



LUND UNIVERSITY

Äldreomsorg utan service - En framgångsrik strategi?

Blomberg, Staffan; Edebalk, Per Gunnar; Petersson, Jan

1998

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Blomberg, S., Edebalk, P. G., & Petersson, J. (1998). *Äldreomsorg utan service - En framgångsrik strategi?* (Äldreuppdraget; Vol. 1998, Nr. 13), (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1999, Nr. 1), (Research Reports in Social Work; Vol. 1999, Nr. 1). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

3

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖG- SKOLAN

**Staffan Blomberg
Per Gunnar Edebalk
Jan Petersson**

**Äldreomsorg utan service
– en framgångsrik strategi?**

1999:1

Socialhögskolan
Lunds Universitet

Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi?

Staffan Blomberg
Per Gunnar Edebalk
Jan Petersson

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	2
Bakgrund	4
Större behov men mindre resurser	4
Utvecklingen inom äldreomsorgen på 1990-talet	6
Säg mig var du bor skall jag säga dig vilken hjälp du får	9
Studiens syfte och frågeställningar	9
Val av studiekommuner	11
Urvalskriterier	11
Olika sätt att organisera äldreomsorgen: ansvarsfördelning och utformning	14
Val av intervjupersoner	16
Intervjuer	17
Metod	18
Genomförande	19
Databearbetning och redovisning	20
Rapportens innehåll och uppläggning	20
Del I – Demografi, ekonomi och undanträngning av servicebrukare	21
Behovsutveckling och resursläge i studiekommunerna	21
Sammanfattning	25
Del II – Undanträngning av servicebrukarna inom hemtjänsten – En mål/medelanalys	26
Rationaliseringar inom hemtjänsten	27
Förändrat serviceutbud	30
Behovsbedömning	32
Avgifter och taxesystem	38
Sammanfattning	43
Del III – Utvidgade kommunala ansvarsområden och lokala skillnader	44
Institutionella förändringar	45
Ett struktur- och aktörsperspektiv	50
Sammanfattning	51
Del IV – Konsekvenser på samhällsplanet samt framtidsrender ...52	
Prioriteringen av omvårdnadsbehov: En omtvistad strategi	52

Omstruktureringens kostnadseffekter	56
Omstrukturering inom hemtjänsten – en tidsfråga?	59
Sammanfattning och diskussion.....	61
Referenser.....	66
Bilaga – Intervjuguide.....	69

Förord

På Socialhögskolan i Lund har den kommunala äldreomsorgen under lång tid befunnit sig i fokus för forskningsintresset. Utvecklingen inom området har under senare år även befunnit sig i fokus för den välfärdspolitiska debatten i Sverige, vilket för oss som forskar inom området naturligtvis är uppskattat. Emellertid går det inte att komma ifrån att man samtidigt delar den oro som döljer sig bakom denna uppmärksamhet. Det ökade intresset för äldreomsorgen avspeglar sig även i det regeringsuppdrag Socialstyrelsen fått att följa utvecklingen på äldreområdet mellan åren 1997 till 2000. Föreliggande rapport redovisar en studie som genomförts inom ramen för detta uppdrag (SoS 1998:13). I rapporten ligger fokus på de förändringar som i många kommuner lett till att äldre med mindre hjälpbehov i ökad omfattning trängts ut från den offentliga äldreomsorgen. Syftet var att dokumentera denna process samt att i olika avseenden analysera dess effekter. Vi vill i detta sammanhang passa på att tacka samtliga intervjupersoner. En eloge är även på sin plats till de deltagande kommunerna som välvilligt bistod oss i planläggningen inför våra besök.

Lund i januari 1999

Staffan Blomberg
Per Gunnar Edebalk
Jan Peterson

Sammanfattning

Denna rapport som fokuserar undanträngningen av äldreomsorgens servicebrukare bygger på en studie av åtta kommuner. Fyra av dessa – omstruktureringskommunerna – har kommit långt i denna process. De övriga fyra – referenskommunerna – har inte i nämnvärd omfattning genomfört denna typ av förändringar. Studiens resultat har tagits fram genom en jämförelse mellan de två kommungrupperna. Studiens huvudsakliga slutsatser kan punktvis sammanfattas på följande sätt¹:

- Vad som sker i en kommun när man tar ställning till hemtjänstens innehåll och utformning är en komplex process, där strukturella tryck (demografi, ekonomi och andra omvärldsfaktorer som Ädelreformen, psykiatri- och handikappreformerna) förmedlas och tar form via omsorgs- eller sjukvårdskultur, kommunala traditioner, förvaltnings- eller politikinflytande samt professioners relativa styrka i den specifika kommunen.
- Av de till buds stående medlen för att minska antalet brukare, kan vissa rubriceras som efterfrågepåverkande (biståndsbedömning och avgifter), andra som utbudspåverkande (rationaliseringar och serviceutbud). Biståndsbedömningen tycks vara det primära för att mota ut servicemottagare. Avgiftshöjningar används som förstärkande medel. Först när dessa två legitimerat en formell utbudsinskränkning, genom att brukarna i praktiken blivit färre, tycks kommunerna vara mogna att låta rätten till service försvinna. Relationen mellan rationaliseringsåtgärder och omstrukturering inom kommunernas hemtjänst är både komplex och mångtydig.
- Samtidigt som undanträngningsprocessen är individuell, tycks omstruktureringskommunerna, som ett led i en anpassning till strukturella krav, beredvilligt tränga undan servicebrukarna medan referenskommunerna mer motvilligt följer i samma utvecklingsförlopp. Effekten blir enbart en tidsfördröjning. Omstrukturering tycks, alltså i dagsläget, vara en tidsfråga och inte en tvistefråga.

¹ Vi vill poängtera att vissa kvalitativa och mer komplicerade resonemang framgår först genom en genomläsning av rapporten i sin helhet.

- Bland studiens referenskommuner, synes man nära en större övertygelse om det förebyggande värdet av att tillhandahålla service inom hemtjänsten. Omstruktureringskommunerna tillämpar, å andra sidan, i större utsträckning en rehabiliteringssyn på dessa insatser, det vill säga att det ligger ett förebyggande värde i att individen själv tar ett större ansvar för serviceuppgifter. Synsättet används vidare politiskt i omstruktureringskommunerna som en legitimerande ideologi i avvecklingen av servicen inom hemtjänsten.
- Kostnadsminskningarna av att ta bort service inom hemtjänsten visar sig i våra beräkningar vara marginella. Parallellt med att man tar bort servicen i omstruktureringskommunerna upplever man sig ha en otydlig bild av behoven i stort bland de äldre och att man till följd av detta behöver initiera en uppsökande verksamhet. Denna erfarenhet påtalas inte i samma utsträckning bland referenskommunerna, där servicen inom hemtjänsten varit intakt.
- Omvandlingen inom hemtjänsten är inte fördelningsneutral. Huruvida man kan och vill nyttja anhöriga, frivilliga eller privata tjänster att utföra de uteblivna serviceinsatserna varierar stort mellan individer och grupper. Ökande skillnader och diversifiering riskerar kanske att på sikt urholka det faktiska och upplevda medborgerliga rättighetsinslag som karaktäriserat framväxten av äldreomsorgen sedan 1960-talet.

Bakgrund

Under det senaste året har den svenska äldreomsorgen varit föremål för en massmedial anstormning. Äldreomsorgen har stått i fokus för en debatt som förutom att den pågått under osedvanligt lång tid och med ovanligt hög intensitet även karaktäriserats av att den förts på alla nivåer i samhället, omfattat omsorgens samtliga dimensioner och inbegripit nya deltagare. Bland de nya debattörerna märks såväl professionella omsorgsarbetare som anhörigvårdare vilkas synpunkter på äldreomsorgen inte tidigare ventilerats i den omfattning som skett under det gångna året. Debattens karaktär kan tolkas som att frågor kring hur det står till med svensk äldreomsorg och vart den är på väg uppfattas som angelägna för de allra flesta av oss och att förändringar eller hot om förändringar skapat en stor och genomgripande oro i det svenska samhället.

Större behov men minskade resurser.

I grunden är det behoven och resurserna som styr utvecklingen inom äldreomsorgen. Vad gäller behovsutvecklingen och de krav på resurser denna medför påverkas den i stor utsträckning av den demografiska utvecklingen. Ett antal demografiska faktorer kan antas ha betydelse för att förklara behovsutvecklingen. En hög och växande andel äldre bland de allra äldsta (åldersgrupper över 80 år) torde utgöra den viktigaste faktorn. Mellan 1980 och 1997 ökade antalet 80 år och äldre i befolkningen från 263.000 till 427.000 personer. Av den totala ökningen på 164.000 personer svarade männen för 54.000 medan kvinnornas antal steg med 110.000 under perioden². I dessa åldersgrupper ökar per capitakostnaden för såväl hemtjänst som särskilt boende kraftigt i jämförelse med lägre åldrar. Exempelvis kan nämnas att kostnaden per capita för åldersgruppen 90 år och äldre inom hemhjälp/hemsjukvård 1993 uppskattades att vara 17 gånger högre än för åldersgruppen 65-74 år. I motsvarande skattning för det särskilda boendet var per capita-

² Ökningen kan jämföras med en minskning av det totala antalet personer med hjälp från den offentliga äldre- och handikappomsorgen från 360.000 till 280.000 mellan åren 1980 och 1996. Det är framförallt inom hemhjälp som minskningen skett och om boende i servicehus räknas bort, minskade antalet hjälptagare över 65 år med 86.000 under perioden. Uppgifter hämtade i Socialdepartementet (1998).

kostnaden 30 gånger högre³. Det föreligger även skillnader mellan män och kvinnor som påverkar behovet av offentlig äldreomsorg. Att fler kvinnor än män finns bland hemtjänstens hjälptagare beror naturligtvis på att det finns betydligt fler kvinnor än män i hög ålder. Kvinnorna tar emellertid även *relativt* sett emot offentlig äldreomsorg i högre utsträckning. Detta beror på att gamla män ofta får vård och omsorg av hustrun medan kvinnor mer sällan har en man som utför denna omvårdnad⁴. Förhållandet speglar delvis det förhållande att kvinnor i hög ålder lever ensamma i större utsträckning än män⁵. Kvinnors större beroende av offentlig omsorg slår även igenom kostnadsmässigt och per capitakostnaderna är i samtliga åldersgrupper högre än motsvarande kostnader för män. Relativt tenderar emellertid skillnaden mellan könen att utjämnas i högre åldrar vilket sannolikt hänger samman med att ensamboendet även ökar bland de mycket gamla männen⁶.

I den framskrivning baserad på den demografiska utvecklingen som görs i HSU 2000⁷ skattas att kraven på resurser för kommunernas äldreomsorg ökar med 19% fram till år 2010. Skattningen bygger på att per capitakostnaderna är oförändrade, att statsbidrag och skattesatser är nominellt oförändrade samt att avgifterna följer den allmänna prisutvecklingen. Emellertid måste man ha i åtanke att utvecklingen av flera faktorer både kan förbättra och för den delen även försämra utfallet i förhållande till den mekaniska framskrivning av resursbehoven som görs i utredningen. Hur stor den ekonomiska tillväxten bli avgör t ex i stor utsträckning vilka möjligheter till finansiering som föreligger. Blir den hög ökar resurserna både absolut, högre inkomster ger större skatteinkomster, och relativt genom att utgifter förbundna med arbetslöshet, t ex olika åtgärdsprogram och socialbidrag istället kan användas till vård och omsorg. Ett annat osäkerhetsmoment ligger i utvecklingen av familjestrukturen och andelen ensamstående bland de äldre. Om andelen ensamstående stiger till följd av dödsfall eller skilsmässor ökar behovet av offentlig äldreomsorg. Ytterligare en

³ Uttryckt i kronor var de faktiska kostnaderna inom hemtjänsten 40.400:- för åldersgruppen 90+ vilket skall jämföras med 2.300:- för åldersgruppen 65-74 år. Inom det särskilda boendet var motsvarande kostnader 120.000:- jämfört med 4.000:- Socialstyrelsen (1996d)

⁴ Szebehely (1998b) och Thorslund (1998)

⁵ Szebehely (1998b) och Thorslund (1998)

⁶ Socialstyrelsen (1996d)

⁷ SOU 1996:163

svårighet ligger i att uppskatta de allmänna effekterna vad gäller hälsa och funktionsförmåga av den demografiska utvecklingen. Det finns inga självklara svar på detta utan huruvida behoven bara skjuts på framtiden, verkligen minskar eller tvärtom ökar är en empirisk fråga⁸. Vad man emellertid vet är att utvecklingen av demenssjukdomar följer stigande ålder och således har ökat kraftigt⁹. Utöver de hälsoeffekter som är direkt knutna till befolkningsutvecklingen indikerar även klassrelaterade skillnader i hälsa och nedsatt funktionsförmåga att olika grupper av äldre kan ha olika behov av vård och omsorg. Inte minst lokalt kan behoven av äldreomsorg påverkas av detta förhållande¹⁰. En annan osäkerhetsfaktor av betydelse är den teknologiska utvecklingen. Huruvida ny teknologi är av godo för kostnadsutvecklingen kan diskuteras men om man exempelvis kan finna tekniker för att förebygga eller behandla demens så skulle detta utan tvekan påverka utvecklingen positivt¹¹. Förändringar i personalkostnader kan också påverka kalkylen. Pressas löneläget upp, vilket man kan se tendenser till idag, till följd av svårigheter att rekrytera vård- och omsorgspersonal till äldreomsorgen, kan detta få stor betydelse för kostnadsutvecklingen.

Utvecklingen inom äldreomsorgen på 1990-talet

Den generella bilden är att äldreomsorgen i Sverige genom en kombination av ekonomiska och demografiska faktorer samt politiska beslut kopplade till dessa utsatts för en kraftig strukturell omvandling under 1990-talet¹². Förändringarna har omfattat såväl äldreomsorgens innehåll och utförande som dess organisering¹³. Omvandlingen har accelererat den utveckling inom äldreomsorgen som de senaste 10-15 åren inneburit att andelen gamla som får offentligt bistånd successivt har minskat. Under samma period har en omfördelning samtidigt ägt rum genom att resurserna inom den offentliga äldreomsorgen i allt högre grad koncentrerats till de allra äldsta och de med mest omfattande vård- och omsorgsbehov. Inom den sociala hemhjälpn är denna utveckling

⁸ Se Socialstyrelsen (1996e)

⁹ Det har uppskattats att 1/5 av alla i åldersgruppen 85-89 år och 1/3 av alla över 90 år lider av någon form av demenssjukdom. Thorslund (1998)

¹⁰ Thorslund (1998)

¹¹ För ett resonemang kring den teknologiska utvecklingens betydelse se Ohlsson (1998)

¹² Edebalk och Lindgren (1994) och (1995)

¹³ Socialstyrelsen (1996a)

tydlig¹⁴. Idag riktas alltmer av resurserna (mätt som en ökad genomsnittlig hjälptid) inom hemtjänsten mot ett relativt sett mindre antal äldre med omfattande hjälpbehov¹⁵. Omvänt innebär förskjutningen mot allt äldre och omvårdnadsbehövande att andelen äldre med mindre hjälpbehov minskar inom hemtjänsten. I denna grupp är det framförallt äldre makar som fått sin hemhjälp minskad¹⁶. Förändringarna kan översiktligt studeras i tabell 1.

Tabell 1: Utvecklingen i riket av antalet personer med hemtjänst, täckningsgrad (andelen 65 år och äldre med hemtjänst), andelen hjälpmottagare med hjälp i olika timintervall per månad samt genomsnittlig hjälptid per månad november 1988, 1992 och 1996¹⁷.

År	1988	1994	1996
Antal personer med hemhjälp ¹⁸	258 622	204 095	185 375
Täckningsgrad 65+	15,3%	11,3%	10,6%
Fördelning efter hjälptid timmar/månad			
1-9	42	39	37,5
10-25	30	25	24
26-49	14	17	17
50-119	12	15	16,5
120+	3	4	4,5
Summa %	100	100	100
Genomsnittlig hjälptid timmar/månad	26 tim	32 tim	33,5 tim

Flertalet av de som mottar lite hjälp (1-9 timmar i månaden) har insatser som i kommunerna brukar benämnas *service*. Med *service* åsyftas insatser som t ex städning, inköp, tvätt, matlagning eller matdistribution. Inom ramen för sin *service* kan kommunerna även tillhandahålla insatser som vi har valt att benämna *vardagsomsorg*. Vardagsomsorg är psyko-socialt orienterade och motiverade insatser som tar sikte på att bryta ensamhet och ofrivillig social isolering¹⁷. Exempel på sådana

¹⁴ Social hemhjälp och hemtjänst används synonymt i texten och syftar på de service- och omvårdnadsinsatser som kommunen tillhandahåller äldre i hemmet

¹⁵ Daatland (red) (1997)

¹⁶ Enbart 35.460 av de 185.375 som tog emot hemtjänst 1996 var gifta eller sammanboende. Socialstyrelsen (1997a) Se även Szebehely (1998)

¹⁷ Dessa insatser hade tidigare stöd i Socialtjänstlagen §19 där det förelåg en formulering om socialtjänstens skyldighet att verka för att äldre människor i generell mening ges en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Med den ändring av socialtjänstlagen (proposition 1996/97:124) som trädde i kraft vid årsskiftet 97/98 omformulerades målbestämmelsen. Mot bakgrund av att man i

insatser är promenader och lästunder. Vi menar att det är viktigt att poängtera att även de insatser som kommunerna kallar service innehåller väsentliga inslag av vardagsomsorg. Att få hjälp med att handla kan exempelvis innebära att sociala behov tillgodoses om man följs åt till affären. Att ensidigt tala om äldre i behov av service leder lätt till att en alltför endimensionell syn på de äldre och deras behov etableras. Service skiljer sig från *omvårdnadsinsatser* som omfattar hjälp relaterad till kroppsliga (fysiska) besvär och krämpor t ex hjälp med påklädning, dusch och toalettbesök. Utöver service och omvårdnad tillhandahåller många kommuner även hemsjukvård¹⁸.

