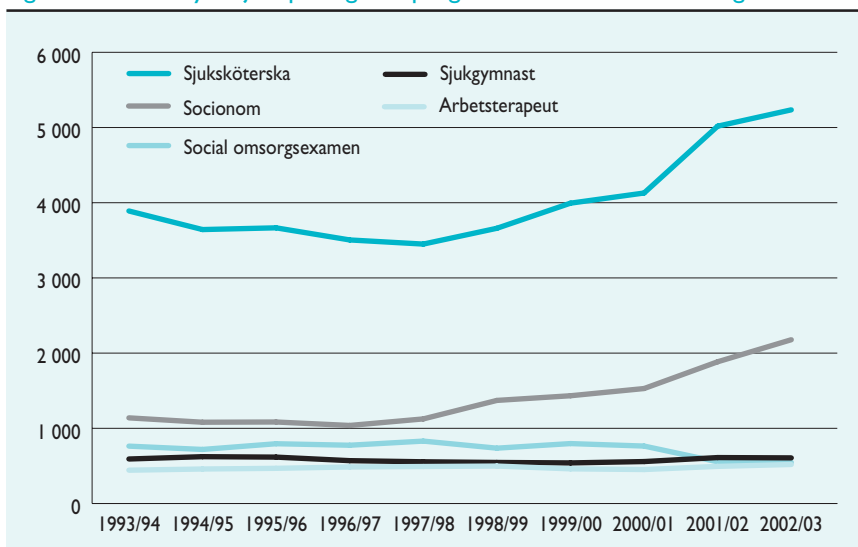
Svenska Kommunförbundet har beräknat att kommunerna under perioden 2000–2010 behöver rekrytera sammanlagt 180 000 årsarbetare till vård och omsorg. Beräkningarna bygger på antaganden om en viss utökning av antalet undersköterskor, vårdbiträden med flera och en kraftig utökning av antalet sjuksköterskor.

Högskoleutbildningar inom vård och omsorg

Efterfrågan på högskoleutbildade med inriktning mot vård och omsorg är större än antalet nyutexaminerade studenter. Samtidigt är antalet sökande betydligt fler än antalet utbildningsplatser. Det finns alltså en ökad efterfrågan på fler utbildade och fler utbildningsplatser från både arbetsmarknaden och studerande. Exempelvis har antalet platser på sjuksköterskeutbildningarna utökats, men enligt SCB räcker inte nytillskottet av examinerade för att täcka de ökande behoven.⁵⁰ Regeringen har som mål att examinera 13 400 sjuksköterskor under perioden 2001–2004. 71 procent av målet hade uppnåtts år 2003. Som planeringstal för perioden 2005–2008 anger regeringen totalt 16 100 examinerade.

⁵⁰ SCB 2004, Pressinformation från SCB nr 2004:14

Figur 20 Antal nybörjare på högskoleprogram inom vård och omsorg 1993–2003



Källa: SCB

För de högskoleutbildningar som utbildar för yrken inom vård och omsorg överstiger antalet sökande med råge antalet studieplatser

Tabell 23 Antal sökande till högskolor med vårdutbildning höstterminen år 2004

Utbildning	Antal platser ht 2004	Antal sökande per plats ht 2004
Arbetsterapeut	265	2,6
Sjukgymnast	309	9,9
Sjuksköterska	2 510	3,0
Socionom och social omsorg	1 227	6,4

Källa: Högskoleverket 2004, Högskoleverkets årsrapport

Vård och omsorgsutbildningarna hör till de större utbildningslinjer som har högsta andelen studenter som tar examen. Av dem som började sin utbildning 1995/96 hade 85 procent tagit examen inom sju år. Bland socionomerna var motsvarande siffra 76 procent. Dessa siffror kan jämföras med till exempel högskoleingenjörer där 46 procent har tagit examen efter sju år.⁵¹

⁵¹ Högskoleverket och SCB 2003, Genomströmning och resultat i högskolans grundutbildning t.o.m. 2001/02

Kommunernas ekonomi

I detta avsnitt ger vi en övergripande bild av de kommunala verksamheternas kostnader och finansiering. Meningen är att belysa helheten och placera in äldreomsorgen i ett vidare kommunalt perspektiv.

Kommunernas resultat⁵² var något bättre år 2003, än år 2002. Kommunerna uppvisade sammantaget ett överskott på cirka 1,7 miljarder kronor. År 2003 höjdes den genomsnittliga skatten med 17 procentenheter (till 20,80 procent), vilket motsvarade ökade intäkter med 2,2 miljarder kronor. Lägre ränta och börsuppgången är andra faktorer som påverkat resultatet i positiv riktning. När kommunerna fastställde sina bokslut fanns dessutom en för optimistisk prognos av skatteintäkterna, uppskattad till cirka 1,5 miljarder kronor. Detta belopp kommer att påverka 2004 års resultat negativt. Det relativt blygsamma plusresultatet år 2003 beror således delvis på tillfälliga faktorer.

Kommunernas bedömningar för år 2004 visar på en drastisk försämring av resultatet. Endast två av fem kommuner tror på ett positivt resultat. Även under de närmaste åren pekar utvecklingen mot negativa resultat.⁵³ En viktig orsak till detta är att skatteunderlagets ökningstakt förväntas minska kraftigt jämfört med åren före 2003. De två enskilt största kostnadsdrivarna är handikappomsorgen och avtalspensionerna.

Kommunernas kostnader

Av figur 21 framgår hur kostnaderna fördelar sig på de olika verksamheterna. Totalt uppgick kommunernas kostnader⁵⁴ år 2003 till 389 miljarder kronor⁵⁵. I löpande priser är detta en ökning med 4,8 procent i jämförelse med föregående år. I fasta priser innebär det en kostnadsökning på drygt 1/2 procent.