Sammantaget har utvecklingen inom hemtjänsten under senare år alltså inneburit att möjligheterna för äldre att få hjälp i form av service (inklusive vardagsomsorg) *minskat* samtidigt som omvårdnads- och sjukvårdsinsatserna har *ökat*. Den gradvisa urholkningen av servicens innehåll tillsammans med att servicebrukarna¹⁹ trängs undan utgör inslag i en *selektiviseringsprocess* som på sikt tenderar att innebära en omvandling i riktning från *hemtjänst* mot *hemvård*²⁰. Det faktum att *täckningsgraden* (antalet platser i relation till antalet äldre 80 år+) i särskilda boendeformer²¹ har minskat successivt inom äldreomsorgen sedan tidigt 70-tal förstärker denna förskjutning mot vård i hemmet²². I ett längre tidsperspektiv har alltså omsvängningen i Sverige mot ett ökat vård- och omvårdnadsinslag i hemtjänsten gått hand i hand med en avinstitutionalisering inom äldreomsorgen. Emellertid har utvecklingen tenderat att vända under senare år. Efter Ädelreformens införande 1992

¹⁸ 151 kommuner hade 1996 helt eller delvis övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Socialstyrelsen (1997a). Helt ansvar för hemsjukvården innebär att kommunen övertagit ansvaret upp till sjuksköterskenivå medan delvis innebär att man övertagit ansvar på lägre nivåer ex undersköterskenivå.

¹⁹ Begreppet brukare används både beskrivande och normativt i rapporten. Som beskrivning är brukare en benämning på den formella rollen som mottagare av offentlig service medan det som normativt begrepp anger en relation till det offentliga där brukaren i jämförelse med klienten är mindre beroende. I takt med att hälsan sviktar går mottagaren av äldreomsorg från en brukarroll, där karaktären av oberoende (service-)konsument är stark, till att alltmer karaktäriseras av att individen blir en (omvårdnads-)beroende klient. Jfr Möller (1996)

²⁰ Sundström (1997a), Daatland (1997)

²¹ I samband med Ädelreformen infördes särskilt boende som samlande benämning på det som tidigare kallades ålderdomshem och andra former av omsorgsboende som t ex sjuk- och gruppboende.

²² Daatland (1997)

har antalet äldre i särskilda boenden ökat både i absoluta tal och i relation till antalet hjälptagare inom hemtjänsten²³.

Säg mig var du bor så skall jag säga dig vilken hjälp du får²⁴.

Den utvecklingstendens som framträder på nationell och aggregerad nivå är inte entydig över hela landet. På lokal nivå förekommer stora kommunala variationer. Studerar man den nationella statistiken finner man att det finns flera exempel på kommuner där användarmönstret avviker från trenden på riksnivå²⁵.

I vissa kommuner har hemtjänsten genomgått en kraftig omvandling under 1990-talet både vad gäller ökning av *andelen* hjälpmottagare i högre timintervall och en minskning av *antalet* personer med hemtjänst. I dessa kommuner finner man även att den genomsnittliga hjälptiden bland hjälpmottagarna ökar snabbare än riksgenomsnittet. Utvecklingen i dessa kommuner kan indikera att man prioriterar vård och omvårdnad före serviceinsatser. Vid sidan av dessa *omstruktureringskommuner* finns de kommuner där hemtjänsten, med utgångspunkt i statistiken, inte uppvisar tecken på att ha genomgått några större förändringar under senare år.

Studiens syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie är att *dokumentera en process* som inneburit att äldre med mindre omfattande hjälpbehov i ökad utsträckning trängs undan från den kommunala äldreomsorgen samt att i olika avseenden *analysera dess effekter*²⁶. Ansatsen är i huvudsak retrospektiv och tillbakablicken omfattar åren 1992-1997. Förändringarna kommer att studeras på policynivå. Effekter av omstruktureringen belyses ur ett administrativt och ekonomiskt perspektiv men även konsekvenser för den enskilde uppmärksammas. Ett strategiskt urval av

²³ Socialdepartementet (1998)

²⁴ Rubriken är lånad ur Egge (1997)

²⁵ Se bl a Engström (1996) och Socialstyrelsen (1996a)

²⁶ Undanträngning avser såväl passiv brukaranpassning till politikförändring och effekter av politikförändring som aktiv strategi. I det senare fallet använder vi ordet bortprioritering när detta varit en helt uppenbar politisk strategi.

kommuner har gjorts i avsikt att jämföra kommuner med relativt kraftiga omstruktureringar med kommuner där dessa varit måttliga.

Trots att det på en övergripande nivå finns olika förklaringarna till utvecklingen inom hemtjänsten bedöms kunskaperna om i vilken utsträckning och på vilket sätt dessa gjort sig gällande i de lokala omstruktureringsprocesserna i enskilda kommuner mer bristfälliga. Därav har detta uppdrag initierats. *Vad karaktäriserar de lokala omstruktureringarna i stort? Vilka förändringar har skett i relationen mellan service, omvårdnad och vård i kommunernas äldreomsorg? Hur ser undanträngningsprocessen ut? Vilka medel har använts? Vilka variationer finns mellan kommunerna?*

En central aspekt är omstruktureringens drivkrafter och växelspel. *Hur ser beslutsprocesser ut? Vem initierar förändringarna? Varför och med vilka motiveringar prioriteras vissa grupper och behov före andra? Vilka verklighetsbeskrivningar ligger till grund för de faktiska besluten? Hur har de olika aktörerna agerat? Vem driver och vem hindrar i processen? Vilka föreställningar kring beslutens effekter existerar bland de olika aktörerna i de studerade kommunerna? En annan fråga är hur de kommunala prioriteringarna skall tolkas. Handlar det enbart om en pragmatisk anpassning till förändrade villkor (resurser och behov) eller är dessa även ett uttryck för strategiska val?*

Tanken (hypotesen) att serviceinsatser kan ha en förebyggande effekt för de äldre vad gäller framtida behov av personlig omvårdnad och sjukvård kommer att uppmärksammas. *I vilken utsträckning har servicens förebyggande värde vad gäller påverkan på de äldres livskvalitet och hälsotillstånd funnits med i de lokala prioriteringsdiskussionerna? Vi kommer inte att empiriskt kunna studera de långsiktiga effekterna av att serviceinsatser försvunnit ur hemtjänsten, men redovisar föreställningar och erfarenheter som finns kring servicens förebyggande effekter i kommunerna. Det finns även anledning att kartlägga i vilken utsträckning och i vilka former uppsökande verksamhet och förebyggande arbete förekommer i de kommuner som undersöks i denna studie. Hur är det förebyggande arbetet organiserat och integrerat i den kommunala äldreomsorgen? Finns det någon aktiv uppsökande verksamhet? I vilken*

utsträckning fungerar hemtjänsten genom sina kontakter med de äldre i kommunen som ett alternativ till en mer reglerad uppsökande verksamhet?

I studien kommer även kostnadseffekter kopplade till minskningen av serviceinsatser att granskas. *Hur stor är besparingen på kort sikt av att servicebrukarna försvunnit ur hem-tjänsten? Vilka föreställningar kring besparingar har man haft i kommunerna och hur har dessa påverkat besluten?*

Slutligen kommer socialpolitiska konsekvenser som är förknippade med att kommunerna koncentrerar sina insatser till de mest behövande att diskuteras.

Val av studiekommuner

Den utvecklingstendens som framträder på nationell och aggregerad nivå är som nämndes tidigare inte entydig över hela landet. Studerar man den officiella statistiken finner man att det finns flera exempel på kommuner där användarmönstret avviker från trenden på riksnivå. Ett strategiskt urval av kommuner har därför gjorts med samtliga svenska kommuner som urvalsram. Utgångspunkten var att välja fyra kommuner i vilka det under åren 1994-96 föreligger indikationer på att en *kraftig omstrukturering* inom hemtjänsten skett samt, som en *referensgrupp* till dessa, välja fyra kommuner i vilka, givet de kriterier som använts, motsvarande förändringar inte ägt rum.

Urvalskriterier

Med en kraftig omstrukturering av hemtjänsten under åren 1994-96 avses följande förändringar som kan avläsas i den officiella socialtjänststatistiken²⁷:

- Andelen hjälptagare som erhåller hemhjälp/hemsjukvård mindre än tio timmar/månad skall ha minskat mer än tio procentenheter
- Andelen hjälptagare som erhåller hemhjälp/hemsjukvård mer än 120 timmar/månad skall ha ökat mer än tre procentenheter

²⁷ Socialstyrelsen (1995) och Socialstyrelsen (1997a)

- Andelen (täckningsgraden) och antalet äldre av den lokala befolkningen som mottar hemtjänst/hemsjukvård skall ha minskat
- Den lägre täckningsgraden inom hemtjänsten skall inte vara möjlig att förklara genom en kompenserande utbyggnad av särskilt boende.

Referenskommuner har valts utifrån följande kriterier:

- Andelen hjälptagare som erhåller hemhjälp/hemsjukvård mindre än tio timmar/månad skall vara oförändrad eller ha ökat
- Andelen hjälptagare som erhåller hemhjälp/hemsjukvård mer än 120 timmar/månad skall vara oförändrad eller ha minskat
- Andelen (täckningsgraden) och antalet äldre av den lokala befolkningen som mottar hemtjänst/hemsjukvård skall vara oförändrat eller ha ökat
- Utbudet på särskilda boendeplatser skall vara oförändrat eller ha ökat

Utifrån de kriterier som använts för urvalet har följande kommuner kvalificerat sig:

- Kraftig omstrukturering – *Hagfors, Gävle, Gislaved* och *Helsingborg*
- Begränsad omstrukturering – *Lund, Kristianstad, Sunne* och *Ludvika*

I tabellerna 2 och 3 redovisas statistiska översikter.

Tabell 2: Utvecklingen i urvalskommunerna av *andelen* hjälpmottagare med hjälp 1–9 timmar respektive 120 timmar eller mer per månad samt genomsnittlig hjälptid per månad 1994 och 1996³⁰.

	Fördelning efter hjälptid						Genomsnittlig hjälptid		
	1-9 timmar/månad			120+ timmar/månad			timmar/månad		
<i>Omstrukturerings-</i> <i>kommuner</i>	1994	1996	+/-	1994	1996	+/-	1994	1996	+/-
Hagfors	49,5	27,4	-22,1	3,5	8,1	+4,6	28	46	+18
Gävle	34,7	18,4	-16,3	1,1	5,0	+3,9	30	42	+12
Gislaved	42,0	28,5	-13,5	1,6	24,7 ³¹	+23,1	20	55	+25
Helsingborg	48,3	36,4	-12,0	0,1	4,4	+3,3	19	28	+9
<i>Referens-</i> <i>kommuner</i>	1994	1996	+/-	1994	1996	+/-	1994	1996	+/-
Kristianstad	55,4	59,1	+3,7	0,8	1,1	+0,3	20	18	-2
Sunne	56,3	59,3	+3,0	2,1	1,9	-0,2	19	26	+7
Lund	56,0	56,4	+0,4	0,8	1,4	+0,6	18	18	0
Ludvika	37,8	37,9	+0,1	4,7	3,9	-0,8	33	32	-1
Riket	39,0	37,5	-1,5	4,0	4,5	+0,5	32	33,5	+1,5

Tabell 3: Utvecklingen i urvalskommunerna av *antalet* personer över 65 år med hemtjänst och *täckningsgrad* (andelen 65 år och äldre med hemtjänst och särskilt boende) november 1994 och 1996³².

	Antal personer med hemhjälp 65 år+			Täckningsgrad i hemtjänsten 65+ i %			Täckningsgrad i särskilt boende 65+ i %		
	1994	1996	+/-	1994	1996	+/-	1994	1996	+/-
<i>Omstruktureringskommuner</i>									
Hagfors	491	409	- 82	13,6	11,4	-2,2	7,9	8,6	+0,7
Gävle	1404	1059	-346	8,9	6,8	-2,1	6,3	5,9	-0,4
Gislaved	562	417	-145	11,7	8,6	-3,1	9,8	9,9	+0,1
Helsingborg	2666	2009	-657	12,2	9,2	-3,0	5,6	5,8	+0,2
<i>Referenskommuner</i>									
Kristianstad	1368	1344	- 24	10,0	9,8	-0,2	8,6	8,8	+0,2
Sunne	339	361	+22	10,9	11,8	+0,9	10,8	10,5	-0,5
Lund	1317	1396	+79	10,9	11,4	+0,5	5,9	6,4	+0,5
Ludvika	784	817	+33	12,4	13,1	+0,7	9,5	10,1	+0,6

I *omstruktureringskommunerna* finner man en förskjutning i fördelning efter hjälptid där andelen hjälpmottagare med mindre hjälpbehov *minskat* samtidigt som andelen med mycket omfattande behov av hjälp *ökat*. I dessa kommuner finner man även att täckningsgraden inom hemtjänsten *dv*s andelen bland de äldre i kommunen som får hjälp liksom antalet personer med hemtjänst *minskat*. En effekt av omstruktureringen är att den genomsnittliga hjälptiden bland hemtjänstmottagarna stiger. Den lägre täckningsgraden inom hemtjänsten kan inte förklaras genom en kompenserande utbyggnad av antalet särskilda boendeplatser. Utvecklingen i dessa kommuner indikerar att man prioriterat vård- och omvårdnad före serviceinsatser samtidigt som en neddragning av hemtjänstens omfattning ägt rum.

Vid sidan av omstruktureringskommunerna finns kommuner där hemtjänsten inte uppvisar tecken på att ha genomgått några större förändringar under senare år. I *referenskommunerna* finner man små förskjutningar i fördelning efter hjälptid. Genom att servicebrukarna fortsatt att dominera inom hemtjänsten i referenskommunerna hade andelen hjälpmottagare som erhöll hjälp 1-9 timmar/månad 1996 (Ludvika undantaget) blivit i det närmaste dubbelt så stor som motsvarande grupp i omstruktureringskommunerna. I dessa kommuner finner man även att täckningsgraden inom hemtjänsten och antalet personer med hemtjänst snarare ökat något i omfattning. I jämförelse med omstruktureringskommunerna (undantaget Hagfors), låg referens-

kommunerna genomgående på en högre täckningsgrad inom hemtjänsten 1996. Den genomsnittliga hjälptiden bland hjälptagarna är avsevärt lägre (undantaget Ludvika). Tre av referenskommunerna uppvisar oförändrade eller fallande genomsnittlig hjälptid mellan 1994 och 1996 medan samtliga omstruktureringskommuner, under samma period, uppvisar kraftiga ökningar. Den oförändrade eller högre täckningsgraden inom hemtjänsten i referens-kommunerna kan inte förklaras av att utbudet av särskilt boende minskat. Utvecklingen i dessa kommuner indikerar att man inte förändrat sitt förhållningssätt till äldre med mindre hjälpbehov.

Jämför man utvecklingen inom det särskilda boendet finns inte samma entydiga skillnad som inom hemtjänsten mellan kommungrupperna. En mindre utbyggnad har skett i flertalet kommuner. Täckningsgraden är generellt sätt något högre i referenskommunerna (undantaget Lund).

Innan vi går vidare vill vi göra en *metodreservation*. Även äldre som har få timmar och alltså klassificeras som servicebrukare kan parallellt ha vård- och omvårdnadsinsatser. Innebörden av detta är att det inte går att utsluta att en viss undanträngning av servicebrukare ägt rum även i referenskommunerna, men inte satt spår i statistiken. Omstruktureringar kan ha skett i dessa kommuner som inneburit en *kvalitativ* förändring i så motto att servicebrukarkategorin i mindre utsträckning är renodlad till följd av att den också inrymmer fler vård- och omvårdnads-mottagare. Vår bedömning efter undersökningens genomförande är emellertid att reservationen inte är allvarlig nog för att göra uppdelningen i kommungrupper obrukbar.

Olika sätt att organisera äldreomsorgen: ansvarsfördelning och utformning

Kommunerna i studien skiljer sig åt genom olika sätt att organisera sin äldreomsorg. I den schematiska beskrivningen av organisationen redovisas även antal invånare och kommungruppsstillhörighet. De organisationsmässiga variabler som ingår är geografisk ansvarsfördelning (centralt eller decentraliserat ansvar), relation mellan myndighetsutövning och verksamhetsansvar (om det finns särskilda biståndsbedömare), samt om kommunen kommit överens med

landstinget om att helt eller delvis överta hemsjukvården. I de fall organisationsförändringar vidtagits efter 1996 anges detta särskilt. En sista variabel är andelen äldre inom särskilt boende som drivs i enskild regi²⁸.

Tablå 1: Kommuner, kommungrupstillhörighet³⁴, antal invånare, ansvarsfördelning, organisation för myndighetsutövning, kommunal hemsjukvård samt andelen äldre inom särskilt boende i enskild regi 1996.

<i>Omstrukturerings-Kommun-kommuner</i>	<i>Kommun-grupp</i>	<i>Antal invånare</i>	<i>Ansvars-fördelning</i>	<i>Särskilda bistånds-bedömare</i>	<i>Hemsjukvård</i>	<i>Andel säbo i enskild regi</i>
Hagfors	övriga större kommuner	15.100	central	ja (från 1997)	ja	0,0%
Gävle	större städer	90.700	central	nej	nej	0,0%
Gislaved	industri-kommuner	29.900	central	ja	nej	3,5%
Helsingborg	större städer	114.900	decentraliserad	ja (beställare – utförare)	ja (även primärvård)	32,3%
<i>Referens-kommuner</i>	<i>Kommun-grupp</i>	<i>Antal invånare</i>	<i>Ansvars-fördelning</i>	<i>Särskilda bistånds-bedömare</i>	<i>Hemsjukvård</i>	<i>Andel säbo i enskild regi</i>
Kristianstad	större städer	73.700	central	ja (från 1998)	ja (från 1998)	15,7%
Sunne	landsbygds-kommuner	13.700	central	ja (från 1998)	ja	2,4%
Lund	större städer	97.200	decentraliserad	nej (i vissa kommundelar)	ja	2,6%
Ludvika	medelstora städer	27.800	central	ja (från 1997)	ja	0,3%

Av sammanställningen framgår att nästan samtliga kommuner har eller kommer att införa särskilda biståndsbedömare. Gävle är den enda kommun som avviker från mönstret. Värt att notera är att *samtliga* referenskommuner hade en traditionell organisation med ett integrerat myndighets- och driftsansvar under perioden 1994-96. Gislaved och Helsingborg hade under motsvarande period redan infört särskilda biståndsbedömare. Med undantag av Kristianstad gjorde referenskommunerna redan före 1994 en frivillig överenskommelse med respektive landsting att ta på sig ett sjukvårdsansvar för hemsjukvården som gick utöver Ädelreformen vilket även Hagfors och Helsingborg

²⁸ Beräkningarna utgår från statistik hämtad i Socialstyrelsen (1997a)

gjorde bland omstruktureringskommunerna. Tidigare undersökningar har visat att minskningen av antalet hemhjälpstagare i alla åldersgrupper varit större i kommuner som inte har hemsjukvård i ordinärt boende²⁹. Det är emellertid svårt att veta hur hemsjukvården påverkar statistiken i enskilda kommuner. Jämför man utvecklingen i de kommuner som ingår i studien finns inte samma entydiga samband. I Kristianstad som inte hade tagit över hemsjukvården, minskade antalet personer med hemtjänst inte märkbart mellan 1994-96. Under samma period föll antalet hemtjänstmottagare kraftigt i Hagfors och Helsingborg trots att man tagit över hemsjukvården. Det är dock möjligt att minskningen i dessa kommuner skulle ha varit betydligt större om man inte haft ansvar för hemsjukvården.

Av tabblån framgår att två av kommunerna, Helsingborg och Kristianstad till skillnad från övriga studiekommuner, hade ett betydligt större inslag (32,3% respektive 15,7%) av enskild verksamhet inom det särskilda boendet 1996. Siffrorna indikerar att graden av konkurrensutsättningen inom äldreomsorgen här har drivits längre än i de andra kommunerna. Det ges emellertid inga signaler om i vilken utsträckning en privatisering leder till att servicebrukare trängs undan eller inte då kommunerna representerar var sin kommungrupp.

Val av intervjupersoner

Det empiriska materialet har samlats in med hjälp av intervjuer med *ansvariga politiker, förvaltningschefer* och *biståndshandläggare* i de respektive kommunerna. En strävan har varit att intervjua personer med möjlighet att anlägga ett längre tidsperspektiv på utvecklingen. Vi har så långt det varit möjligt intervjuat åtminstone någon erfaren biståndshandläggare och politiker i varje kommun samt i förekommande fall den f d förvaltningschefen. För att få en så fullständig bild av de lokala omstruktureringsarna som möjligt har vi även genomfört intervjuer med företrädare för det *lokala facket* och *pensionärsrådet* i varje kommun. Valet av intervjupersoner skall ses mot bakgrund av studiens val av perspektiv men innehåller även teoretiska överväganden. De politiska åtgärderna och effekter av dessa kan inte studeras genom att enbart begränsa sig till beslut i kommunal-

²⁹ Socialstyrelsen (1996a)

fullmäktige. Att betrakta förvaltningarna som ett instrument för att verkställa politikernas styrning är inte empiriskt hållbart³⁰. Även förvaltningarna är inblandade i såväl besluts- som genomförande-processen.

Förvaltningen kan både initiera politiska beslut och påverka vilka praktiska åtgärder som de formella besluten kommer till uttryck i. Äldreomsorgen i kommunerna är dessutom typiska "gräsrots-byråkratier"³¹. Detta innebär att utformningen av politiken i viss utsträckning även kan påverkas av frontpersonalen³². I urvalet av intervjupersoner representerar politiker och förvaltningschefer den politiska och administrativa nivån, biståndshandläggarna och, i viss utsträckning, det lokala facket verksamhetsnivån. Pensionärsråden representerar naturligtvis brukarna. Det slutliga valet av intervjupersoner i de olika kategorierna gjordes av kontaktmännen i varje kommun.

Intervjuer

Sammanlagt har 48 intervjuer, 14 enskilda och 34 i grupp, genomförts under våren 1998³³. Intervjuerna omfattar 108 personer fördelade på:

- Äldreomsorgsansvariga politiker (16 personer, sju enskilda och fyra intervjuer i grupp)
- Förvaltningschefer (eller motsvarande, 21 personer, sju enskilda och sju intervjuer i grupp)
- Biståndsbedömare (eller motsvarande, 25 personer, åtta gruppintervjuer)
- Fackliga representanter (17 personer, åtta gruppintervjuer)
- Pensionärsråden (29 personer, sju gruppintervjuer)

Intervjumaterialet har kompletterats med kommunernas officiella dokumentation. Denna omfattar:

³⁰ Se Lundquist (1998) och Rothstein (1994)

³¹ Uttrycket är en svensk översättning av Lipskys begrepp "street-level bureaucrats" se Möller (1996)

³² Till frontpersonalen inom äldreomsorgen hör exempelvis verksamhetsföreståndare, vårdbiträden och biståndshandläggare.

³³ I Ludvika har inte fackrepresentanter intervjuats. I Helsingborg saknas intervjuer med politiker och det lokala pensionärsrådet.

- Beslutsunderlag och protokoll på nämnds- (eller motsvarande) och kommunstyrelsenivå.
- Kommunernas årsberättelser (1992-1997).
- Taxekonstruktioner för hemtjänsten (1992-1998)
- Riktlinjer för bedömning av bistånd
- Användarstatistik

Metod

För att komma åt beslutsprocesser och de föreställningar de olika aktörerna har kring åtgärdernas effekter har tematiserade (semi-strukturerade) kvalitativa intervjuer valts som intervjumetod³⁴. Intervjuerna har vissa fall genomförts enskilt men ambitionen har varit att intervjua de olika kategorierna i grupp. Betecknande för gruppintervjuer är den explicita användningen av interaktionen i gruppen för att producera data och insikter som annars skulle varit mindre tillgängliga. En annan bevekelsegrund var att kommunernas möjligheter till val av lämpliga intervjupersoner skulle begränsas. Tillsammans med det breda urvalet av aktörer förväntade vi oss att få en nyanserad framställning av de lokala omstruktureringarna och dess effekter.

För ändamålet har en intervjuguide utvecklats³⁵. Struktureringsgraden har hållits låg för att i största möjliga mån lämna utrymme för intervjupersonerna att presentera sina olikartade erfarenheter och perspektiv. Flexibilitet har varit en strävan³⁶. Visserligen har de övergripande frågekomplexen (teman) funnits med i samtliga intervjuer men intervjuguidens disposition har inte styrt intervjuerna vad beträffar ordningsföljden på frågor eller teman i de fall intervjupersoner glider över på frågor som var tänkta att ställas senare. Till denna dispositionsmässiga flexibilitet kan läggas vad som kan kallas utvecklingsflexibilitet. Det är ganska vanligt att intervjupersoner svarar på sådant man inte frågat om. Om det varit relevant för studien har det

³⁴ Kvale (1997)

³⁵ Se bilaga

³⁶ Möller (1996) står för inspirationen

naturligtvis varit av intresse att få intervjupersonerna att fullfölja sina resonemang och tankegångar.

Genomförande

Intervjuerna genomfördes på plats i respektive kommun under perioden februari – maj 1998. Alla intervjupersoner informerades om studiens syfte och tillfrågades om samtycke. Alla uppgiftslämnare tillförsäkrades också anonymitet och tillåtelse att spela in intervjun inhämtades. Två intervjuare användes vid samtliga intervjutillfällen. Varje intervju tog mellan 1 och 1,5 timme i anspråk. Vi menar att den typ av intervjuer med nyckelpersoner/grupper som utförts i undersökningen vinner i kvalitet om de utförs med dubbel bemanning. Att lyssna och formulera följdfrågor är en viktig uppgift som kräver full koncentration, något som kan vara svårt att klara av för en intervjuare på egen hand. Att vara två vid intervjutillfället skapar dessutom avsevärt förbättrade möjligheter till reflektion kring intervjuerna i efterhand. De negativa intervju effekter, förhör snarare än naturliga samtal, som i teorin skulle kunna förstärkas av detta arbetssätt har enligt vår bedömning kunnat bemästras. I de fall intervjuer skett i grupp har dubbla intervjuare inte visat sig vara till någon nackdel då det gäller att åstadkomma den samtalsliknande situation som eftersträvas. Enskilda intervjuer har enbart utförts med politiker eller förvaltningschefer och det har i dessa fall handlat om intervjupersoner som i stor utsträckning varit vana vid situationen. Att dokumentationen av intervjuerna gjordes genom bandinspelning har inte heller påverkat kvaliteten på intervjuerna negativt. Delvis förklaras även detta av att en del intervjuer var s k elitintervjuer men vår bedömning är att sättet att dokumentera intervjuerna inte heller verkade återhållande på de mindre erfarna intervjupersonerna.

Ett problem har emellertid varit den uppmärksamhet, företrädesvis med negativa förtecken, som utvecklingen inom äldreomsorgen givits i media under 1997-98. Vår uppfattning är att intervjusituationen påverkats allmänt genom att viljan att framställa situationen i den egna kommunen som ljus varit starkare än den annars skulle varit. Några av de kommuner som ingick i studien hade strax före det att vi genomförde våra intervjuer dessutom stått i ramplyuset i en eller annan form. Försvaret av den egna äldreomsorgen var i dessa kommuner starkt

bland såväl politiker som verksamhetsföreträdare. Att forskargruppen betraktades som representanter för Socialstyrelsen kan ytterligare ha påverkat de intervjuade att ge knapphändiga eller tillrättalagda svar.

Databearbetning och redovisning

De bandade intervjuerna har inte skrivits ut ordagrant utan efter en genomlysning har intervjupersonernas svar kring olika teman sammanställts till profiler av varje kommun. Arbetsmetoden, utan någon mellanliggande utskrift, innebär i praktiken att en första analys (tolkning) av intervjuerna sker parallellt med att banden lyssnas av. För att undvika missförstånd, felaktigheter och andra missar har kommunprofilerna diskuterats i forskargruppen. Vid tveksamheter har omlyssningar gjorts. Möjligheten att jämföra intervjupersonernas svar på olika frågor (och olika intervjupersoners svar på samma fråga) har varit god trots den flexibilitet som eftersträvats i intervjusituationen. Risker att subjektivt godtycke smyger sig in i analysen är svårare att hantera. En viss kontroll av analysen ligger dock i att alla kommunprofiler diskuterats i forskargruppen. I framställningen kommer citat i viss utsträckning att användas som illustration för påståenden i analysen.

Rapportens innehåll och uppläggning

Föreliggande rapport delas in i fyra delar. Del I tar fasta på sambandet ekonomi, demografi och omstrukturering. Framställningen bygger på att bryta ner den nationella bilden i kommunala variationer, och att analysera hur lokala variationer i demografi och ekonomi förklarar att kommuner vidtar omstruktureringar. Mot bakgrund av att vi i del I finner vissa samband genomförs i del II en mål- / medelanalys. Med vilka strategier (utbuds- och efterfrågepåverkande) har man i kommunerna sökt genomföra sin omstrukturering? I detta avsnitt söker vi alltså *ändamålsenliga* förklaringar till kommunala variationer. Vid ändamålsenliga förklaringar förklaras handlingar i relation till avsedda effekter (inte nödvändigtvis faktiska verkningar). Undanträngning av servicebrukare tar form som aktiva strategier till följd av ekonomiska och demografiska problem. Ofta är emellertid inte ändamålsenliga förklaringar tillräckliga för att förstå ett förlopp..." i konkret samhälls-

vetenskaplig forskning måste orsaksförklaringarna och ändamålsförklaringarna ofta *samspela*: de kan förklara olika sidor av en och samma sociala process. Ändamålsförklaringar är ofta relevanta för att förklara varför något startade vid en viss given tidpunkt, medan orsaksförklaringar ofta är relevanta för att förklara den riktning ett utvecklingsförlopp fick.³⁷ Mot bakgrund av att vi i del I kunde se att sambandet mellan demografi, ekonomi och utfall inte är tillräckligt starkt för att stå ensamt, söker vi i del III att närmare granska vad som orsakar faktiska utfall. Framför allt måste bilden kompletteras med den kommunala äldreomsorgens förändrade rambetingelser under 1990-talet. Här analyseras konsekvenser av institutionella förändringar som ägt rum och som förefaller ha haft en påverkan i undanträngningsprocessen. Konkret tänker vi på Ädelreformen samt handikapp- och psykiatrireformerna. I del IV diskuteras konsekvenser på samhällsplanet av undanträngningen av servicebrukarna och vissa framtids-trender tecknas.

Del I – Demografi, ekonomi och undanträngning av servicebrukare

Behovsutveckling och resursläge i studiekommunerna

En förklaring till förskjutningen mot vård- och omvårdnadsinsatser inom hemtjänsten är demografisk förändring och skärpta krav att lösa konflikten mellan knappa resurser och växande behov³⁸. Förändringar i ålderssammansättningen bland de äldre, med ett växande antal mycket gamla, kan tillsammans med de hälsoeffekter detta medför bland hjälptagarna leda till växande behov av dessa insatser. På lokal nivå kan förutsättningarna både vad gäller ökande behov av äldreomsorg och tillgången på ekonomiska resurser skilja sig åt mellan olika kommuner. Den demografiska faktor som bäst speglar vård- omsorgsbehovet är andelen av de allra äldsta, 80 år eller äldre i lokalbefolkningen. I tabell 4 speglas utvecklingen mellan 1992 och 1996.

³⁷ Gilje och Grimen (1993) s146

³⁸ I avsnittet speglas utvecklingen mellan 1992 och 1996. Anledningen är att man kan misstänka att en viss eftersläpning föreligger vad beträffar kommunernas reaktioner på förändringar i behovs- och resursläge. Utvecklingen före 1994 kan således vara av betydelse för att för att förklara utvecklingen efter 1994.

Tabell 4: Demografiska förändringar i de studerade kommunerna. Andelen 80 år och äldre, andelen 90 år och äldre i lokalbefolkningen 1992 och 1996 samt de 90 år och äldres procentuella andel av den totala förändringen i åldersgruppen 80 år och äldre mellan 1992 och 1996⁴⁵.

	Andel 80+ i %			Andel 90+ i %			90+ i % av ökningen i åldersgruppen 80+
Omstruktureringskommuner	1992	1996	+/-	1992	1996	+/-	1992-1996
Hagfors	5,6	6,1	+0,5	0,6	0,8	+0,2	71,8%
Gävle	4,3	4,4	+0,1	0,5	0,6	+0,1	39,2%
Gislaved	4,0	4,5	+0,5	0,4	0,5	+0,1	2,7%
Helsingborg	5,0	5,3	+0,3	0,6	0,7	+0,1	28,9%
Referenskommuner	1992	1996	+/-	1992	1996	+/-	1992-1996
Kristianstad	5,1	5,2	+0,1	0,7	0,7	0,0	25,2%
Sunne	5,8	6,0	+0,2	0,8	0,7	- 0,1	negativt
Lund	3,6	3,7	+0,1	0,5	0,6	+0,1	28,6%
Ludvika	5,9	6,2	+0,3	0,7	0,7	0,0	15,1%
Riket	4,4	4,7	+0,3	0,5	0,6	+0,1	30,3%

I referenskommunerna (undantaget Lund) hade man 1992 generellt en större andel äldre i befolkningen jämfört med omstruktureringskommunerna. Den demografiska förändringen mellan 1992 och 1996 tenderar emellertid att jämna ut skillnaderna mellan kommungrupperna. Att det demografiska trycket ökar något mer under perioden i omstruktureringskommunerna stärks av att 90-åringarnas andel av totala ökningen i åldersgruppen över 80 år (undantaget Gislaved) genomgående är högre. Hagfors framstår som den kommun i vilken förändringarna varit mest påtagliga. Från en relativt sett hög andel gamla i befolkningen stiger andelen kraftigt mellan 1992 och 1996. Av ökningen svarar åldersgruppen över 90 år för hela 71,8%.

Andra demografiska faktorer som är av betydelse för att spegla behovsutvecklingen är andelen kvinnor och ensamstående i åldersgruppen över 80 år. Statistiska uppgifter om ensamstående i befolkningen på kommunnivå föreligger emellertid enbart i samband med Folk- och Bostadsräkningarna vilket innebär att ingen statistik föreligger efter 1990. klassrelaterade skillnader i hälsa och funktionsförmåga har också betydelse vad gäller de potentiella behoven av hjälpinsatser³⁹.