Kommunernas resurser används främst till att tillhandahålla olika välfärdstjänster som barnomsorg, utbildning samt vård och omsorg. Dessa tjänster

⁵² Resultat före extraordinära poster

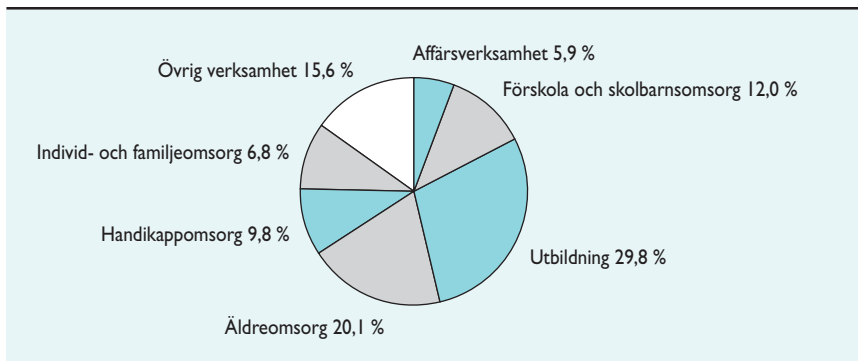
⁵³ Svenska Kommunförbundet 2004, *Kommunernas ekonomiska läge, maj 2004*

⁵⁴ Med kostnader avses bruttokostnader minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting

⁵⁵ SCB 2004, Statistiska meddelanden OE 25 SM 0401

står tillsammans för 78 procent av de totala kostnaderna. Affärsverksamheten⁵⁶ står för 6 procent och övrig verksamhet⁵⁷ för 16 procent. Äldreomsorgens andel av kommunernas totala kostnader har legat runt 20 procent sedan 1999, det år då kostnaderna mellan äldre- och handikappomsorgen delades upp.

Figur 21 Fördelning av kommunernas kostnader för verksamheten år 2003. Procent. Totalt 389 mdkr



Källa: SCB 2004 *Räkenskapssammandraget år 2003*, Svenska Kommunförbundet 2004

I rapporten *Kommunernas ekonomiska läge, maj 2004* framgår att kommunernas välfärdsuppdrag är mycket större nu än för tio år sedan. För att klara det ökade uppdraget har kommunerna dragit ner kostnaderna inom både obligatoriska och frivilliga verksamheter. Nettokostnaderna har, justerat för inflation, ökat med cirka elva procent under perioden. Samtidigt har kommunernas ansvarsområde ökat betydligt. Behovsökningen har på grund av demografi, nya lagar och övriga förändringar i samhället varit betydligt högre än den volymmässiga ökningen av kostnaderna med elva procent. I tabell 24 exemplifieras detta med utvecklingen för några åldersgrupper som är relevanta för äldreomsorgen.

⁵⁶ Näringsliv, bostäder, kommunikationer, energi, vatten och avfall

⁵⁷ Övrig verksamhet innefattar politisk verksamhet, infrastruktur, skydd, kultur och fritid samt insatser till arbetsmarknadsåtgärder och flyktingar

Tabell 24 Utvecklingen av olika åldersgrupper inom äldreomsorgen mellan åren 1993 och 2003. Tusental samt procentuell förändring

Åldersgrupp	Antal i tusental		Förändring tusental	Förändring procent
	1993	2003		
65–74 år	823	746	-77	-9
75–79 år	315	319	4	1
80–84 år	231	263	32	14
85–89 år	120	142	23	19
90–w år	47	71	23	49

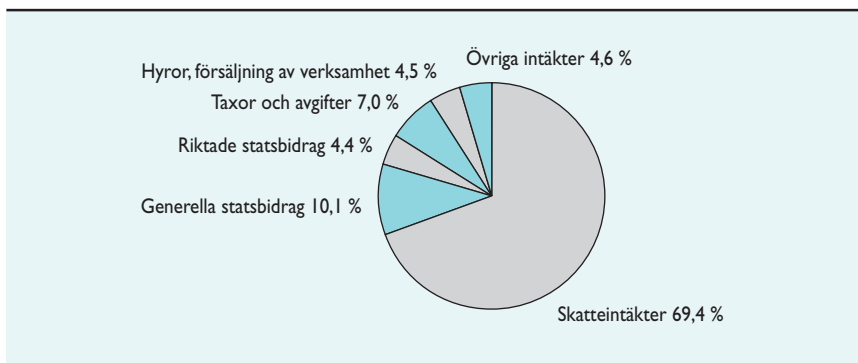
Källa: SCB

Den enda åldersgrupp (65–74 år) som har minskat är den som per individ kostar minst. Den grupp (90–w år) som procentuellt sett har ökat mest är den som per individ kostar mest.

Finansiering av kommunernas verksamhet

Kommunernas intäkter uppgick år 2003 till 389 miljarder kronor. I löpande priser är det en ökning med 4,1 procent i jämförelse med föregående år. Kommunal skatten utgör 69 procent av intäkterna, generella och specialdestinerade statsbidrag står för drygt 14 procent. Avgifterna uppgår till 7 procent och övriga intäkter svarar för 9 procent.

Figur 22 Fördelning av kommunernas intäkter för verksamheten år 2003. Procent. Totalt 389 mdkr



Källa: SCB 2004 *Räkenskapsammandraget år 2003*, Svenska Kommunförbundet 2004

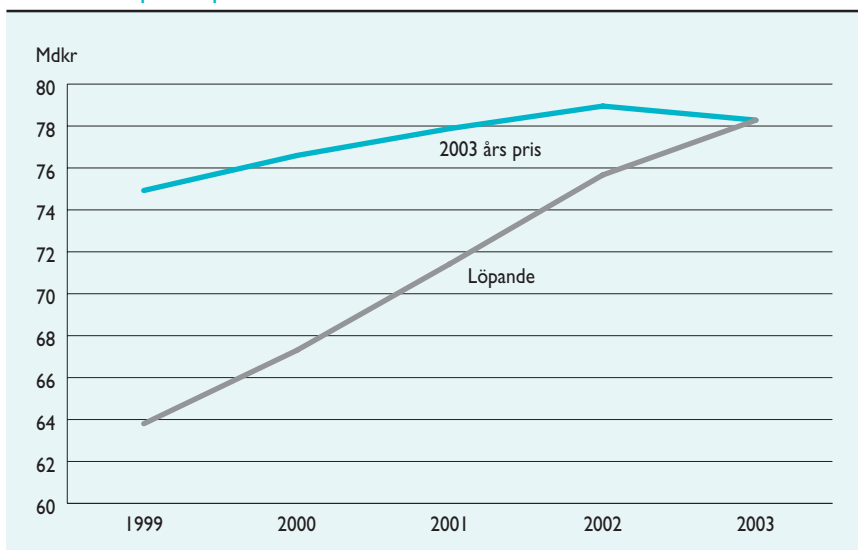
Avgifterna utgör en relativt liten del av de skattefinansierade verksamheternas kostnader. Inom affärsverksamheten finansieras merparten av kostnaderna med avgifter.