³⁹ Några lättillgängliga uppgifter om klassbakgrund på kommunal nivå finns inte. Forskning har emellertid visat att den taxerade inkomsten speglar hälsa och funktionsförmåga. I de högre inkomstklasserna är det ovanligt med denna typ av problem. Thorslund (1998)

Tabell 5: Demografisk förändring i de studerade kommunerna avseende andelen kvinnor över 80 år i den lokala befolkningen 1992 och 1996 samt andelen höginkomstagare i kommunen 1994⁴⁷.

	Andel kvinnor 80+ i %			Andel höginkomstagare i %
	1992	1996	+/-	1994
<i>Omstrukturerings-</i> <i>kommuner</i>				
Hagfors	3,4	4,0	+0,6	11%
Gävle	2,8	3,0	+0,2	19%
Gislaved	2,4	2,8	+0,4	15%
Helsingborg	3,5	3,7	+0,2	21%
<i>Referens-</i> <i>kommuner</i>				
Kristianstad	3,2	3,6	+0,4	17%
Sunne	3,7	3,7	0,0	10%
Lund	2,6	2,5	- 0,1	26%
Ludvika	3,8	4,1	+0,3	15%
Riket	2,9	3,1	+0,2	20%

Som framgår av tabell 5 är ökningen i andelen kvinnor bland de allra äldsta är genomgående i omstruktureringskommunerna. Detta indikerar såväl ett växande ensamboende som ett ökat beroende av offentlig omsorg. Även i Kristianstad och Ludvika ökade emellertid de gamla kvinnornas andel av befolkningen. Det är därför svårt att se några entydiga skillnader mellan kommungrupperna vad gäller behovsutvecklingen i detta fall. Hagfors är den kommun som även vad gäller ökningen av andelen äldre kvinnor haft den kraftigaste förändringen mellan 1992 och 1996. Jämför man andelen höginkomstagare i de respektive kommunerna finns inga tecken på att utvecklingen inom hemtjänsten påverkas i ena eller andra riktningen. I båda kommungrupperna finns exempel på kommuner med såväl en hög som en låg andel höginkomstagare.

Utöver förändringar i behovsutvecklingen kan förändringar i kommunernas ekonomiska resurser att tillgodose ökande behov av äldreomsorg vara av stor betydelse. I tabell 6 redovisas ett antal indikatorer på resursutvecklingen i kommunerna. En viktig faktor för att spegla resursläget i kommunerna är skatteinkomsterna. Skattekraften (skatten dividerad med invånarantalet) används som variabel. Skattekraften speglar emellertid enbart förändringar på inkomstsidan. Med fallande intäkter, vilket var vanligt under lågkonjunkturen på 1990-talet, följde även ökande utgifter. I bilden av resursläget i kommunerna presenteras därför förändringen i socialbidragskostnaderna. Även

kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen i respektive kommun redovisas.

Tabell 6: Utvecklingen i resursläge i de undersökta kommunerna. Skattekraft som andel av medelskattekraften i landets kommuner (medelskattekraften =100), socialbidragskostnaderna per invånare och kostnader för äldreomsorgen per invånare 65 år 1992 och 1996⁴⁸.

	Skattekraft i % av medel- skattekraften			Socialbidrags- kostnader kr/invånare			Äldreomsorgs- kostnader kr/invånare 65+ ⁴⁹		
Omstrukturerings- kommuner	1992	1996	+/-	1992	1996	+/- i %	1992	1996	+/- i %
Hagfors	90,4	94,9	+4,5	314	720	+129%	38.300	52.400	+37%
Gävle	103,6	103,2	-0,4	640	1031	+ 61%	32.700	47.300	+45%
Gislaved	95,1	94,5	-0,6	555	1014	+ 83%	29.200	43.000	+47%
Helsingborg	100,1	99,7	-0,4	826	1693	+105%	28.000	37.000	+32%
Referens- kommuner	1992	1996	+/-	1992	1996	+/- i %	1992	1996	+/- i %
Kristianstad	93,8	93,8	0,0	571	1134	+99%	31.500	49.500	+51%
Sunne	84,0	85,4	+1,4	278	334	+20%	40.400	54.500	+35%
Lund	105,2	101,2	-4,0	607	937	+54%	36.800	52.600	+43%
Ludvika	95,5	97,8	+2,3	414	709	+71%	35.100	42.900	+22%

En jämförelse av förändringarna av skattekraften visar att omstruktureringskommunernas skattekraft, med undantag för Hagfors, minskade relativt andra kommuner i riket. Under samma period, (Lund undantaget), ökade eller var skattekraften oförändrad i referenskommunerna. Ser man på ökningarna i socialbidragskostnader under perioden ligger dessa på över 50% i samtliga kommuner förutom i Sunne vars kostnadsökning enbart varit 20% under perioden. Ökningen i socialbidragskostnader förstärker emellertid intrycket att de kommuner i vilken omstruktureringen inom hemtjänsten varit kraftig även har varit de kommuner i vilka det ekonomiska resursläget försämrats relativt mest under åren. I Hagfors och Helsingborg mer än fördubblades utgifterna. Vad gäller kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen i kommunerna mellan 1992 och 1996 föreligger inga enhetliga skillnader mellan kommungrupperna. Om man studerar resurser till äldreomsorgen i relation till förändringar i den demografiska strukturen föreligger emellertid några intressanta tendenser. De demografiska förändringarna som indikerade att behoven ökat snabbare i omstruktureringskommunerna mellan 1992 och 1996 har inte fått några tydliga genomslag i kostnadsutvecklingen vilket kan vara ett tecken på att behov prioriterats bort. Två av kommunerna, Hagfors och Helsingborg, är särskilt intressanta. Utöver ett ökat demografiskt tryck har man i dessa kommuner även haft mycket kraftiga kostnadsökningar inom

socialbidraget under perioden. De relativt blygsamma ökningarna av äldreomsorgskostnaderna i de bägge kommunerna kan vara ett tecken på att prioriteringsproblematiken även innehållit moment där behov av en utbyggnad av äldreomsorgen fått vika mot andra behov inom eller utom den sociala sektorn.

Sammanfattning

Mellan åren 1992 och 1996 föreligger tecken på ett ökat demografiskt tryck i de kommuner som haft en kraftig omstrukturering inom hemtjänsten. Även i de kommuner som inte uppvisar några tecken på omprioriteringar inom hemtjänsten har det emellertid skett förändringar. Utifrån de variabler som använts för att spegla den demografiska utvecklingen ligger skillnaden i att förändringstakten varit måttligare i dessa kommuner. Några entydiga skillnader i behov mellan kommungrupperna som skulle kunna förklara de olika utvecklingsförloppen inom hemtjänsten under den undersökta perioden föreligger inte.

Vad gäller resursläget förefaller omstruktureringskommunerna ha haft en jämförelsevis ogynnsam utveckling. I vilken utsträckning det demografiska trycket och förutsättningarna att tillgodose växande behov kan förklara varför man i dessa kommuner prioriterat behov av omvårdnad före service är emellertid osäkert.

Att behov och resurser inte på ett tydligt sätt bestämmer utvecklingen inom hemtjänsten på lokal nivå finns belagt i forskningen. I en norsk studie från 1994 visades att variationen av hemtjänstens inriktning och omfattning mellan norska kommuner enbart till liten del kunde förklaras med hänvisning till demografiska och resursmässiga faktorer. Tillsammans med kommunstorlek och omfattningen av särskilt boende kunde de fyra variablerna tillsammans enbart förklara 22% av variationen mellan kommunerna⁴⁰.

⁴⁰ Egge (1997)

Del II – Undanträngning av servicebrukarna inom hemtjänsten – en mål-/ medelanalys

Att färre och mer omvårdnadsbehövande gamla idag omfattas av den sociala hemhjälpn i Sverige kan förklaras både av att det har blivit svårare att få hjälp och att antalet hjälpsökande minskat. Restriktivare biståndsbedömningar och höjda och/eller differentierade avgifter kan tillsammans med förändringar i hjälpens utformning och innehåll ha utgjort de medel kommunerna använt sig av när man till följd av knappa ekonomiska resurser prioriterat behov av omvårdnad före service⁴¹.

I detta avsnitt kommer vi att granska fyra strategier eller medel som använts i kommunerna för att hantera ett ökande demografi- och kostnadstryck. Primärt bör man förvänta sig att se en livaktigare aktivitet i omstruktureringskommunerna på dessa områden, det ligger i själva urvalskriteriet att de varit aktiva. Problemet kompliceras emellertid av den motsatta möjligheten, d v s att aktiva strategier i referenskommunerna, exempelvis ökad avgiftsfinansiering och ökad rationalisering, motverkat behovet av dramatiska nedskärningar. Omstrukturerings-kommunerna kommer att sättas i centrum för betraktelsen. Referenskommunerna blir intressanta att studera med avseende på varför man inte slagit in på en väg av undanträngning eller om man i princip bara skjutit upp detta något i tiden. De fyra strategierna är:

- **Utbudspåverkande**
Rationalisering
Minskat serviceutbud
- **Efterfrågepåverkande**
Striktare biståndsbedömning (kvantitetsransonering)
Höjda och eller differentierade avgifter (prisransonering)

Sambandet framstår som relativt komplext mellan de två huvudvägarna. För det första är det naturligtvis så att man rättar efterfrågan efter det utbud som finns. Men, eftersom vi befinner oss inom ett rättighets-

⁴¹ Se t ex Szebehely (1996), Socialstyrelsen (1996a), Socialstyrelsen (1996b), Socialstyrelsen (1996c)

reglerat område, förutsätts för det andra också att utbudet regleras efter behov. Utifrån intervjuer och dokumentation kommer vi emellertid att försöka sortera vilka instrument som använts primärt och sekundärt samt vad som kommit först och vad som eventuellt kommit senare i tiden. Hemtjänsten karaktäriseras vidare av en flexibilitet (huvudsakligen rörliga kostnader) som gör att anpassningen mellan utbud och efterfrågan kan ske relativt snabbt och okomplicerat.

I de fyra avsnitten kommer vi att besvara följande frågor: Vad har hänt med avseende på undanträngning av servicebrukare? Med vilka medel har förändringar åstadkommit? Hur har man resonerat? Hur ser man på konsekvenser av undanträngning?

Rationaliseringar inom hemtjänsten

Med rationalisering avser vi strategier som använts i kommunerna för att effektivisera produktionen i syfte att sänka produktionskostnaderna (per utförd timme) inom hemtjänsten. Man kan tänka sig att rationalisering ses som ett medel att förhindra undanträngning av servicebrukare. Rationaliseringar kan vara av flera slag. För det första förekommer olika åtgärder för att effektivisera tidsanvändningen (schemaomläggningar, minskad tid för administration och sammankomster i personalgrupper, försök att vinna stordriftsfördelar exempelvis genom matdistribution i stället för matlagning etc). För det andra förekommer strategier riktade mot att minska personaltätheten (vakanta tjänster tillsätts inte vilket också ofta ger fler vikarier och timanställda, vikarier anlitas inte vid korttidsfrånvaro, reducering av personalstyrkan på helger och kvällar). För det tredje använder sig vissa kommuner av entreprenader i besparingssyfte (matdistribution, larmtjänster etc). En fjärde strategi har varit att genomföra organisationsförändringar. Här är inrättandet av särskilda biståndshandläggare för att öka effektiviteten ett exempel.

Man kan genomföra rationalisering som en del i att hushålla med resurser på ett bättre sätt och kanske förebygga ekonomiska svårigheter. Vi benämner detta ett *proaktivt* förhållningssätt. Rationalisering kan emellertid också vara en reaktion på ekonomiska svårigheter, d v s vara *reaktiv*. Vi har också uppmärksammat i vilken utsträckning

rationaliseringens omfattning kan betraktas som stor respektive liten. Detta påverkas i hög grad av det "rationaliseringstryck" som funnits i respektive kommun. Vi har sammanställt våra kommuner efter hur man använt sig av rationaliseringar i denna terminologi. I klassificeringen av huruvida en kommun agerat proaktivt eller reaktivt har vi, liksom i bedömningen av rationaliseringsåtgärdernas omfattning, gjort en sammanvägning av de åtgärder som faktiskt vidtagits och den betydelse intervjupersonerna tillskrivit dessa.

Tablå 2: Klassificering av rationaliseringsförlopp i kommunerna, *omfattning* och *form* 1992-96⁵².

	Rationaliseringens omfattning	Rationaliseringens form
<i>Omstruktureringskommuner</i>		
Hagfors	Låg	Reaktiv
Gävle	Hög	Proaktiv
Gislaved	Låg	Proaktiv
Helsingborg	Hög	Proaktiv
<i>Referenskommuner</i>		
Kristianstad	Hög	Proaktiv
Sunne	Låg	Reaktiv
Lund	Låg	Reaktiv
Ludvika	Hög	Proaktiv

När det gäller rationaliseringens omfattning och form finns inga enhetliga skillnader mellan kommungrupperna men vissa likheter inom kommungrupperna föreligger. Beträffande *omstruktureringskommunerna* framträder en bild i *Hagfors* med en relativt låg omfattning av rationaliseringar under perioden 1992-96. Man var uppenbarligen rätt bunden vid den gällande strukturen. De rationaliseringar som förekom var i stor utsträckning reaktiva. Efter 1996 har dessa emellertid tagit kraftig fart. Man drog in tid för sammankomster för hemtjänstpersonalen, anställningsstopp infördes, bemanningen på nätter reducerades. Den reaktiva bilden förstärks av att neddragningarna orsakats av ett skenande budgetunderskott. I *Hagfors* iakttar vi grovt sett en passiv anpassning. I *Gävle* och *Helsingborg* är bilden en helt annan. Här genomförs rationaliseringar i stor omfattning som ett aktivt led i en omstruktureringsprocess. Paradoxalt nog förhindrar de därmed knappast neddragningar utan är en del i själva effektueringen av desamma. *Gislaved* har också agerat proaktivt men i liten skala. Ett exempel är införandet av särskilda biståndshandläggare. Från ansvarigt

håll hävdas att de sammantagna besparingseffekterna till följd av rationaliseringarna inom äldreomsorgen under 1990-talet varit blygsamma.

Bland *referenskommunerna* kan man lägga märke till att rationaliseringens omfattning varit låg i Sunne och Lund. Det kan tolkas som en konsekvens av att sparkraven på hemtjänsten inte varit så uttalade. I *Lund* kan dessutom en extremt hög avgiftsfinansieringsgrad inom äldreomsorgen ha bidragit till att trycket på att genomföra rationaliseringar inte varit så stort. I *Sunne* värnar man traditionellt om en hög kvalitet på sin verksamhet och medelstillelningen till äldreomsorgen står högt på den politiska agendan. Man bör alltså notera att en utebliven rationalisering kan vara en aktiv strategi i försök att inte låta kvalitativa dimensioner i hemtjänsten gå förlorade. I kommunen har man exempelvis värnat heltidstjänster, personalkontinuitet i mötena med de gamla. Man har uppenbarligen kunnat bibehålla sina särdrag just genom att inte (kunna eller vilja) rationalisera. Rationaliseringarna i Lund och Sunne är i båda fallen tämligen reaktiva. I *Kristianstad* (och Lund) är den relativa omfattningen av hemtjänst låg och det indikerar på möjligheten att man inte heller uppfattar att de stora besparingarna funnits att hämta inom denna del av äldreomsorgen. I *Kristianstad* framhölls att de besparingskrav man hittills haft kan betraktas som "en västanvind, en pust bara". Man har också värnat äldreomsorgen i stort från nedskärningar. De rationaliseringar som genomförts i *Kristianstad* är snarare proaktiva än reaktiva och relativt omfattande, huvudsakligen en följd av rationaliseringar på personalsidan. *Ludvika* slutligen visar på den i sammanhanget närmast till hands liggande tolkningen av sambandet mellan rationalisering och omstrukturering. Kommunen har till synes kunnat undvika omstrukturering genom att rationalisera inom hemtjänsten och på så vis hantera de sparkrav som ställts upp. Det kan tolkas som förutseende och god planering.

Sammanfattningsvis måste sägas att relationen mellan rationaliseringsåtgärder och omstrukturering inom kommunernas hemtjänst är både komplex och mångtydig. Att betrakta rationalisering som ett sätt att förhindra omstrukturering, dvs en tydlig utbudsbevarande strategi, framstår inte entydigt i referenskommunerna. I *Kristianstad* och *Ludvika* kan vi emellertid skönja en sådan tendens. Paradoxalt nog tycks

rationaliseringstakten och initieringen av rationaliseringar snarare ingå som ett element vid genomgripande omstruktureringar av hemtjänsten om vi skall tolka utvecklingen i Helsingborg och Gävle (vilka båda är större städer). Vi skall också bära med oss en allmän iakttagelse. Det är inte bara i Hagfors som rationaliseringstrycket ökat *efter 1996*. Denna trend kan iakttas i samtliga referenskommuner (se vidare avsnittet *Omstrukturering inom hemtjänsten – en tidsfråga?*).

Förändrat serviceutbud

Förändrat serviceutbud innebär antingen att tjänster (1) *komprimerats* (minskat i omfattning) eller (2a) *utgått* som biståndsprovade insatser inom hemtjänsten. I det senare fallet erbjuder vissa kommuner (2b) serviceinsatser vid sidan av de omvårdnadsinsatser som fortfarande tillhandahålls inom ramen för den sociala hemhjälpen (*komplementaritet*). Det karaktäristiska här är att subventionsgraden sänks som följd av detta och att kommunerna infört speciella servicetaxor. En ytterligare form (3) utgörs av att service endast utgår i samband med att ett omvårdnadsbehov bedöms föreligga - som del i ett utbudspaket. Detta innebär att servicen *inskränkts*, vilket också är en form av neddragningsstrategi (vilken principiellt ligger nära en efterfrågestyrning). I vilken utsträckning servicen har komprimerats, utgått eller inskränkts inom hemtjänsten skiljer sig mycket åt mellan kommunerna. Man kan observera att servicekomprimering innebär en kvalitetsförsämring för mottagarna, men till skillnad från övriga utbudsförändringar minskas inte antalet servicebrukare till följd av denna typ av administrativa beslut (det blir möjligen en följd av konsumentanpassning).