Kostnader och finansiering av äldreomsorgen

Kostnader för äldreomsorgen

De totala kostnaderna för äldreomsorgen uppgick år 2003 till 78,3 miljarder kronor⁵⁸. Det är en ökning i löpande priser med 3,5 procent från föregående år. I fasta priser⁵⁹ har kostnaderna minskat med 0,8 procent, det har med andra ord skett en volymminskning mellan 2002 och 2003. Utvecklingen av kostnaderna för äldreomsorgen åren 1999–2003 framgår av figur 23.

Figur 23 Äldreomsorgens kostnader mellan åren 1999 och 2003, fasta och löpande priser



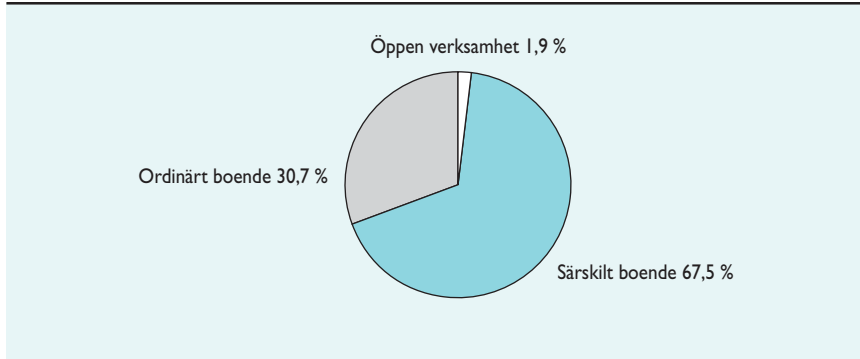
Källa: SCB Räkenskapssammandraget åren 1999–2003, Svenska Kommunförbundet 2004

⁵⁸ Här ingår inte färdtjänst som totalt för kommunerna kostade närmare 1,7 miljarder kronor. Färdtjänsten kan inte delas upp på äldre respektive funktionshindrade.

⁵⁹ Fastprisberäkningen är gjord med ett index av lönekostnadsandelen inom äldreomsorgen och löneutvecklingen samt andelen övriga kostnader och KPI-utvecklingen.

Fördelningen av kostnaderna för äldreomsorgen framgår av figur 24. Merparten av kostnaderna, 66 procent, gick till vård och omsorg i särskilt boende, 32 procent till vård och omsorg i ordinärt boende och 2 procent till öppen verksamhet⁶⁰. Under de senaste åren har fördelningen varit i stort sett oförändrad, men det har skett en viss förskjutning från särskilt till ordinärt boende.

Figur 24 Fördelning av äldreomsorgens kostnader år 2003



Källa: SCB 2004 *Räkenskapssammandraget år 2003*, Svenska Kommunförbundet 2004

Kostnad per vårdtagare

Den genomsnittliga kostnaden per vårdtagare i ordinärt boende har i löpande priser ökat med 9 600 kronor (4,8 procent) mellan åren 2002 och 2003. I särskilt boende har genomsnittskostnaden i löpande priser ökat med 31 600 kronor (8,1 procent). Som framgår av tabell 25 är kostnaden per vårdtagare ungefär dubbelt så stor i särskilt boende som i ordinärt boende.

Tabell 25 Kostnad per vårdtagare i ordinärt respektive särskilt boende mellan åren 2000 och 2003, löpande priser⁶¹.

År	Ordinärt boende	Särskilt boende
2000	169 100	335 100
2001	183 700	363 500
2002	198 900	389 800
2003	208 500	421 400

Källa: Svenska Kommunförbundets nyckeltal på webben, www.webor.se

⁶⁰ Öppen verksamhet gick tidigare under benämningen förebyggande verksamhet.

⁶¹ Övägt medelvärde, exklusive lokalkostnader

Skillnader mellan kommunerna

Medianvärdet⁶² för kostnaden i det ordinära boendet och det särskilda boendet per vårdtagare samt spridningen av kostnader mellan kommuner framgår av tabell 26.

År 2003 var skillnaden i kostnader mellan kommunerna störst i det ordinarie boendet. 10 procent av kommunerna hade en kostnad för ordinarie boende per vårdtagare som var 139 100 kronor eller lägre (10:e percentilen) och 10 procent av kommunerna hade en kostnad som var 285 000 eller högre (90:e percentilen). Det är en skillnad på 105 procent mellan landets kommuner. Motsvarande skillnad i särskilt boende var 52 procent.

Medianvärdet har i löpande priser ökat med sex procent per år inom ordinarie boende sedan år 2001. Inom särskilt boende har medianvärdet ökat med sju procent mellan år 2001 och 2002 och åtta procent mellan år 2002 och 2003.

Tabell 26 Spridningen av kostnad per vårdtagare mellan kommuner åren 2001–2003, kronor brutto, löpande priser⁶³

År	10:e percentilen	Median	90:e percentilen
Ordinärt boende			
2001	111 000	178 000	260 000
2002	126 500	189 000	279 000
2003	139 100	200 700	285 000
Särskilt boende ⁶⁴			
2001	288 000	363 000	447 000
2002	313 500	388 000	476 000
2003	330 700	421 000	504 300

Källa: SCB, *Räkenskapssammandraget*, respektive år; Socialstyrelsen, *Äldre – vård och omsorg*, respektive år

En viktig förklaring till kostnadsskillnaderna är att kommunerna har olika andel äldre över 80 år, olika fördelning mellan män och kvinnor, olika andel ensamstående och sammanboende. De äldres tidigare yrkesbakgrund liksom social och geografisk struktur påverkar också kostnadsskillnaderna. Andra or-

⁶² Medianvärdet är den kostnadsnivå där lika många kommuner befinner sig under som över denna nivå.

⁶³ Med 10:e percentilen menas att 10 procent av kommunerna ligger under angivet värde.

90:e percentilen betyder att 10 procent av kommunerna ligger över angivet värde.

⁶⁴ De äldres boendekostnad, hyra, är exkluderad

saker kan vara olika politiska mål och ambitioner samt skillnader i hur väl resurserna används, det vill säga att produktiviteten varierar mellan kommunerna. Ingen av de nämnda faktorerna kan ensam förklara skillnaderna.

Vad kostar hemtjänsten per timme?

I samarbete med ett antal kommuner har Svenska Kommunförbundet utformat en modell för att beräkna kostnaden för en timmes hemtjänst hos en vårdtagare i ordinärt boende. Beräkningen sker i två steg. I det första steget beräknas hur många timmar hemtjänst ett heltidsarbetande vårdbiträde eller en undersköterska producerar under ett år. Beräkningen har gjorts genom att reducera årsarbetstiden med tid som inte går direkt till vårdtagaren, exempelvis resor mellan olika vårdtagare, arbetsledning och arbetsplanering, dokumentation och fortbildning.