Bland *omstruktureringskommunerna* har *Hagfors* vidtagit åtgärder i samtliga nämnda former för utbudsförändring. Låt oss därför följa *Hagfors* närmare. Genomgripande förändringar vidtogs 1996. Innan dess hade inga inskränkningar i hemtjänstens traditionella innehåll vidtagits. Detta år försvann bl a tjänsterna gräsklippning, snöröjning och inköp ut ur hemtjänsten. Kommunen hade tänkt att låta fönsterputsning utgå ur serviceutbudet men tvingades till följd av överklaganden att backa på denna punkt. Vad beträffar städning skedde en komprimering i och med att denna inskränktes till en gång i månaden. Motiveringen

gjordes delvis med hänvisning till knappa ekonomiska ramar, men en annan omständighet har samverkat. Vissa arbetsuppgifter bedömdes helt enkelt vara för tunga för hemtjänst-personalen. Utbudsminskning måste, om vi lyssnar till argumenten i Hagfors, inte enbart ses som del i en strategi för en minskning i sig, utan har också blivit en arbetsmiljöfråga och en facklig fråga. Detta anknyter till en mer generell problematik som handlar om att integrera vård-, omsorgs- och serviceinsatser inom ramen för en alltmer professionaliserad hemtjänstorganisation. Tendensen kan skönjas i samtliga kommuner eftersom vårdtyngden ökat generellt inom äldreomsorgen men förstärks där man övertagit ansvaret för hemsjukvården. Den sjukvårdande personalen vill normalt inte utföra serviceuppgifter. Den service som kommunen engagerar sig i har också omvandlats genom att serviceinsatser inte biståndsbedöms separat. Kommunen vill ändå finnas kvar som aktör genom att tillhandahålla service till självkostnadspris. Service finns numera endast som tillval för den som beviljats hemtjänst som omsorg och / eller vård. Genom att serviceinsatser skiljs ut blir också taxesättningen betydelsefull (mer om detta senare). Gävle har också gått långt i detta sammanhang och processen har varit förvaltningsstyrd. I princip strävar man mot att inskränka sitt engagemang i service så långt det går och man ger sedan 1996 enbart service som komplement till vård- och omsorgsinsatser. Innan detta tillhandahölls service till en högre taxa än vid omvårdnad, d v s 2b). Processen inleddes med att man i ett slag beslutade om att avsluta samtliga ärenden med enbart städinsatser inom hemtjänsten. Detta innebar att 200 äldre, eller 15% av hemtjänstärendena, försvann.

En viss antydning till en generell omstruktureringsväg vad avser utbudsförändring kan kanske skönjas. Denna går (1) via komprimering och att service utgår, över (2) tillhandahållande i och vid sidan om omvårdnadsinsatser men med separata taxor till (3) en situation där service renodlats som del i ett omvårdnadspaket. I Hagfors och Gävle där detta förlopp utkristalliserats har service förlorat sin självständiga karaktär av omsorgsinsats. I Gislaved och Helsingborg har undanträngningen under perioden inte så tydligt tagit formen av en utbudsförändring i sig. I Gislaved har man tvärtom inte genomfört några som helst förändringar under 1990-talet.

Bland *referenskommunerna* har Ludvika och Sunne fram till 1996 inte önskat slå in på denna väg. I *Ludvika* har inga innehållsmässiga förändringar vidtagits under senare år. Serviceinsatser som inköp, tvätt och städning finns kvar. Det är många som fortfarande enbart har städhjälp. För detta anlitar kommunen Samhall. Hemtjänsten utför bara städinsatser om det föreligger ett omvårdnadsbehov. I kommunen motiveras detta med att man vill minimera antalet personer kring den gamle. Också i *Sunne* ges fortfarande service inom hemtjänsten. *Kristianstad* däremot har inlett en process av att styra bort service ur hemtjänsten. Viss service som storstädning, boning av golv och inköp ingår inte i servicetaxan. Framtida förändringar diskuterades dock i *Kristianstad* under perioden. Också i *Lund* har man bibehållit sin grundfilosofi, men genomfört vissa förändringar som införande av servicecheckar och matdistribution. Städningen har komprimerats.

Sammantaget är vår uppfattning att utbudsförändringar inte är tillräckligt för att förklara hur undanträngningen av servicebrukare i omstruktureringskommunerna skett. Det tycks snarare som att kraftiga utbudsminskningar tar form som konsekvens av skärpta riktlinjer vid biståndsbedömning och höjda taxor, d v s de efterfråger reglerande strategierna banar vägen i omstruktureringen.

Biståndsbedömning

Att få behov erkända – berättigande till bistånd inom äldreomsorgen – kan betraktas som en tröskelproblematik. Någonstans på en skala av ökande hälsoproblem och funktionsnedsättningar sätts en ribba för inträde. Inträdesfrågan är helt fundamental för alla offentligt subventionerade nyttigheter. Var gränsen sätts avgörs av den kommunala generositeten⁴². I sämre tider ökar trycket på att höja ribban.

Kommunernas skyldigheter att tillhandahålla hemtjänst reglerades fram till årsskiftet 97/98 bl a i socialtjänstlagen (SoL) §6 och §10. Fram till 1997 villkorades rätten till bistånd med "att den enskildes behov inte kan tillgodoses på annat sätt". Traditionellt sett har emellertid inte detta villkor inte haft en framträdande position som hinder för att få hjälp

⁴² Edebalk och Petersson (1990)

inom den kommunala hemtjänsten. Med den gradvisa försämringen av kommunernas ekonomi har, som ett led i att värna rättssäkerheten, krav på individuella bedömningar av den enskildes behov av hjälpinsatser aktualiserats bl a av Socialstyrelsen. Ett problem i sammanhanget är att kommunerna även ser biståndsbedömningen som en möjlighet att vara mer *restriktiva* i sin bedömning av vilka behov som skall tillgodoses av det offentliga. Paradoxalt nog låter sig således en ambition om ökad rättstrygghet för individen förenas med en urholkning av rättighetens materiella innehåll. De stora skillnader som föreligger mellan kommuner indikerar att möjligheten att styra det sätt på vilket kommunerna tillämpar biståndsparagrafen förefaller vara begränsade.

Av kommunintervjuerna framgick att en *strikt biståndsbedömning* innebär att man undersöker i vilken utsträckning individen själv kan sörja för sin situation och i vilken utsträckning anhöriga eller andra närstående kan träda in. I denna betydelse kan alltså den strikta biståndsbedömningen kan alltså betraktas som en metod i socialt arbete utifrån en helhetssyn. I själva verket får emellertid den strikta biståndsbedömningen ofta i dagligt tal i kommunerna stå för hela den procedur av godkännande och reaktualisering av behov som idag omgärdar biståndsbeslutet⁴³. Uppvärderingen av biståndsbedömningens funktion har i vissa kommuner skett parallellt med att särskilda tjänster inrättats. Myndighetsutövning skiljs från driftsansvar. Tendensen har förstärkts av att allt fler insatser bedöms som biståndsärenden, eftersom bedömningen av den enskildes behov där sätts på sin spets. Förändrade procedurer har gått hand i hand med en byråkratisering, professionalisering och ökat handlingsutrymme. Men i detta sammanhang skall vi främst se förändringen i ett efterfråge- påverkande sammanhang.

Vi vill emellertid lyfta fram ett inslag i den alltmer professionsstyrda biståndsbedömningen redan här. Vad vi syftar på är det rehabiliterings-tänkande som kommit att genomsyra bedömningen av biståndsärenden. En del i detta är att betona det salutogena (det friska) perspektivet. Innebördens har varit att man delvis till följd av detta kunnat tränga ut service under motiveringen "hjälp till självhjälp". Ett till synes legitimt argument för lägre ambitionsgrad har växt fram, vilket fått också politiskt gehör i många kommuner.

⁴³ Strikt biståndsbedömning tillämpas i allt fler kommuner se Socialstyrelsen (1997d)

Låt oss avslutningsvis poängtera att vi befinner oss inom ett svårfångat problemområde till följd av behovsbegreppets relativa karaktär. Susan Lingsom som utvecklat resonemangen konstaterar att behov är socialt definierade, subjektiva och öppna⁴⁴. De är vidare inte fakta utan värderingar och som sådana en del av politiksfären. Vad som läggs in i begreppet, likväl som skyldigheten att tillgodose behov, är föremål för en kontinuerlig omförhandling mellan aktörerna i vård- och omsorgssystemet. Behov inom ett område vägs dessutom ständigt av mot behov inom andra områden i ett vidare politiskt sammanhang. Behov konstrueras således socialt i samspel mellan olika aktörer och är ständigt underkastade förändringar. Vi kan alltså sluta oss till att vilka behov som kommer att tillgodoses och därmed "finns" kommer att variera mellan kommuner. Ett behov i en kommun uppfattas exempelvis som ett individuellt önskemål i en annan. Vidare, eftersom en bedömning av hela behovet inte låter sig göras genom en enkel sammanvägning av skilda behovskomponenter, är det inte så märkligt att socialtjänstens biståndsbedömningar skiljer sig så markant åt mellan och inom kommuner⁴⁵. Att detta verkligen är fallet har bekräftats i ett antal studier⁴⁶.

I *omstruktureringskommunerna* har biståndsbedömningen varit ett verksamt medel i att tränga undan servicebehov. Gislaved och Helsingborg är de kommuner som redan tidigt lämnade en traditionell organisation för myndighetsutövning till förmån för inrättandet av särskilda tjänster för biståndshandläggning. *Gislaved* är i sammanhanget speciellt intressant. Omorganiseringen genomfördes redan 1992 som ett inslag i en ökad marknadsorientering och utgjorde då en del i att en beställar- / utförarmodell infördes i kommunen. Denna avvecklades efter valet 1994 då den produktionsstyrelse som hade ansvar för beställarfunktionen upplöstes. Verksamheten centraliserades och anknöts åter till socialförvaltningen. Den organisatoriska uppdelningen mellan funktionerna behöll man emellertid, d v s de särskilda biståndshandläggarna blev kvar. Häri låg ett förvaltningsintresse medan vissa politiker ville återgå till en mer traditionell organisation. Det intressanta med Gislaved är att rationaliseringstakten i kommunen varit låg och att

⁴⁴ Lingsom (1997) s23

⁴⁵ Thorslund (1998)

⁴⁶ Lagergren och Johansson (1996), Socialstyrelsen (1997c)

serviceutbudet inte förändrats som en del i en aktiv strategi att tränga undan servicebrukare. Taxeförändringar under perioden skulle kunna vara en del i att förklara varför serviceinsatserna minskat och etablerat Gislaved som omstruktureringskommun. I samband med att ett nytt taxsystem infördes 1994 kom vissa som sagt upp hemtjänsten tillbaka relativt snart. De avgiftsökningar som vidtogs fram till 1996 kan därmed inte primärt förklara den kraftiga undanträngningen. Det förefaller därför som om biståndsbedömningen varit det huvudsakliga medel som använts i omstruktureringen. *Hur har detta gått till?* Under perioden har inga nya riktlinjer för bedömning av behov införts eller ens diskuterats. Skillnaden idag jämfört med tidigare ligger i att riktlinjerna *tillämpas* (praxisändring) vid handläggningen av biståndsärenden. Utredningarna har blivit mer komplicerade och strikta. Denna uppstramning har, enligt vår bedömning, tagit form genom den professionalisering som biståndshandläggningen genomgått. Det är inget märkligt i detta, snarare en logisk konsekvens i sammanhanget. Men effekterna har blivit en undanträngning som i Gislaveds fall inte varit politiskt formulerad och initierad. Administrativ beslutsnivå har ersatt politisk beslutsnivå. Gräsrotsbyråkraterna har ett stort inflytande över utfallet inom socialpolitiken på området och i en pressad ekonomisk situation medverkat till att prioritera bort service. I denna process har (den strikta) bedömningen sannolikt också blivit enhetligare och till följd av detta mer restriktiv. Uppenbart är också att praxisändringen i kommunen medfört att äldre avstår från att söka hemtjänst i kommunen. De med lägre behov förväntar sig helt enkelt att få avslag. Metodmässigt ser vi här att vi rör oss med en utfallsdimension som inte är helt mål- /medelstyrd från politiskt håll (temat utvecklas i del III). I *Helsingborg* finns inslag av samma utveckling. Praxis har utvecklats i samma riktning. Undanträngningen kan inte heller i Helsingborg, på ett fullgott sätt, förstås av att andra medel varit verksamma.

Strikt biståndsbedömning återfinns i samtliga åtta kommuner. Frågan är hur långt man går i tillämpningen, dvs vad man lägger in i begreppet *"kan tillgodoses på annat sätt"*. Eller uttryckt på ett annat sätt; lägger omstruktureringskommunerna, i större utsträckning än referenskommunerna, över ansvar på den enskilde, anhöriga och andra aktörer? I *Hagfors* ser vi tendenser: "Vi har försökt lirka så att de om möjligt skulle kunna ta ansvar för sin egen situation." I kommunen finns

fortfarande äldre med lite bistånd kvar, "men vi försöker ju att hålla dem ifrån oss med de medel som går." Biståndsbedömningen har blivit striktare i kommunen. Vad klarar pensionären själv och vad kan inte tillgodoses på annat sätt? Bedömningarna är fortfarande individuella, men det talas ganska öppet om, att man ser till vad de anhöriga kan hjälpa till med. "Kan kommunen lasta över på anhöriga så gör man det". Man verkar även aktivt för att få in de anhöriga i vårdplaneringen. Förutom anhöriga undersöks även möjligheter för den gamle att ta hjälp av grannar och i förekommande fall själv köpa tjänster. En viss särbehandling av äldre med starka personliga nätverk förekommer. Trots en bruksanda, som tar sig uttryck i att "var och en skall sköta sitt" och där hemtjänsten har sina uppgifter, menar man från förvaltningens sida att anhöriga ställer upp i stor utsträckning. Emellertid har man i kommunen en hel del överklaganden av beslut i biståndsärenden, där de klagande fått rätt. Dessa överklaganden skall närmast betraktas mot bakgrund av att man i Hagfors avsiktligt testat gränserna för hur restriktivt man kan vara i sina bedömningar. Strategin har tillämpats i bedömningen av såväl socialbidrag som inom hemtjänsten.

Handlingsmönstret i Hagfors skall förstås som ett uttryck för en uttalad vilja att prioritera de som har mest hjälp; de som har dagliga behov av omvårdnad. Prioriteringen framställs genomgående i våra intervjuer som nödvändig mot bakgrund av stor vårdtyngd och en utsatt ekonomisk situation. Även i Gävle läggs ansvar på aktörer utanför den kommunala äldreomsorgen. När man prövar behovet av bistånd, ser man idag på ett helt annat sätt än tidigare till vad man kallar "kringresurser". I praktiken innebär detta att man hänvisar sökande till andra serviceproducenter och frivilliga initiativ som Röda Korsets väntjänst. I Gävle har även arbetslösa ungdomar nyttjats som resurspersoner, exempelvis som följeslagare till den gamle vid sjukhusbesök och liknande. Från biståndshandläggarnas sida hjälper man ibland till med att kontakta firmor och organisationer, men ofta ordnar de äldre detta på egen hand. Delar av undanträngningen av servicebrukare sker här genom informella avslag. Det förefaller ta lång tid med handläggning av hemtjänstärendena i kommunen och det tycks vara svårt både att få kontakt och en biståndsutredning till stånd. Eftersom många drar sig för att ta strid, menade man vidare, att pensionärsorganisationerna måste börja aktivera sig mer. Kanske genom

att ställa upp och ta rollen som ombudsman för sina medlemmar. Informella avslag hotar enligt vår bedömning rättssäkerheten och i förlängningen äldreomsorgens legitimitet.

I *Helsingborg* kan vi se exempel på att *rehabiliteringstänkandet* används i biståndsbedömningen på ett sätt som reducerar kommunens ansvar. När man bedömer behovet av insatser följer man en trestegsmodell. Först och främst skall man skapa förutsättningar för individen att klara av serviceinsatserna på egen hand. Om detta inte fungerar kan man i ett andra steg bevilja hemtjänst tillsammans med att den enskilde löser behovet. I tredje hand kommer ett av kommunen anlitat vårdbolag att träda in och ta över uppgiften i sin helhet. Vi kan notera, att tillvägagångssättet tillämpas såväl vid mindre hjälpbehov som vid stor vårdtyngd.