I nästa steg divideras den arbetstid som återstår för direkt vårdarbete med genomsnittlig årslön. Till detta belopp läggs kostnader för administration och ledning på enhetsnivå och på central nivå samt kostnader för rehabilitering/arbetsanpassning, fortbildning och andra liknande driftskostnader.

Beräknad på detta sätt uppgår kostnaden för att producera en timme hemtjänst hos en vårdtagare till 300–400 kronor.⁶⁵

Finansiering av äldreomsorgen

Av de totala kostnaderna för äldreomsorgen, 78,3 miljarder kronor, finansierades merparten av skatter och generella bidrag.

Endast fyra procent av kostnaderna var avgiftsfinansierade. Denna andel är något mindre än föregående år. Även om avgifterna endast bidrar till en liten del av verksamhetens kostnader kan de ha en viss dämpande effekt på efterfrågan och därmed hålla kostnaderna nere.⁶⁶

⁶⁵ Svenska Kommunförbundet 2003, *Hemtjänsttimmen*

⁶⁶ Svenska Kommunförbundet 2004

Jämställdhet inom äldreomsorgen

Kvinnor är överrepresenterade bland de som får och ger insatser inom äldreomsorgen. 70 procent av de boende på särskilt boende och av dem som får hemtjänst är kvinnor. Ungefär 90 procent av personalen inom äldreomsorgen är kvinnor och kvinnor är i majoritet bland anhängigvårdarna. Det finns också fler kvinnor än män i den äldre befolkningen. Andelen kvinnor bland personer 65 år och äldre var 57 procent år 2003, bland personer 80 år och äldre var andelen kvinnor 64 procent.

Andelen kvinnliga brukare inom den kommunala äldreomsorgen är något lägre inom korttidsvården/boendet, dagverksamheten och inom hemsjukvården i jämförelse med hemtjänsten och det särskilda boendet.

Tabell 27 Antal personer 65 år och äldre efter typ av insats och fördelningen mellan män och kvinnor

	Antal personer 65-år med insats	Andel män/kvinnor	
		Män	Kvinnor
Hemtjänst	128 000	30	70
Särskilt boende	110 900	30	70
Enbart hemsjukvård	14 900	40	60
Hemsjukvård och hemtjänst	32 200	32	68
Korttidsvård	8 900	45	55
Dagverksamhet	12 700	36	64

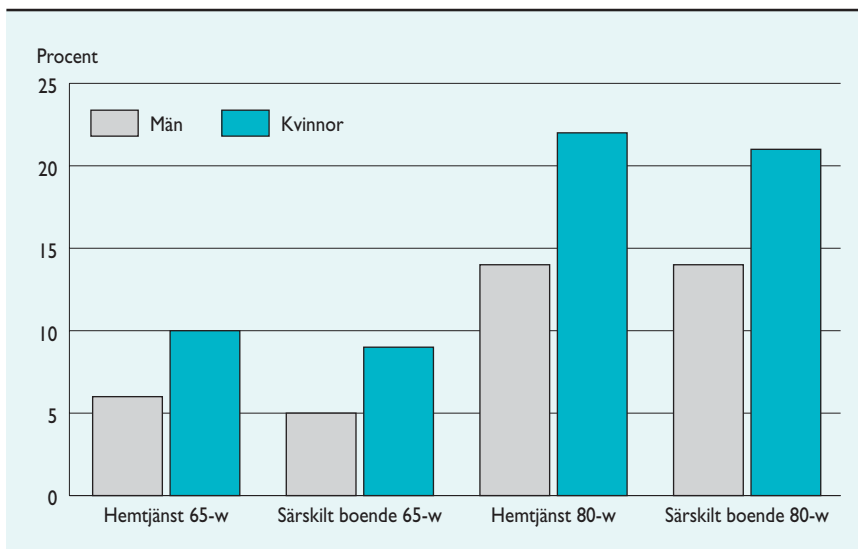
Källa: Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg 2003*, Sveriges officiella statistik

Andel äldre kvinnor och män med insatser från kommunen

År 2003 var andelen 65 år och äldre med hemtjänst 8,3 procent. Andelen kvinnor 65 år och äldre med hemtjänst var samma år 10,2 procent att jämföra med 5,8 procent av männen. Skillnaderna i andelen som får hjälp bland män och kvinnor illustreras i figur 25.⁶⁷

⁶⁷ Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg 2003*, Sveriges officiella statistik

Figur 25 Andel med hemtjänst respektive särskilt boende den 1 oktober 2003, män och kvinnor 65 år och äldre samt 80 år och äldre. Procent



Källa: Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg 2003*, Sveriges officiella statistik

En av orsakerna till att en högre andel av kvinnorna får hemtjänst är att de i större utsträckning än männen är ensamboende.

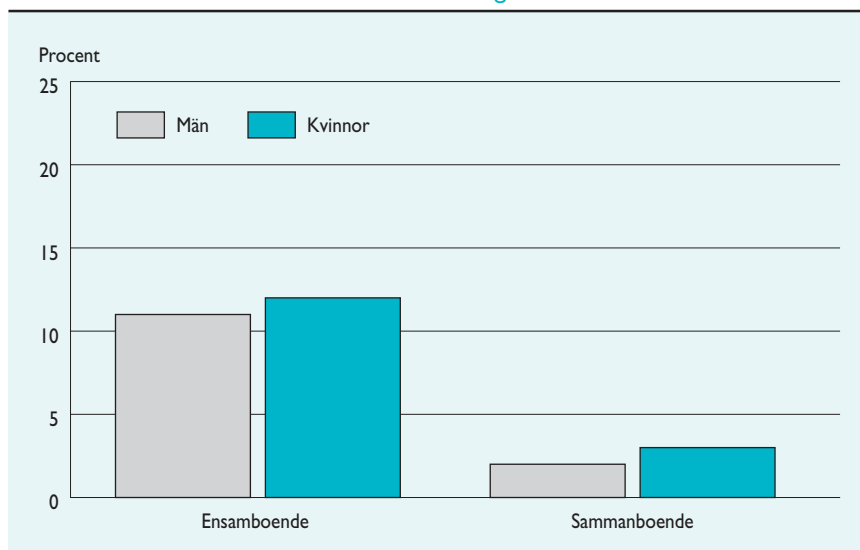
Tabell 28 Andel män respektive kvinnor som var ensamboende respektive sammanboende bland hemmaboende män och kvinnor 80 år och äldre år 1988/89 och 2002. Procent

Hemmaboende	Ensamboende		Sammanboende	
	1988/89	2002	1988/89	2002
Män 80-w	38	34	62	66
Kvinnor 80-w	71	76	29	24

Källa: Socialstyrelsen 2004, *Jämställd socialtjänst?* sid 165

Som framgår av tabellen har andelen ensamboende kvinnor 80 år och äldre ökat sedan 1988/89 medan andelen ensamboende män har minskat under samma period. Andelen *ensamboende* män och kvinnor som får hemtjänst är ungefär lika stor.

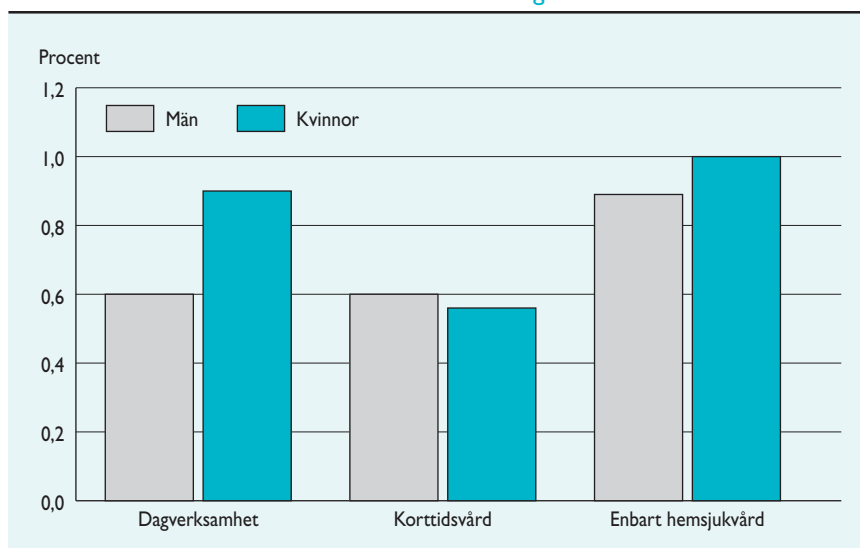
Figur 26 Andel med hemtjänst av ensamboende och sammanboende män och kvinnor 75 år och äldre i befolkningen år 2000. Procent



Källa: Socialstyrelsen 2000, *Bo hemma på äldre da'r*

Det är i hög grad boendet som avgör vem som får hemtjänst. När det gäller korttidsvård, dagverksamhet och hemsjukvård är skillnaden mellan könen mindre än inom hemtjänsten. Inom korttidsvården är till och med männen marginellt överrepresenterade.

Figur 27 Andel med dagverksamhet, korttidsvård eller enbart hemsjukvård av män och kvinnor 65 år och äldre i befolkningen 1 oktober 2003. Procent



Källa: Socialstyrelsen 2004, *Äldre – vård och omsorg 2003*, Sveriges officiella statistik

Personal inom äldreomsorgen

Som framgår av avsnittet om personal är huvuddelen – mer än 90 procent – av dem som arbetar inom äldreomsorgen kvinnor. Antalet män har dock ökat med nära tre procent, men det innebär inte någon särskilt stor förändring. Bland vikarierna är andelen män högre. Högst andel män finns bland sjukgymnaster, personliga assistenter och arbetsledare.⁶⁸

Tabell 29 Andel kvinnor inom omsorgen om äldre och funktionshindrade år 2003. Procent

Yrkesbenämning	Andel kvinnor
Arbetsledare	87
Arbetssterapeuter	96
Personliga assistenter	81
Sjukgymnaster	82
Sjuksköterskor	93
Undersköterskor	96
Vårdbiträden	94

Källa: Svenska Kommunförbundet 2004

Anhöriga

Kvinnor är överrepresenterade också som anhörigvårdare. Ensamboende äldre får mer än dubbelt så ofta hjälp från en kvinnlig som från en manlig anhörig. Det är oftast barnen som bistår med hjälp och det är vanligare att döttrar utför omsorg än söner. Sammanboende äldre däremot får mest hjälp och stöd från sin partner. Beräkningar visar att det är ungefär lika många män som vårdar sin fru, som omvänt.⁶⁹

⁶⁸ Svenska Kommunförbundet 2004

⁶⁹ Socialstyrelsen 2004, *Framtidens äldreomsorg – Kommer de anhöriga vilja, kunna, orka ställa upp för de äldre i framtiden?*

Äldre i EU

Sexton procent av EU:s befolkning är 65 år och äldre. Det motsvarar 62 miljoner människor. Andelen och antalet äldre i Europa kommer att öka under de kommande årtiondena. Till exempel förväntas antalet personer 80 år och äldre att öka med nästan 50 procent under de närmaste 15 åren. Européerna lever längre samtidigt som födelsetalen är låga. Arbetskraften åldras och kommer att minska då efterkrigstidens stora årskullar börjar gå i pension år 2010.

Medellivslängd inom EU

Män och kvinnor i EU lever länge, år 2002 var medellivslängden 78 år (74,8 år för män och 81,1 år för kvinnor). Skillnaden är dock stor mellan medlemsländerna. Medellivslängden bland män var högst i Sverige med 77,7 år. Lägst var den i Lettland med 64,8 år. Kvinnor däremot lever längst i Spanien (83,5 år) och kortast i Lettland (76 år).⁷⁰

Tabell 30 Medellivslängd och återstående medellivslängd inom EU år 2002

Land	Medellivslängd vid födseln		Återstående medellivslängd vid 60 års ålder	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Spanien	75,8	83,5	–	–
Frankrike	75,8	83,0	–	–
Italien	76,8	82,9	–	–
Sverige	77,7	82,1	20,9	24,3
Österrike	75,8	81,7	20,2	24,1
Luxemburg	74,9	81,5	19,6	24,2
Finland	74,9	81,5	19,5	24,0
Tyskland	75,4	81,2	–	–
Belgien	75,1	81,1	19,6	23,9
Malta	75,9	81,0	19,0	23,3
Holland	76,0	80,7	19,5	23,5
Grekland	75,4	80,7	–	–
Storbritannien	75,9	80,5	–	–
Portugal	73,8	80,5	19,4	23,3

Tabellen fortsätter på nästa sida.