Tendenserna i *referenskommunerna* vad avser strikt biståndsbedömning är något olika. Till följd av ett politiskt beslut infördes begreppet strikt biståndsbedömning i måldokumentet för äldreomsorgen i *Kristianstad* 1995. Förändringen har inneburit att sociala och psykiska behov tenderat att falla ifrån vid bedömningen menar kritiker. Rehabiliteringstänkandet är på väg. Nätverk runt den omsorgsbehövande dras om möjligt in vid bedömningen. På senare tid är tendensen likartad i *Ludvika*. Många anhöriga ställer också upp och hjälper till menar biståndsutredarna. Inga särskilda riktlinjer har formulerats, men man menar att den nya skrivningen i SoL medger en närmare granskning av vad anhöriga och närstående kan bidra med. Idag dras de anhöriga in i diskussionen på ett tidigt stadium: "Vi ställer alltid den frågan om anhöriga kan hjälpa till med vissa bitar. Man trycker inte på men man frågar lite lätt och biståndsbedömningarna går litet efter detta." Också i *Lund* är på senare år rehabiliteringstanken (rehabiliterande syn- och arbetssätt) på väg, i mindre utsträckning dock viljan att dra in anhöriga och frivilliga. I *Sunne* fanns en motvilja mot att tillämpa en alltför strikt biståndsbedömning. I denna kommun finns den förebyggande tanken och det är uppenbart att den kommit i en konfliktställning med rehabiliteringsideologin!

Med den ändring av socialtjänstlagen som trädde i kraft vid årsskiftet 1997/98 omformulerades biståndsparagrafen och i skrivningen framgår det nu att rätten till bistånd omfattar "den som inte *själv* kan tillgodose

sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt"⁴⁷. Betoningen på "själv" markerar individens förstahandsansvar i den nya skrivningen. Den enskilde måste utnyttja alla de möjligheter som normalt står honom eller henne till buds. I regeringens förslag till ändringar i socialtjänstlagen framgår att det måste betraktas som normalt att man ger varandra viss praktisk hjälp och att detta "bör kunna beaktas" (när rätten till bistånd bedöms)⁴⁸. Begreppet "skälig levnadsnivå" kvarstår i den reviderade lagen men kommunernas frihet att själva utforma insatser som tillgodoser biståndsbehovet i enlighet med detta begrepp har ökat. Lagändringen kan ses som en anpassning och sanktionering av rådande praxis vad gäller biståndsbedömning som utvecklats i kommunerna under 1990-talet.

Avgifter och taxesystem

I detta avsnitt granskas de brukarkostnader som är förbundna med nyttjande av service i kommunerna. Vi skall särskilja två motiv för användandet av avgifter. För det *första* kan kommunen se avgifter *som finansieringskälla* för verksamheten. Höjda avgifter motiveras i så fall av en önskan om ökade intäkter. För det *andra* kan avgifter användas *som ransoneringsinstrument*. Höjda avgifter används då för att minska efterfrågetrycket och tänks i princip tränga undan individer med låg betalningsvilja.

För att motverka att betalningssvaga grupper stöts ut *inkomstrelaterat* många kommuner sina taxesystem. De med lägre inkomster skall betala mindre. Även en inkomstrelaterad motivering ibland av finansieringsskäl. De med högre inkomst kan och skall därför betala mer. Vidare varierar avgifternas *knytning till insatsens storlek* – från helt rörliga timtaxor över insatsrelaterade nivåtaxor till avgifter vilka i sin ytterlighet är helt insatsberoende. I det senare fallet existerar en abonnemangskonstruktion. Allmänt gäller att individer med mindre behov (enbart servicebehov) missgynnas inom fasta intervall, när sådana existerar. Låg grad av differentiering kan fungera så att individer med låga behov förmås att avstå från service.

⁴⁷ I den reviderade socialtjänstlagen regleras fortfarande rätten till bistånd i §6. Biståndsbegreppet har emellertid delats upp i två delar; försörjningsstöd §6a och annat bistånd §6b-f. Annat bistånd för äldre och funktionshindrade preciseras i §6f.

⁴⁸ Proposition 1996/97:124

I taxesystemet kan kommunen bygga in ett högre eller lägre *förbehållsbelopp*. Ett lågt förbehållsbelopp fungerar också som ett ransoneringsinstrument. Existensen av förbehållsbelopp komplicerar avgiftspolitik. Enhetstaxor motiveras ofta traditionellt med sin administrativa enkelhet. I och med att en jämkning mot förbehållsbeloppet i princip alltid måste ske (om än inte i praktiken alltid görs) kan man inte komma förbi en individualiserad handläggning av hemtjänstären⁴⁹. Utöver detta sätter förbehållsbeloppet ett effektivt tak för taxeuttaget.

Man bör hålla i minnet att en ransonering inte enbart går via att mottagaren av service inte anser sig ha råd. Den kan också (vid låga förbehållsbelopp) ske genom att en anhörig (ofta kvinnor med låg pension) får en bekymmersam ekonomisk situation till följd av att den enas (makens) bidrag till hushållsekonomin sänks från en förhållandevis hög pension till förbehållsbeloppet. Också barn kan vara motsträviga om avgifterna är höga. Eller som en biståndsbedömare uttryckte sig: "När barn ringer hit är de ibland obehagligt handgripliga när det gäller föräldrarnas pengar. Man ser kanske sitt arv ätas upp av de kommunala avgiftssystemen". Ransoneringen tar en slags indirekt form där det blir den anhöriges ekonomiska situation som garderas. Man bör vidare hålla i minnet att kommunerna 1993 erhöll betydligt friare tyglar vad avser taxepolitik för service, vård och omsorg. De grundläggande reglerna återfinns idag i SoL § 35. Avgifterna skall vara skäliga, vilket i praktiken innebär att de inte får överstiga kommunens självkostnad. Det åligger också kommunerna att se till att den enskilde förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Avregleringen har lett till att taxesystemen idag varierar kraftigt mellan svenska kommuner⁵⁰.

I tablå 3 presenteras en schematisering över studiekommunernas taxesystem, varvid skillnader i användning av (1) inkomstrelaterade avgifter eller enhetsavgifter och (2) differentieringsgrad (timavgift, insatsavgift eller abonnemangsavgift), framgår. I de fall avgiftsförändringar skett mellan 1994-96 anges detta särskilt i tablå. Kommunerna klassificeras också med utgångspunkt i huruvida

⁴⁹ I Socialstyrelsens studie *Äldrehushåll under socialbidragsnormen (1998b)* visas att av det totala antalet hushåll, med minst en person över 66 år, låg 14-16% under socialbidragsnorm när hyran är betald.

⁵⁰ Se Svenska Kommunförbundet (1997b) och Socialstyrelsen (1998a)

uttagsnivån inom hemtjänsten kan betraktas som hög, medelhög eller låg i ett nationellt perspektiv. Låg innebär att kommunens uttagsnivå understiger genomsnittet i riket, medelhög att kommunens uttagsnivå är genomsnittlig i ett nationellt perspektiv, hög att kommunens uttagsnivå väsentligen överstiger uttagsnivån i landet som helhet. I sammanvägningen har hänsyn tagits till avgifternas storlek, progressiviteten i de fall taxorna är inkomstrelaterade samt nivån på förbehållsbeloppet⁵¹.

Tablå 3: Kommunernas taxekonstruktioner 1994-96 och uttagsnivå 1996.

Omstrukturerings-kommuner	Taxekonstruktion	Uttagsnivå
Hagfors	insatsrelaterad enhetstaxa (fyra nivåer), från 1996 separat servicetaxa (enhetlig timtaxa)	Medelhög
Gävle	inkomstrelaterad abonnemangstaxa och separat servicetaxa för insatser under fyra timmar i månaden (enhetlig timtaxa), ny taxa 1997	Medelhög
Gislaved	insats- och inkomstrelaterad taxa (tre nivåer), från 1996 en ökning till fyra nivåer och höjd progressivitet	Låg
Helsingborg	inkomstrelaterad abonnemangstaxa, ny taxa 1/10 1996 (servicetaxa)	Låg
<i>Referenskommuner</i>		
Kristianstad	insats- och inkomstrelaterad taxa (tre nivåer), under 1994 inkomstrelaterad timtaxa, från 1995 insats- och inkomstrelaterad taxa (åtta nivåer) och höjd progressivitet	Låg
Sunne	insats- och inkomstrelaterad taxa (tre nivåer)	Hög
Lund	insats- och inkomstrelaterad taxa (timmar), från 1995 en inkomstrelaterad abonnemangstaxa	Låg
Ludvika	insats- och inkomstrelaterad taxa (tre nivåer)	Låg

Av schematiseringen framgår att den traditionalism som karaktäriserar referenskommunerna i organiseringen av hemtjänsten i viss utsträckning även återspeglas i taxesystemen. I *Sunne* och *Ludvika* finns en konstruktion (den av Svenska Kommunförbundet rekommenderade)

⁵¹ För klassificeringen har Svenska kommunförbundet (1997b) samt Socialstyrelsen (1998a) använts.

som många kommuner tidigare haft, men nu lämnat. Dessa två kommuner har med andra ord inte nyttjat möjligheterna till en friare avgiftssättning i samma utsträckning som i omstruktureringskommunerna.

I *omstruktureringskommunerna* ser vi ett bruk av särskild servicetaxa (Hagfors, Gävle och Helsingborg), vilken tillämpas hand i hand med att servicebrukare trängs undan i biståndsbedömningen och serviceutbudet minskas. Låt oss se närmare på detta mönster. Den stora nedgången bland servicemottagarna i *Gävle* har skett planerat och i etapper. Redan 1993 togs ett beslut om att alla hemtjänstinsatser skulle bedömas som biståndsärenden enligt SoL §6. Den ökade restriktiviteten i biståndsbedömningen ledde omedelbart till en kraftig minskning av antalet hemtjänstmottagare. Året efter infördes en delad service- och omsorgstaxa. Servicetaxan tillämpades upp till fyra timmar i månaden, vilket kan tolkas som en följd av de nya riktlinjerna. När man upphörde med att bevilja enbart städinsatser som bistånd 1996 kom nästa stora minskning. Sedan 1996 beviljas inte serviceinsatser utan att det föreligger ett omvårdnadsbehov. Den nya integrerade omvårdnadstaxa som infördes 1997 kan även den ses som en anpassning till rådande riktlinjer vad beträffar biståndsbedömning i kommunen.

Utvecklingen i såväl *Hagfors* som *Helsingborg* följer samma mönster. I *Hagfors* ser man på införandet av servicetaxan som en medveten politik att tränga ut servicebrukarna för att få resurser över att satsa på individer med större behov. En taxa på 150 kronor per timme har dock visat sig vara för billig, hävdas det. Alltför många efterfrågar fortfarande serviceinsatser. Vad vi ser i nämnda kommuner är etablerandet av ett mönster, där biståndsbedömningen är det primära medlet och taxesättningen snarast följer som förstärkning och anpassning i omstruktureringsprocessen. I *Gislaved* har till och med det första steget (biståndsbedömningen) uppenbarligen varit ett mycket verksamt sorteringsinstrument. Endast en ringa del av efterfrågestyrningen har lagts på taxepolitiken. Man har höjt och inrättat ytterligare insatsnivåer i taxesystemet, men detta motiveras utifrån finansieringsskäl. I en nationell jämförelse förefaller också avgiftsnivåerna inom äldreomsorgen i *Gislaved* vara måttliga under perioden 1994-96.

Hur argumenterar och handlar våra *referenskommuner* i taxefrågan? I Kristianstad och Lund finns en likhet i att det betonas att man inte vill tränga undan servicebrukare. Båda kommunerna fick 1994 socialdemokratiskt styre. I *Kristianstad* återinfördes en insats- och inkomstrelaterad taxa, med åtta insatsnivåer och höjd progressivitet (16 inkomstintervall). Man motiverar detta bl a med att timtaxan inte gav förväntade intäktsökningar, samt att man önskade en mer omfördelningsrättvis ordning igen. Man betonar också personalpolitiken – om hemtjänsten minskar i omfattning måste man reducera personalen. Under perioden har dock taxorna höjts kontinuerligt, till följd av finansieringsproblem. *Lund* för en liknade argumentation. Man värnar ett solidaritetstänkande men hänvisar också till administrativ enkelhet när man övergick till abonnemangskonstruktionen. Omsorgsfacklig praktik har ett starkt gehör hos socialdemokratiska politiker. Omvänt visar borgerliga kommuner upp en bild där man baserar argument i brukar- och skattebetalarintresset. Med den nya konstruktionen flyttades makten till biståndsbedömarna vilket det fanns kritik mot i kommunen. Kritikerna uttryckte missnöje med att "bundenheten till tiden försvann". Man menar också att det skedde "ganska ensidigt och ganska enväldigt" och att "förtroendet och känslan för hemtjänsten försvagades".

Ludvika karaktäriseras av att taxepolitik inte använts som medel (varken i finansierings- eller i undanträngningssyfte). Man vill medvetet inte tränga undan servicebrukarna och man har uppfattningen att det som finns att tjäna på att höja avgifterna på servicen i relation till hemtjänstens kostnader totalt är försumbart. I *Sunne* skiljer sig bilden något från övriga referenskommuner. Här möter vi en hög uttagsnivå. Trots detta är servicebrukarna i stor utsträckning kvar. Detta antyder två ting, för det *första* att taxesättning inte alltid är ett verksamt medel i undanträngningsprocessen. I *Sunne* har avgiftshöjningar alltid resulterat i att vissa avsäger sig hemtjänst men de kommer tillbaka relativt omgående. Erfarenheter från andra kommuner stärker uppfattningen att detta särskilt tycks vara fallet när höga uttag, som i *Sunne*, är inkomstrelaterade. Vi vill här återknyta till den möjliga svaghet som ligger i metoden att klassificera individer som servicebrukare genom att se på timtilldelning. Möjligheten finns att det bland brukare med ett litet antal hjälptimmar också återfinns individer med omvårdnadsbehov och som är mindre priskänsliga. För det *andra* betonar man ändå i *Sunne*

vardagsomsorgens betydelse, d v s kvalitativa delar inom äldreomsorgen (och i servicen). Det tycks alltså som om brukare också är villiga att betala för kvalitet och att det höga uttagstrycket indikerar högre kvalitet än i många andra kommuner.

Låt oss ge några avslutande reflektioner över referenskommunerna. I högre utsträckning ser man taxorna som en finansieringskälla snarare än som medel i en undanträngningsstrategi. Dessutom har man fortfarande konstruktioner som är insats- eller abonnemangsrelaterade. I teorin innehåller sådan konstruktioner sk 0-taxeintervall. Med detta avses att man som brukare inte betalar mer inom intervallet även om man får mer. Kanske ger detta upphov till en högre serviceanvändning (överutnyttjande) i referenskommunerna.

Sammanfattning

I vår mål- / medelanalys har vi kunnat konstatera att undanträngningen av servicebrukare ur hemtjänsten i *omstruktureringskommunerna* skett i ett komplext samspel mellan utbuds- och efterfrågepåverkande medel. Formerna för undanträngning är också olika. Vissa äldre *utvisas*. Det rör sig om servicebrukare som *tidigare haft hemtjänst, men inte längre erhåller några hjälpinsatser. I samma stund avvisas nya hjälptagare med motsvarande behov. I många fall hänvisas behov från den kommunala hemtjänsten till anhöriga eller marknaden. Genom att en strikt biståndsbedömning tillämpas i samtliga kommuner har behov hänvisats i varierande utsträckning i såväl omstrukturerings- som referenskommuner, men åtminstone fram till 1996, mest markerat i den förra kommungruppen. I andra fall väljer de äldre att försöka tillgodose behovet själv. Man väljer att avstå.*

Vad beträffar medelsanvändningen tycks en strikt biståndsbedömning vara det mest verksamma i undanträngningen av servicebrukare. Ibland kombineras denna strategi med höjda avgifter och / eller som i flera av omstruktureringskommunerna med införandet av separata servicetaxor, vilka utåt manifesterar kommunens policy och fungerar som en första sorteringsmekanism. Att enbart använda sig av avgiftshöjningar som undanträngningsstrategi förefaller mindre verksamt. När det gäller utbudsminskningar (definitiv utestängning) tycks det snarast som om

dessa tillgrips först när de legitimerats av den undanträngning som ägt rum till följd av en striktare biståndsbedömning eventuellt i kombination med höjda avgifter och / eller införandet av separata servicetaxor. Vad vi ser i omstruktureringskommunerna är således etablerandet av ett mönster, där biståndsbedömningen är det primära medlet och avgiftssättningen snarast följer som förstärkning och anpassning i ut-, av- och hänvisningsprocessen.

Avgifternas förstärkande funktion är synlig i kommunerna genom att många väljer (tvingas) att avstå till följd av att avgifternas storlek upplevs (är) för höga. Bland äldre med låga inkomster finns vissa belägg för att mer än var tionde avstår av detta skäl⁵². I våra intervjuer framkommer att äldre i viss utsträckning väljer att avstå. I flertalet kommuner medges att behov kan ha trängts undan. I Hagfors menar man exempelvis att det händer att äldre avstår från beviljade bistånd av kostnadsskäl. Detta gäller även vård- och omvårdnadsbehövande. I flera av kommunerna med taxesytem där progressiviteten är hög menar man att det framförallt är äldre med goda inkomster som väljer att avstå. Detta framställs inte som något allvarligt problem. De som har goda inkomster vill ha billig service för att det är praktiskt, medan de med mindre inkomster talar om behovet av hjälp. Att avstå från att ansöka kan emellertid också bero på att man diskvalificerar sig själv eller blivit informellt avvisad. I Gävle menar man att många avslag sker informellt genom att den biståndssökande avstår från att ansöka efter att ha blivit upplyst om vad som gäller.