⁷⁰ Eurostat 2004, Life expectancy at birth och Life expectancy at 60

Tabell 30 forts.

Land	Medellivslängd vid födseln		Återstående medellivslängd vid 60 års ålder	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Slovenien	72,7	80,5	18,0	23,3
Irland	75,2	80,3	19,2	22,9
Danmark	74,8	79,5	19,1	22,4
Tjeckien	72,1	78,7	17,3	21,5
Polen	70,4	78,7	19,1	22,0
Slovakien	69,9	77,8	16,4	21,0
Litauen	66,3	77,5	16,1	21,7
Estland	65,3	77,1	15,4	21,3
Ungern	68,4	76,7	16,1	20,9
Lettland	64,8	76,0	15,2	20,8
Cypern	–	–	–	–

Källa: Eurostat 2004, Life expectancy at birth and Life expectancy at 60

Vård och omsorg i EU

I alla EU-länder har de som är bosatta inom landet allmän eller nästan allmän rätt till hälso- och sjukvård. Det betyder att den största delen av EU:s befolkning omfattas av de system som finns, dock varierar omfattningen mellan länderna. Variationerna beror bland annat på om vården är finansierad via skatter eller försäkringar. Försäkringssystemen bygger ofta på arbetsmarknadsdeltagande. Där finns skillnader i hur olika yrkesgrupper behandlas, till exempel anställda och egenföretagare. Alla system har begränsningar av i vilken utsträckning de täcker kostnader för behandlingar eller vilka olika typer av behandlingar de täcker.

För äldreomsorg är skillnaderna i utbud större mellan EU-länderna än för hälso- och sjukvård. I vissa länder har familjen fortfarande ansvar för att ge eller finansiera omvårdnaden om äldre. I dessa länder har familjen det största ansvaret för äldreomsorgen och samhället griper in först då familjen inte längre kan ge omsorg.

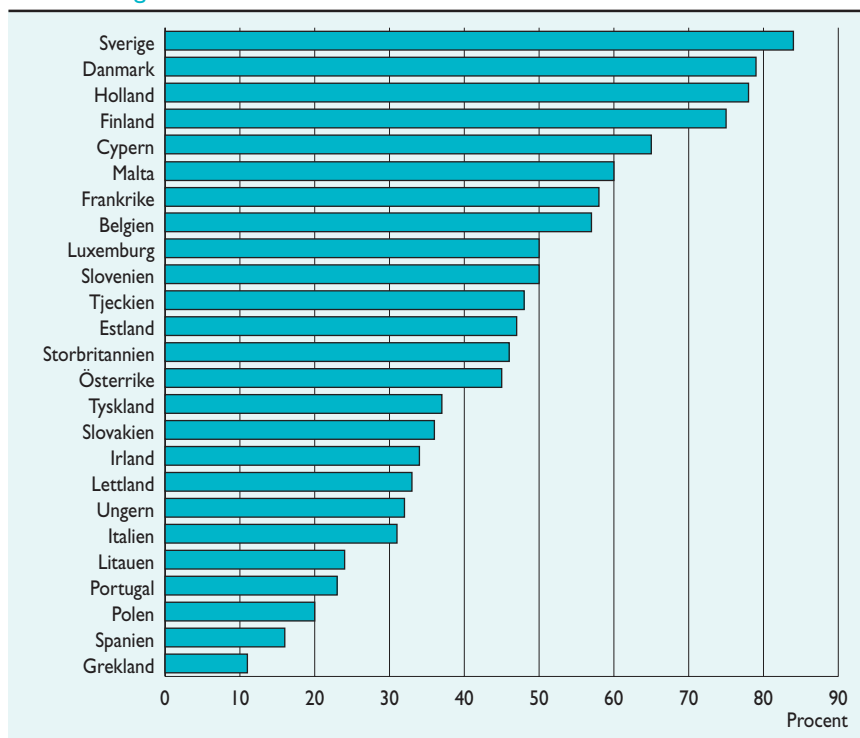
Allt fler länder går över till en bredare ansvarsfördelning för äldreomsorgen. Det är då vanligt att det är de lokala myndigheterna som har ansvaret, som kommunerna i Sverige. Alla länder har en infrastruktur för professionell äldreomsorg, men betydelsen av den varierar, bland annat beroende på familjens roll och på utbudets omfattning.⁷¹

⁷¹ Europeiska Kommissionen 2003, *Förslag till en gemensam rapport Hälso- och sjukvård och äldreomsorg: Stöd till de nationella strategierna för säkerställande av en hög nivå av social trygghet*

Samhällsvård eller anhörigvård?

Merparten av EU:s medborgare är överens om att hemtjänst är ett bättre alternativ för de äldre medborgarna än särskilt boende. Däremot är EU:s medborgare långt ifrån överens om vem eller vilka som ska ha ansvaret för de äldres omvårdnadsbehov. Över 80 procent av svenskarna anser att samhället med hjälp av hemtjänst och särskilt boende bör ha ansvar för den äldre befolkningen. I Polen, Spanien och Grekland är förhållandet det omvända, 80 procent eller fler anser att anhörigvård är att föredra. Generellt är anhörigvård populärast i södra Europa och i katolska länder medan norra Europa föredrar samhällslösningar.⁷² I Spanien lever långt fler än tre av tio kvinnor och män över 65 år i hushåll med tre eller fler medlemmar medan mindre än fem procent av svenska män och kvinnor över 65 år ingår i ett sådant hushåll.⁷³

Figur 28 Andel som föredrar samhällslösningar framför anhörigvård för sina egna föräldrar. Procent



Källa: European foundation for the improvement of living and working conditions 2004, *Health and care in an enlarged Europe*

⁷² European foundation for the improvement of living and working conditions 2004, *Health and care in an enlarged Europe*

⁷³ Eurostat 2002, *Women and men beyond retirement*

EU och den åldrande befolkningen

Den demografiska utvecklingen inom EU innebär stora påfrestningar på de sociala välfärdssystemen, i synnerhet för pensionerna, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Dessa gemensamma utmaningar för EU:s medlemsländer har bland annat bidragit till att hälso- och sjukvårdsfrågorna har satts högt på den europeiska dagordningen under 1990-talet.

Eftersom socialpolitik är en nationell angelägenhet finns ingen möjlighet för EU att harmonisera lagar eller bestämmelser inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Däremot har ett mer djupgående samarbete påbörjats i linje med den öppna samordningsmetoden. Syftet är att bistå medlemsländerna att själva utveckla sin socialpolitik. Metoden ger Unionen en samordnande och pådrivande roll utan att för den skull föra över befogenheter vad gäller lagstiftning från nationell nivå till EU-nivå. Förväntningarna är ändå att metoden ska innebära en utveckling mot en långsiktig samsyn kring lösningar genom jämförelser, (frivilligt) beaktande av EU:s anvisningar och samarbete inom EU:s ram kring gemensamma frågeställningar.

Tre övergripande mål har fastställts för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen:

- Tillgång till vård och omsorg för alla oavsett inkomst eller förmögenhet
- Vård av hög kvalitet
- Finansiellt hållbara vårdssystem

Förteckning över figurer och tabeller

Figur 1	Befolkningsutvecklingen för olika åldersgrupper 2003–2050	8
Tabell 1	Antal och andel 80 år och äldre i befolkningen	9
Figur 2	Befolkningsutvecklingen för 65 år och äldre samt för 80 år och äldre åren 1980–2000 och 2000–2020	9
Figur 3	Befolkningsutvecklingen åren 2003–2013 för äldre, Index där 2003=100	10
Tabell 2	Antal personer i åldersgrupperna 65–74 år, 75–79 år, 80–84 år, 85–89 år samt 90 år och äldre åren 2003–2013	10
Tabell 3	Medellivslängd och återstående medellivslängd	11
Figur 4	Befolkningsutvecklingen för utrikes födda 40–64 år samt 65 år och äldre uppdelat på kön, åren 1980–2020	13
Tabell 4	De tio största grupperna utrikes födda 65 år och äldre år 2003	13
Tabell 5	Antal kommuner som har särskilda insatser för äldre som tillhör de nationella minoriteterna och äldre med utländsk bakgrund, år 2002 och år 2004	14
Tabell 6	Antal kommuner med verksamhet som är speciellt avsedd för/anpassad till etniska minoritetsgrupper	15
Figur 5	Procentuell fördelning av vårdtillfällen per patient i olika åldersgrupper år 2002	17
Figur 6	Medelvårdtid i olika åldersgrupper åren 1992, 1997 och 2002	18
Figur 7	Olika åldersgruppers andel av befolkningen och vård dagar år 2002. Procent	18
Figur 8	Den kommunala äldreomsorgen år 2003	20

Tabell 7	Upplåtelseformer för olika åldersgrupper efter bostadsföreståndarens ålder. Procent av hushållen som bor i respektive upplåtelseform	22
Figur 9	Andel äldre som bor hemma samt andel äldre med hemtjänst	23
Tabell 8	Antal och andel med hemtjänst i ordinärt boende. Procent	27
Figur 10	Andel av befolkningen i ordinärt boende den 1 oktober 2003 som var beviljad hemtjänst. Procent	27
Figur 11	Antal personer 65–79 år och 80 år och äldre som var beviljade hemtjänst mellan åren 1998 och 2003	28
Figur 12	Utvecklingen av antalet beviljade hjälptimmar i hemtjänsten mellan år 1999 och år 2003	29
Figur 13	Antal personer som beviljats bistånd för hemtjänst uppdelat på olika antal hjälptimmar och åldersgrupper	29
Tabell 9	Antal personer 65 år och äldre som var beviljade dagverksamhet den 1 oktober mellan åren 1999 och 2003	30
Tabell 10	Andel av totalt antal årsarbeten inom äldreomsorgen i kommunen som används till hälso- och sjukvårdsinsatser, legitimerad och ej legitimerad personal. Procent	32
Tabell 11	Andel av ej legitimerad personals arbetstid som används för hälso- och sjukvårdsinsatser i genomsnitt av alla kommuner i projektet. Procent	32
Tabell 12	Antalet demenssjuka i Sverige år 2003 och 2010 (prognos)	33
Figur 14	Vistelsetid i särskilt boende år 2002	35
Tabell 13	Antal och andel personer boende i särskilt boende (permanent boende) åren 1998, 2002 och 2003. Procent	36
Figur 15	Andel av befolkningen som bodde permanent i särskilt boende den 1 oktober år 2003. Procent	37
Figur 16	Antal äldre över 65 år med insats enligt LSS mellan åren 1999 och 2003	38

Tabell 14	Antal personer 65 år och äldre med beslut om insats enligt LSS år 2002 och 2003	39
Tabell 15	Antal personer 65 år och äldre som får omsorg i kommunal och enskild regi år 2000 och 2003	41
Tabell 16	Privata utförare i öppen hemtjänst och särskilt boende	42
Tabell 17	Antalet kommunalt anställda i olika yrkesgrupper. Månadsavlönade inklusive lediga år 2003.	45
Tabell 18	Antalet kommunalt sysselsatta i olika yrkesgrupper och förändringen av personal mellan åren 1995 och 2003. Månadsavlönade exklusive lediga.	45
Figur 17	Utbildningsinriktning bland anställda (månadsavlönade inklusive lediga) och rekryterade undersköterskor, vårdbiträden med flera år 2003	46
Tabell 19	Åldersfördelning för tillsvidareanställda i vissa yrken i vård och omsorg, november 2003. Procent	47
Figur 18	Andel tillsvidareanställda undersköterskor/vårdbiträden som slutade under åren 1996–2003, efter ålder. Procent	48
Figur 19	Andel tillsvidareanställda sjuksköterskor som slutade under åren 1996–2003, efter ålder. Procent	49
Tabell 20	Andelen helt sjukskrivna tillsvidareanställda i november 2003. Procent	51
Tabell 21	Andelen partiellt sjukskrivna tillsvidareanställda i november 2003. Procent	51
Tabell 22	Lönenivåer för heltidsanställning i vissa vård- och omsorgsyrken i november 2003 samt tillägg för obekväm arbetstid (OB)	52
Figur 20	Antal nybörjare på högskoleprogram inom vård och omsorg 1993–2003	54
Tabell 23	Antal sökande till högskolor med vårdutbildning höstterminen år 2004	54
Figur 21	Fördelning av kommunernas kostnader för verksamheten år 2003. Procent. Totalt 389 mdkr	56