Del III – Utvidgade kommunala ansvarsområden och lokala skillnader

Utöver ekonomiska och demografiska effekter har kommunerna under 1990-talet påverkats av *att nya grupper och behov* i ökad omfattning kommit att bli ett kommunalt ansvar. Detta leder till en prioriteringsproblematik, som många gånger inte är uttalad, men som påverkat utvecklingen inom äldreomsorgen eller andra delar av den kommunala sociala sektorn. Vidare varierar lösningarna lokalt till följd av att kommunernas *förutsättningar* skiljer sig åt på olika plan

⁵² Socialstyrelsen (1997e)

Institutionella förändringar

Den utvidgning av kommunernas ansvarsområden som varit mest genomgripande var genomförandet av *Ädelreformen* 1992. Med *Ädelreformen* fick kommunerna ett enhetligt ansvar för den långvariga servicen, vården och omsorgen för äldre och handikappade. Reformen innebar att kommunerna övertog delar av det verksamhetsansvar som tidigare låg på landstingen. I praktiken innebar det nya huvudmannaskapet att man övertog driften av lokala sjukhem och vissa andra institutionsplatser och i vissa fall, efter överenskommelse med landstingen, även hemsjukvården i ordinärt boende. Kommunerna fick i och med reformen även betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska långtids- och akutsjukvården samt geriatriken. Reformen syftade bl a till att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande inom äldre- och handikappomsorgen⁵³. I linje med dessa intentioner har även andra förändringar genomförts efter *Ädelreformen*. Under 1994-95 följdes *Ädelreformen* av ytterligare två viktiga reformer som på olika sätt kan ha påverkat förutsättningarna för och utfallet av kommunernas äldre- och handikappomsorg. Det handlar dels om *handikappreformen* som omfattade *lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade* (LSS) och *lagen om assistansersättning* (LASS) samt *psykiatrireformen* (PsykÄdel).

Ädelreformen bedöms generellt i kommunerna vara en bra reform. Ur ett ekonomiskt perspektiv föreföll reformen initialt fördelaktig, men på sikt har den visat sig bli kostsam i kommunerna. Sjukhemmen har, trots de statsbidrag som utgick för ändamålet under de första åren, krävt stora resurser för modernisering och antalet vårdkrävande äldre (med demensproblem) har kommit att öka mer än förväntat. Kommunerna uppfattar att strukturomvandlingar inom landstingen gått ut över kommunerna. Färdigbehandlade patienter skrivs ut tidigare, och det har blivit svårare att flytta över vårdbehov till landstingen. Vi ser både *generella och specifika kostnadsökningar* i kommunerna över tid. Det sätt på vilket man kommit och kunnat hantera de nya förhållandena varierar emellertid mellan de undersökta kommunerna. Det har blivit mer kostsamt för vissa av dem än för andra.

⁵³ Socialstyrelsen (1996d)

Låt oss illustrera problemen med två ytterlighetsexempel bland våra kommuner nämligen Gislaved och Ludvika. I *Gislaved* har Ädelreformen medfört påtagliga problem. En *första* fördyring uppkom till följd av att man inte hade ledig kapacitet i institutionsboende samt växlade över ett ringa antal konvalecentplatser. Eftersom kommunens platser inte räckte till har man för att kunna ta hem medicinskt färdigbehandlade patienter tvingats köpa platser på ett privat sjukhem. Detta ansågs ha blivit mycket dyrt för kommunen. Av denna anledning har man, liksom andra kommuner, satsat på någon form av "mellanstationslösning" för rehabilitering och utredning av framtida vård- och omsorgsinsatser. Lösningen i Gislaved blev att bygga ut antalet boendeplatser för gruppvård i servicehus i stor omfattning (se tabell 2). Man har vidare fortsatt att satsa på sin tradition av särskilt boende under 1990-talet. Nya vård-bostäder har tillkommit, samtidigt som man satsat stora resurser på ombyggnation och modernisering av redan befintliga boenden. Totalt har emellertid inte antalet platser inom det särskilda boendet ökat i någon större omfattning. Det ökande antalet platser till följd av nybyggnation tas ut av den minskning av platser (utglesning) som skett i samband med moderniseringen av redan befintliga boenden. En *andra* kostnadskrävande omständighet i Gislaved har varit att hemsjukvården inte övergått i kommunal regi. Effekten har blivit att den kommunala hemtjänsten "tvingas" att ta ansvar för denna del inom äldrevården i större omfattning än man tänkt sig. Även till följd av detta har högre kostnader än förväntat uppkommit. I Gislaved hävdas att man tvingats att bedriva sjukvård inom hemtjänsten som egentligen faller på landstingets ansvar. Att landstinget inte vårdar svårt sjuka i hemmet med hänvisning till bristande resurser anses oacceptabelt. Kommunala sjukvårdinsatser har även tagit över inom det särskilda boendet och totalt sett har omsorgen blivit eftersatt. Politikerna har valt att i första hand prioritera vårdinsatser. I sin yttersta konsekvens har detta inneburit att äldre med höga vårdbehov tvingats bo kvar allt längre hemma. Detta har omvandlat hemtjänsten mot större vårdtyngd.

Bilden i *Ludvika* är den motsatta (om vi drar skillnaderna i våra undersökningskommuner till sin spets). I Ludvika har man i likhet med övriga kommuner satsat stora resurser på att bygga om och modernisera ålderdomshemmen och de sjukhem man övertog från landstinget i samband med Ädelreformen. Här har man emellertid parallellt byggt ut

hemtjänsten för att tillgodose kvarboende i det egna hemmet så långt det är möjligt. Satsningen har varit medveten med syftet att försäkra sig om att kunna möta större behov längre fram. I Ludvika har man haft ett gynnsamt ekonomiskt läge, vilket möjliggjort denna satsning. I samband med Ädelväxlingen tog man över ett stort antal sjukhemsplatser. Man anser från kommunens sida att man gjorde en förmånlig uppgörelse med landstinget, men man menar också att skatteväxlingen blev bra tack vare att man tog tillvara de platser man övertog. "Ädelreformen har skapat förutsättningar för att vi skall kunna behålla en bra äldreomsorg i vår kommun". Beträffande hemsjukvården övertogs den i Ludvika av kommunen. Vid intervjuerna i Ludvika framställs hemsjukvården inte som problematisk i samma utsträckning som i Gislaved. Detta antyder att den inte drar lika mycket resurser och sker mer friktionsfritt än i Gislaved.

Inte bara i de beskrivna kommunerna utan också i de övriga utkristalliseras två specifika faktorer av betydelse för kostnadsutvecklingen och med, i förlängningen, effekter för hemtjänsten. Det beror för det första på det *relativa antalet sjukhemsplatser som växlades över*. Ju fler desto gynnsammare. Övertagandet av sjukhemsplatser är ekonomiskt fördelaktigt av två skäl. Dels fick kommunen konvalecentplatser. Detta underlättar möjligheten att "ta hem" sina färdigbehandlade äldre, samtidigt som vårdkrävande individer kunde tas om hand i den vårdform som är mest ekonomisk fördelaktig, d v s i särskilt boende och inte i hemtjänst⁵⁴. Dels kunde man höja avgifterna på de inväxlade sjukhemmen, vilket medförde en ökad självfinansieringsgrad jämfört med på landstingstiden. Till detta kan också läggas att kommunerna fick del av landstingens administrativa resurser utan att dessa behövde utnyttjas för administration. Det tycks alltså, vilket också klart uttalades i bl a Sunne, ha funnits utrymme för expansionen inom ramen för den redan existerande kommunala administrationen. En reservation är på sin plats till det generella resonemanget. Det har också betydelse i vilket skick de övertagna institutionsplatserna var. Var de i dåligt skick motverkas de positiva effekterna. De kan kanske till och med uppvägas helt. I Gävle förekom kritik då sjukhemmen visade sig

⁵⁴ Kommunens kostnader för omsorgstagare med stora vårdbehov skiljer sig åt i olika boendeformer. Det är betydligt dyrare att ta hand om vårdkrävande omsorgstagare inom hemtjänsten. Se exempelvis Svenska Kommunförbundet (1997c)

medföra stora kostnader vid renoveringen. Mot bakgrund av detta resonemang vill vi dra en försiktig slutsats. Det förefaller som om man i referenskommunerna i högre utsträckning kunnat undvika att trycket på hemtjänsten ökat i samma omfattning som i omstruktureringskommunerna genom att vårdkrävande individer tagits om hand inom ett ekonomiskt fördelaktigt vårdboende. I så fall kan det också vara en förklaring till varför servicen i högre utsträckning behållits intakt i dessa kommuner.

För det *andra* tycks kostnadsutvecklingen till följd av Ädelreformen blivit bättre i de kommuner där *hemsjukvården växlad* över. I de fall hemsjukvården inte övertogs har kommunen tvingats köpa eller utföra vårdinsatser som man inte får betalt för, vilket var en tydlig erfarenhet i Gislaved. Utöver detta vill vi peka på ett mer hypotetiskt samband. I de kommuner som tar över hemsjukvård expanderar hemtjänsten som egen organisation. På kort men framför allt lite längre sikt medför båda lösningarna att professionsgränsen mellan vård- och omsorgsdel i hemtjänsten suddas ut. På längre sikt sker detta främst genom att omsorgspersonalen ges undersköterskekompetens. *Men* i det korta perspektivet kan processen påskyndas eller fördröjas. En möjlig effekt när vårdkompetensen växlas in är att omvandlingen fördröjs och omsorgspersonalen i större utsträckning kommer att arbeta kvar med traditionella uppgifter – omsorgsdelens ges en möjlighet att värnas. I det *motsatta* fallet när hemsjukvården inte växlas, tvingas omsorgspersonalen i större utsträckning att arbeta med nya vårdande uppgifter och kompetensuppgraderingen påskyndas – omsorgsdelens (servicen) prioriteras ned.

I tablå 1 anges vilka av våra undersökningskommuner som tagit över ansvaret för hemsjukvården. Vi ser inte någon entydig bild i den riktning vi här skisserar. På riksnivå föreligger dock ett svagt positivt samband. Låt oss närgranska de kommuner som har växlat och således, utifrån vårt resonemang ovan, ges vissa förutsättningar att konsolidera hemtjänsten.

Det rör sig här om omstruktureringskommunerna Hagfors och Helsingborg samt alla referenskommuner utom Kristianstad (som växlade över 1998). Vi tycker oss se att växlingen är ett nödvändigt men

inte tillräckligt villkor för att omsorgsdelen skall värnas. En redan befintlig och dominerande *omsorgskultur* i kommunen är nödvändig för att övertagandet av hemsjukvården inte skall leda till att en *vårdkultur* etableras. I samtliga referenskommuner (Kristianstad undantaget) förelåg båda dessa förutsättningar (växling i kombination med omsorgskultur). Däremot fanns inte någon dominerande omsorgskultur i Hagfors. Här var redan en viss vårdkultur etablerad vid växlingen – biståndsbedömarna var i stor utsträckning vårdutbildade (under- och sjuksköterskor).

Vad beträffar *handikapp- och psykiatrireformerna* inträffade dessa vid en tidpunkt där kommunernas ekonomiska situation generellt var mer ansträngd. Reformerna visade sig även tydliggöra ett mer svårbemästrat kompetensproblem än vad som var fallet vid Ädelreformens genomförande. Den snabba avinstitutionaliseringen i samband med *PsykÄdel* innebar problem både för kommunen och den enskilde. Kostnadsväxlingen uppfattas generellt som dålig i undersökningskommunerna. Det föreligger en gråzon som består i att man inte har grepp om hur stor gruppen är och hur stora behov individerna har. Detta drog landstingen fördel av, menar man unisont från kommunhåll. Kompetensproblemet beskrivs i flera kommuner som att "personalen saknar både vilja och kompetens att arbeta med denna grupp". Bristande kompetens avser både omsorgspersonalens praktiska erfarenheter och kunskaper kring metoder samt biståndsbedömarnas förmåga att göra bedömningar av denna grupps behov. Det råder även samstämmighet i kommunernas beskrivning av de ökade kostnaderna. Kostnaderna går ut över äldreomsorgen generellt sett, men också specifikt. I kombination med Ädel-reformen innebar *PsykÄdel* att tre kategorier nu kom att konkurrera om platser i särskilt boende. Detta är naturligtvis ett skäl till att äldreomsorgens traditionella hjälptagare i en högre utsträckning skjuts över mot hemtjänsten. *Handikappreformen* å andra sidan har inte några specifika effekter på äldreomsorgens sammansättning och inriktning. Här rör det sig enbart om ett generellt ökat kostnadsstryck på äldreomsorgen genom att reformen visat sig vara underfinansierad⁵⁵. Vidare, genom att LSS har en högre legal status (rättighetslag) än äldreomsorgen har den prioriteringsföreträde. Effekterna omvittnas i

⁵⁵ Att kostnadsstrycket till följd av *handikappreformen* generellt ökat beror bl a på att det genomsnittliga antalet beviljade assistanstimmar blev betydligt större än beräknat. Socialstyrelsen (1996d)

kommunerna. I Hagfors rör det sig, både absolut och relativt, om ansevliga belopp. Av ett totalt underskott på 9 miljoner kronor för omsorgerna 1997 svarade LSS för 6 miljoner kronor. I Sunne, förutsätter kommunfullmäktige när det gäller de nya ansvarsområdena, att dessa tillgodoses inom den budgetram som redan existerar för omsorgen. Äldreomsorgens svaga rättighetsförankring ses som ett problem på förvaltningen och nedskärningar kan härledas till denna omständighet. Avslutningsvis menar man även i Kristianstad att LSS-lagstiftningen, som naturligtvis är ett lyft för den enskilde, har medfört samhälls-ekonomiska konsekvenser som gått ut över andra grupper. I och med att reformen genomfördes utan att kommun fått full kostnadstäckning har resultatet blivit att "ett mindre antal människor tar en allt större bit av det gemensamma utrymmet". I Kristianstad saknas idag pengar för LSS och resurser måste tas inom ramen för annan verksamhet.

Ett struktur- och aktörsperspektiv

I föregående avsnitt analyserade vi effekterna av tre reformer (Ädel, PsykÄdel och Handikappreformen) med avseende på den betydelse de haft i att påverka omstruktureringsförloppen inom hemtjänsten. I samband med växlingen av hemsjukvården pekade vi ut betydelsefulla aktörer i förloppet i form av starka företrädare för en *omsorgskultur*. Vad avser biståndsbedömningens roll såg vi tidigare betydelsen av inslag av *professionalisering* i de kommuner den aktivt användes som undanträngningsstrategi. Vad vi ser är att man inte kan få helhetsförklaringar enbart med hjälp av mål- /medelanalyser och ekonomiska konsekvenser av institutionella förändringar. De strukturella förutsättningarna formuleras och hanteras av olika aktörer, varvid med- och mothandlingar tar form. Vad vi menar är alltså att strukturella omständigheter inte i sig *måste* leda till ett givet utfall. Innan vi går vidare vill vi avslutningsvis peka på ytterligare en betydelsefull aktörsdimension. Vi ser i kommunerna skillnader i vem som har det övergripande ansvaret för utvecklingen inom äldreomsorgen i stort. Man kan grovt sett skilja mellan ett förvaltningsansvar respektive ett politikeransvar. Förhåller det sig så att kommunens starka politiker har intresse i andra frågor (som i Gävle) kan man skönja att prioriteringsnivån läggs på ett övergripande plan. Äldreomsorg ställs mot övrig verksamhet (där Gävle förefaller ha prioriterat skola, barnomsorg, kultur

och fritid)⁵⁶. Vidare, i kommuner där ett starkt förvaltningsansvar sammanfaller med att ledningskompetensen är administrativt / ekonomiskt formulerad snarare än grundad i omsorgsprofessioner (exempelvis Gävle och Helsingborg), kommer motkrafterna mot undanträngningen av servicebrukare att vara svaga. Detta är ett exempel på hur utfallet av strukturella faktorer påverkas av aktörerna i ett ytterligare sammanhang. Ett exempel på det omvända återfinns i Sunne där tunga politiker traditionellt engagerat sig i omsorgsfrågorna och i fullmäktige fått gehör för att resurser ställs till förfogande samtidigt som förvaltningen har en ledning med omsorgsbakgrund. I denna miljö betonas servicens betydelse.

Sammanfattning

De institutionella förändringarna under 1990-talet har i varierande utsträckning påverkat studiekommunerna. Även om kommunerna allmänt bedömde Ädelreformen som en bra reform medförde den över tid såväl generella som mer specifika kostnadsökningar. Ädel-reformen genererade ett ökat behov av konvalecentplatser och det framstår i våra studie-kommuner, att ledig kapacitet inom det särskilda boendet varit en betydelsefull faktor för att kunna hålla kostnadsökningarna nere generellt. Ett relativt stort antal institutionsplatser har en positiv effekt både genom att man inte tvingats till köp av vårdtygn externt och att man inte i samma utsträckning behövt att ta om hand vårdkrävande äldre inom hemtjänsten, som är en dyrare omsorgsform vid stora behov. En specifik skillnad vad beträffar kommunernas tillgång på institutionsplatser ligger i det relativa antalet sjukhemsplatser som växlades över. Relativt många platser helst med god standard sänker kommunens kostnader. Kostnaderna för hemsjukvården har också stigit generellt men kostnadsökningen verkar ha blivit mindre i de kommuner som växlat över den från landstinget.

Även vad beträffar konsekvenserna av psykiatri- och handikapp-reformerna går kostnaderna ut över äldreomsorgen generellt sett, men

⁵⁶ Av socialtjänstens totala nettokostnadsökning mellan 1995-1996 i Gävle svarade omsorgen för äldre och funktionshindrade för 17% och barnomsorgen för 71% av ökningen. I Sunne var motsvarande siffror i det närmaste omvända; äldre-och handikappomsorgens andel av den totala ökningen var 81% av medan barnomsorgens andel var 16%. Beräknat utifrån statistik från Socialstyrelsen databas, Jämförelsetal för socialtjänsten.

också specifikt. PsykÄdelrefomen innebar att konkurrensen om institutionsplatser skärptes ytterligare och detta är naturligtvis ett skäl till att äldreomsorgens traditionella hjälptagare nu i (ännu) högre utsträckning skjuts över mot hemtjänsten i de kommuner där bristen på platser inom det särskilda boendet redan sedan tidigare var stor. Undanträngningen av servicebrukarna kan ses som en logisk följd av de finansiella merkostnader som lagts på kommunerna där den yttersta konsekvensen är att servicebrukarna och det förebyggande arbetet inom hemtjänsten prioriterats bort.