Tabell 24	Utveckling av olika åldersgrupper inom äldreomsorgen mellan åren 1993 och 2003. Tusental samt procentuell fördelning	57
Figur 22	Fördelning av kommunernas intäkter för verksamheten år 2003. Procent. Totalt 389 mdkr	57
Figur 23	Äldreomsorgens kostnader mellan åren 1999 och 2003, fasta och löpande priser	58
Figur 24	Fördelning av äldreomsorgens kostnader år 2003	59
Tabell 25	Kostnad per vårdtagare i ordinärt respektive särskilt boende mellan åren 2000 och 2003, löpande priser	59
Tabell 26	Spridningen av kostnad per vårdtagare mellan kommuner, åren 2001–2003, kronor brutto, löpande priser	60
Tabell 27	Antal personer 65 år och äldre efter typ av insats och fördelningen mellan män och kvinnor	62
Figur 25	Andel med hemtjänst respektive särskilt boende den 1 oktober 2003, män och kvinnor 65 år och äldre samt 80 år och äldre. Procent	63
Tabell 28	Andel män respektive kvinnor som var ensamboende respektive sammanboende bland hemmaboende män och kvinnor 80 år och äldre år 1988/89 och 2002. Procent	63
Figur 26	Andel med hemtjänst av ensamboende och sammanboende män och kvinnor 75 år och äldre i befolkningen år 2000. Procent	64
Figur 27	Andel med dagverksamhet, korttidsvård eller enbart hemsjukvård av män och kvinnor 65 år och äldre i befolkningen den 1 oktober 2003. Procent	64
Tabell 29	Andel kvinnor inom omsorgen om äldre och funktionshindrade år 2003. Procent	65
Tabell 30	Medellivslängd och återstående medellivslängd inom EU år 2002	66
Figur 28	Andel som föredrar samhällslösningar framför anhörigvård för sina egna föräldrar. Procent	68

Litteraturlista

- Arbetsmiljöverket & SCB (2004) *Arbetsorsakade besvär*, Specialbearbetning av material från 1997–2003, Arbetsmiljöundersökningen
- Boverket (2002) *Hur bor morgondagens äldre? En nyckelfråga i kommunernas boendeplanering*
- Demensutredningen (2003) *På väg mot en god demensvård* (Ds 2003:47)
- European foundation for the improvement of living and working conditions (2004) *Health and care in an enlarged Europe*
- Europeiska Kommissionen (2003) *Förslag till en gemensam rapport Hälsa- och sjukvård och äldreomsorg: Stöd till de nationella strategierna för säkerställande av en hög nivå av social trygghet, KOM (2002) 774 slutgiltig*
- Eurostat (2002) *Women and men beyond retirement*, artikel av Winquist Karin i Statistics in focus, Population and social conditions, theme 3–21/2002
- Göteborgs universitet, avdelningen för geriatrik (2002) *Bo hemma på äldre dar*, red Steen Bertil
- Högskoleverket (2004) *Universitet och högskolor, högskoleverkets årsrapport 2004*
- Högskoleverket & SCB (2003) *Genomströmning och resultat i högskolans grundutbildning t.o.m. 2001/02*, statistiskt meddelande UF 20 SM 0302
- Nationella folkhälsokommitten (2004) *Rapport från arbetsgruppen för äldrefrågor till Nationella folkhälsokommittén*
- Räddningsverket (2004) *Olyckor i siffror, En rapport om olycksutvecklingen i Sverige*
- SABO och Svenska Kommunförbundet (2004) *Kvarboende + tillgänglighet = god ekonomi*
- SCB (2004) *Pressinformation från SCB nr 2004:14*
- SCB (2004) *Räkenskapsammandraget år 2003*

- SCB (2003) *Räkenskapsammandraget år 2002*
- SCB (2003) *Sveriges framtida befolkning 2003–2020, svensk och utländsk bakgrund; Demografiska rapporter 2003:5*
- SCB (2002) *Räkenskapsammandraget år 2001*
- SIKA Statens institut för kommunikationsanalys (2004)
Färdtjänst och riksfärdtjänst 2003
- Socialstyrelsen (2004) *Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003*
- Socialstyrelsen (2004) *Jämställd socialtjänst?*
- Socialstyrelsen (2004) *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning*
- Socialstyrelsen (2004) *Äldres levnadsförhållanden 1998–2002*
- Socialstyrelsen (2004) *Äldre – vård och omsorg år 2003, Sveriges officiella statistik*
- Socialstyrelsen (2003) *Ett år efter Anhörig 300*
- Socialstyrelsen (2003) *Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2002, Sveriges officiella statistik*
- Socialstyrelsen (2003) *Vad är särskilt med särskilt boende för äldre?
En kartläggning*
- Socialstyrelsen (2003) *Äldre – vård och omsorg år 2002, Sveriges officiella statistik*
- Socialstyrelsen (2002) *Äldre – vård och omsorg år 2001, Sveriges officiella statistik*
- Socialstyrelsen (2001) *Äldre – vård och omsorg år 2000, Sveriges officiella statistik*
- Socialstyrelsen (2000) *Bo hemma på äldre da'r, Äldreuppdraget 2000:11*
- Socialstyrelsen (2000) *Stöd och service till vissa funktionshindrade den 1 juni 1999*
- Socialstyrelsen (2000) *Äldre – vård och omsorg år 1999, Sveriges officiella statistik*
- Socialstyrelsen (1999) *Vård och omsorg om äldre år 1998, Sveriges officiella statistik*
- SOU 2004:83, *Hjälpmedel*
- SOU 2002:29, *Senior 2005*

- Sundström G (2002) *Vettergården, ett seniorboende i Jönköping*
- Svenska Kommunförbundet (2004) *Kommunernas ekonomiska läge, maj 2004*
- Svenska Kommunförbundet (2004) *Äldreomsorg till äldre som tillhör nationella minoriteterna och äldre med utländsk bakgrund*
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2004) *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*
- Svenska Kommunförbundet (2004) *Äldreomsorgens styrning 2004*
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2003) *Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet*
- Svenska Kommunförbundet (2003) *Hemtjänststimmen*
- Svenska Kommunförbundet (2002) *Kooperativ äldreomsorg – en del i mångfalden*
- Svenska Kommunförbundet (2000) *Etniskt äldreboende och seniorbostäder*
- Varbergs kommun (2002) *Slutrapport anhörig 300*

Aktuellt om äldreomsorgen

Denna skrift kan beställas från:
Förbundens trycksaksbeställning
Tel 020-31 32 30
Fax 020-31 32 40

Pris:

1–4 ex 75 kr/st,

5–9 ex 50 kr/st,

10 ex eller fler 25 kr/st.

Moms, porto och
expeditionsavgift tillkommer.

ISBN 91-7289-269-2

Denna skrift finns som pdf-fil
på www.lf.svekom.se/aldre