Bland *omstruktureringskommunerna* har, som vi tolkar det, flera kommuner haft sämre förutsättningar att undvika stora kostnadsökningar till följd av reformerna samtidigt som det är lika uppenbart att flertalet *referenskommuner* haft relativt gynnsammare förutsättningar att motverka kostnadstrycket. Emellertid är det viktigt att komma ihåg att strukturella omständigheter inte i sig *måste* leda till ett givet utfall. De institutionellt genererade trycken formuleras och hanteras av aktörer, varvid med- och mothandlingar tar form som kan leda till olikheter i utfall. Undanträngningen av servicebrukare kan därmed inte förklaras helt genom vare sig mål- / medelanalys eller som ekonomiska konsekvenser av institutionell förändring.

Del IV – Konsekvenser på samhällsplanet samt framtidstrender

Prioriteringen av omvårdnadsbehov: En omtvistad strategi.

Prioriteringen av vård och omsorg på bekostnad av service inom hemtjänsten för att få de kommunala resurserna att räcka till är en omtvistad strategi. Enligt vissa bedömare⁵⁷ kan servicen, de praktiska såväl som de psyko-socialt motiverade insatserna (vardagsomsorgen), ha en *förebyggande* effekt vad gäller de äldres hälsa och livskvalitet. Med förebyggande arbete avses insatser som inte primärt syftar till att öka människors livslängd utan snarare tar sikte på att bevara, stärka och utveckla en hög fysisk, psykisk och social funktionsnivå⁵⁸. Om före-

⁵⁷ Se t ex Socialstyrelsen (1996a)

⁵⁸ Hendriksen (1989)

byggande effekter föreligger som påverkar de äldres framtida behov av personlig omvårdnad och sjukvård kan en kraftigt minskad tillgång på serviceinsatser i sin förlängning öka de framtida omsorgskostnaderna. Att serviceinsatser och ett aktivt *uppsökande* arbete för att fånga upp behov kan förebygga fysisk och psykisk ohälsa samt upprätthålla den sociala funktionsförmågan bland de äldre är dokumenterat⁵⁹. I vilken utsträckning de framtida omsorgskostnaderna minskar är emellertid mer osäkert. Det föreligger olika bedömningar om hur det framtida vårdbehovet och således de framtida omsorgskostnaderna påverkas av förebyggande insatser. Huruvida vårdbehoven bara skjuts på framtiden, verkligen minskar eller tvärtom ökar är emellertid en empirisk fråga⁶⁰.

En annan aspekt är hur kommunernas möjligheter att fånga upp eventuella behov av hjälp bland de äldre påverkas när vård och omvårdnad prioriteras. Socialtjänstlagen ålägger kommunerna ett långtgående ansvar vad gäller att hålla sig välinformerade om människors levnadsförhållanden för att kunna tillgodose eventuella behov av hjälp. Trots att detta i princip förutsätter ett aktivt uppsökande av de äldre i kommunen har detta arbete prioriterats bort i många kommuner⁶¹. Forskning visar emellertid att hemtjänstens lokala förankring och mångfacetterade utbud av insatser (utöver omvårdnad) skapar goda möjligheter till kontakt med och kännedom om många fler äldre än de som registreras i hemhjälpstatistiken⁶². En väl utbyggd social hemhjälp kan alltså genom sina breda kontaktytor fungera som ett *alternativ* till mer formaliserad uppsökande verksamhet. Mot bakgrund av det minskande antalet servicebrukare inom hemtjänsten kan man därför fråga sig om inte kommunernas möjligheter att försäkra sig om att de äldres behov av hjälp tillgodoses har försämrats. Hur har våra kommuner resonerat kring värdet av förebyggande insatser och samspelet med kartläggande uppgifter, dvs vad vet man om äldres hjälpbehov och hur fångar man upp de behov av hjälp som finns?

⁵⁹ I en dansk undersökning som utfördes inom det så kallade Rödovreprojektet i slutet av 1980-talet framstod interventionsbesökens förebyggande effekter för de äldres hälsa som mycket positiva. Se Henriksen (1989)

⁶⁰ Se Socialstyrelsen (1996b) sid 150. De resonemang som förs kring demografiska förändringars påverkan av vårdbehoven är analoga med dessa.

⁶¹ Socialstyrelsen (1996a)

⁶² Sundström (1997b)

I våra undersökningskommuner ser vi idag två skilda synsätt på förebyggande arbete. För det *första* finns vad vi valt att benämna den *traditionella synen*, vilken ser service och omvårdnad inom hemtjänsten som förebyggande. Tanken är att insatserna verkar förebyggande genom att hemtjänsten snabbt kommer in och kan följa utvecklingen av den äldres behov på nära håll. Genom rätt stöd i rätt tid förebyggs den äldres behov av mer omfattande hjälp. Det psyko-sociala välmåendet har ett utrymme i detta synsätt, även om det förefaller ha fått mindre plats under 1990-talet. Skälet förefaller inte vara att kommunerna aktivt prioriterat bort vardagsomsorgen utan detta har blivit en oavsedd effekt av rationalisering och entreprenader inom hemtjänsten. Insatsernas förebyggande värde förekommer emellertid i liten utsträckning som ett uttalat argument i referenskommunerna för en medveten satsning på de små behoven. Det huvudsakliga motivet förefaller istället vara att man betraktar serviceinsatser som en kommunal uppgift. Att anhöriga, föreningar eller privata entreprenörer skulle göra dessa insatser betraktas med olika grad av skepsis i referenskommunerna. Vi menar att den traditionella synen på hemtjänstens förebyggande roll, trots att den inte är artikulerad, i viss mening återfinns i samtliga referenskommuner. Den är så att säga inbyggd i att de tar på sig uppgiften att ge service. I *Sunne* har vi ett konkret exempel på att den förebyggande tanken är inbyggd. Man har behållit såväl matdistribution som trygghetslarm inom hemtjänsten med motiveringen "att det har betydelse vem som utför de olika verksamheterna". I kommunen betraktas den omfattande hemtjänsttäckningen som en fördel då den borgar för en god personkänedom och god vetskap om vem som börjar tackla av. Man hävdar att det inte finns några indikationer på att man missar äldre med behov. I likhet med andra kommuner använder man i *Sunne* den väl utbyggda hemtjänsten som ett argument för att inte bedriva någon aktiv uppsökande verksamhet. I *Lund* är bilden annorlunda. Servicen finns kvar i kommunen men utbudsnivån är låg till följd av hemtjänstens relativt ringa omfattning. Detta innebär att den kartläggande dimensionen är svår att upprätthålla. I *Lund* är man medveten om att detta är fallet. Man tror att det finns äldre som är i behov av bistånd som inte får detta. En grupp som är särskilt svår att nå är de som vårdar anhöriga i hemmet. Här tvingas man ibland att "övertala om att få komma in och hjälpa till med vissa saker". På senare tid har man

beslutat att inrätta en tjänst i varje kommun del för uppsökande verksamhet.

Det *andra* synsättet, som vi valt att benämna den *moderna synen*, återfinns företrädesvis i några av omstruktureringskommunerna. Med en modern syn på det förebyggande arbetet avses den rehabiliteringsideologi som beskrivits tidigare. Denna karaktäriseras av att man försöker hålla det friska vid liv och de äldre utanför omsorgen. I de kommuner som anammat den moderna synen är det slående hur tystnaden kring serviceinsatsernas eventuella förebyggande värde, ersatts av retorik för förändringen. Ideologin knyter an till andra breda tankegångar kring *subsidiaritet* i socialpolitiken och *empowerment* i det praktiska sociala arbetet⁶³. Tankegångarna anknyter i vid mening till de civila strukturernas betydelse för att lösa problem och skapa social integration. I praktiken innebär detta en stark tilltro till att lokalsamhällets (inklusive familjens, grannskapets och frivillighetens) potentiella (sjävläkande) krafter kan och bör frigöras. Vi vill åter poängtera att tanken legitimerar en passiv roll för det offentliga, vars rättighetsgrundade insatser i detta synsätt inte räcker till och vars effekter i värsta fall hämmar att krafter frigörs⁶⁴. I kommuner som företräder en modern syn på förebyggande arbete inom hemtjänsten etableras inte någon motkraft mot att serviceinsatser trängs undan. Den moderna synen företräds både av *Helsingborg* och *Gävle*. Under senare tid är den emellertid under utveckling i fler kommuner. Även i *Kristianstad* är man på väg att lämna det traditionella synsättet. Frågan är om vi befinner oss på ett område där det civila samhället kan och kommer att revitaliseras om det offentliga drar sig tillbaka.

En allmän iakttagelse är att man inte säkert kan säga var man hamnar när det offentliga drar sig tillbaka. Kampen för ett ökat engagemang

⁶³ Subsidiaritetsprincipen i socialpolitiken innebär att man hävdar att sociala problem så långt det är möjligt kan (och skall) lösas utan inblandning från stat eller marknad. Empowerment var i början en tradition där den demokratiska betydelsen av att det fanns folkliga sammanslutningar mellan stat och individ som kunde mediera kollektiva politiska uppfattningar framhölls. Under senare år har empowerment-tanken omvandlats till en metod i socialt arbete. Primärt innebär empowerment i det sociala arbetet "hjälp till självhjälp" snarare än ett aktivt arbete i syfte att stärka klientgrupperns möjligheter till politiskt inflytande. Se Lorentzen (1998)

⁶⁴ Grundtanken är att rättigheter och professionella hjälpare inte kan ersätta människors sociala nätverk vad gäller att skapa social integration och ett meningsfullt liv för individer. Det civila samhället måste revitaliseras. Se Meeuwisse och Sunesson (1998).

bland de civila krafterna (familj, grannskap och frivillighet) blandas ofta med ökad roll också för marknaden. Detta framträder som ett tydligt mönster i Gävle, Helsingborg och på senare tid i Kristianstad. Att minska den offentliga servicen, vilket följer i spåren av den moderna synens genomslag, leder till att man rutinmässigt måste ägna sig åt en mer formaliserad uppsökande verksamhet för att fånga upp behoven bland kommunens äldre. I Gävle har man exempelvis beslutat om att inventera läget bland alla som är 80 år och äldre och ännu inte kända för hemtjänsten. Initiativet har att göra med att man inte vet hur behovsläget ser ut. Förslaget kom från personalen som menar att man inte kan ha det på detta sättet. "Någon slags framförhållning måste man ha". Man uppfattar det så att servicen kan ha en förebyggande effekt vad gäller att bromsa omvårdnadsbehov hos de äldre. Med hjälp av kontakter kan man tipsa om olika verksamheter och man ges en möjlighet att sätta in insatser i tid. Här har skett en stor förändring: "Förr hörde man av sig, så då fick man en kontakt i alla fall. Idag vet de flesta att man skall vända sig till det privata."

Är det då självklart att lämna det traditionella för det moderna? En jämförelse med Danmark ger vid handen att den avinstitutionalisering som ägt rum där, i *motsats* till utvecklingen i Sverige, åtföljts av en *utvidgning* av den öppna omsorgen. Medan man i Danmark lagt stor tonvikt vid *psyko-sociala behov* och *förebyggande* insatser i utbyggnaden av den öppna omsorgen är alltså den moderna trenden i Sverige att minska tillgången på service för stora grupper. De danska kommunerna är i enlighet med bostadsloven förpliktigade att bedriva uppsökande verksamhet. Man kan notera att den lagstiftning man i Danmark har på området i hög utsträckning vilar mot de forskningsresultat som påvisats i det sk Rödovreprojektet. Omsvängningen till förmån för den moderna synen har, förutom att vara professionsledd, också grundats i en till synes oreflekterad uppfattning, inte minst bland politiker och förvaltningschefer, om att mycket resurser kan sparas. I det kommande avsnittet ser vi närmare på detta.

Omstrukturerings kostnadseffekter

De mer långsiktiga kostnadseffekterna av att servicebrukarna trängts ut är en empiriskt hittills obesvarad fråga. Emellertid motiveras

undanträngningen ofta av kortsiktiga kommunfinansiella motiv. Hur stora är besparingarna? Trots att andelen äldre med mindre hjälpbehov på nationell aggregerad nivå fortfarande är i en klar majoritet bland hjälptagarna tar dessa enbart en mindre andel av det totala antalet hemtjänsttimmar i anspråk. 1996 hade 37,5% av mottagarna en hjälpsats på 1-9 timmar i månaden vilket uppskattningsvis endast motsvarade 5% det totala antalet hjälptimmar inom hemtjänsten i riket detta år⁶⁵. Möjligheten att minska kostnaderna eller omfördela resurser till mer hjälpbehövande förefaller begränsade.

I det följande kommer vi att med två enkla räkneexempel skatta de bruttokostnadsbesparingar som undanträngningen av servicebrukare och minskningen av serviceinsatser inneburit i omstruktureringskommunerna mellan 1994 och 1996. I *det första* exemplet koncentrerar vi oss på besparingar relaterade till undanträngningen av servicebrukare. Vi antar att samtliga äldre med 1-9 timmar hjälp per månad är servicebrukare. I kalkylen har andelen 65 år och äldre som mottar hemtjänst hållits konstant mellan 1994 och 1996. Den genomsnittliga hjälptiden har satts till 5 timmar per månad (60 timmar/år) och kostnaden per arbetstimme 136:-⁶⁶. I kostnaden ingår utöver lön och sociala avgifter även tillägg för administration, sammankomster i arbetsgrupper och restid. Timkostnaden förutsätter även att serviceinsatserna görs på normal arbetstid (ej kvällar och helger) och med enkel bemanning. I *det andra* exemplet uppmärksammas att servicetimmar även har minskat för andra hjälptagare. Kalkylen är mycket enkel och utgångspunkten för beräkningen är att samtliga hjälptagare inom hemtjänsten förlorat servicetimmar i samma omfattning. Minskningen av servicetimmar har antagits vara 60 timmar per år. Liksom i det första räkneexemplet har kostnaden per servicetimme satts till 136:-.

⁶⁵ För beräkningssätt se beräkningen av genomsnittlig hjälptid.

⁶⁶ Skillnaden i bruttokostnad har beräknats genom att subtrahera antalet servicebrukare 1996 från antalet servicebrukare 1994. Differensen har justerats för förändring i andelen 65+ i befolkningen 1994 och 1996. För kostnaden per arbetstimme (136:-) har Svenska Kommunförbundets (1997c) beräkning använts. Kalkylen ser i korthet ut på följande vis: (Teoretiskt antal mottagare 1996 om samma andel bland de äldre 65+ som 1994 - faktiskt antal mottagare 1996 · genomsnittlig hjälptid (5timmar) · timkostnad (136:-/timme) · 12 (månader).) Beräkningen har gjorts utifrån socialtjänststatistikens novembermätning. Socialstyrelsen (1995) och (1997a)

Tabell 7: Räkneexempel avseende bruttokostnadsbesparingar genom undanträngningen av servicebrukare (1-9 timmar / månad) 65 år och äldre 1994-1996, bruttokostnadsbesparing genom minskad service totalt 65 år och äldre 1994-1996, total kostnad för äldre och funktionshindrade 1996 samt bruttokostnadsbesparing i procent⁷⁸.

Omstruktureringskommun	Bruttokostnadsbesparing genom undanträngning av servicebrukare	Bruttokostnadsbesparing totalt genom minskade serviceinsatser	Total kostnad för äldre och funktionshindrade	Bruttokostnadsbesparing i procent
Hagfors	1.060.000	4.065.000	189.215.000	2,1%
Gävle	2.370.000	11.460.000	768.133.000	1,5%
Gislaved	960.000	4.590.000	212.385.000	2,2%
Helsingborg	4.470.000	21.750.000	835.995.000	2,6%

Kostnadsberäkningarna i tabellen indikerar att undanträngningen av servicebrukare lett till besparingar. Emellertid är besparingarna blygsamma. Om man istället ser till de beräknade totala bruttokostnadsbesparingarna av minskade serviceinsatser, framgår i tabellen, att dessa ligger på en betydligt högre nivå. De motsvarar dock endast mellan 1,5% (Gävle) och 2,6% (Helsingborg) av den totala kostnaden för äldre och funktionshindrade 1996⁶⁷. Nettokostnadsbesparingarna är sannolikt lägre än de besparingar som indikeras i tabellen då avgiftsandelen av kostnaderna är högre bland de med små jämfört med större vårdbehov. De minskade kostnaderna kan också vara förenade med ökade utgifter. Att minska hemtjänstens omfattning kan, vilket såväl Gävle som Helsingborg redan erfarit, leda till att man måste ägna sig åt en mer formaliserad uppsökande verksamhet för att fånga upp behoven bland kommunens äldre. Hur stora dessa kostnader är vet vi inte, men de finns.

Sammanfattningsvis indikerar våra beräkningar att servicens vara eller inte vara från en samhällsekonomisk utgångspunkt inte kan härledas ur den finansiella nettobesparingen som är ringa. Avgörande blir istället synen på och bedömningen av de offentliga serviceinsatsernas förebyggande värde.

⁶⁷ I syfte att skapa en bild av kostnadsbesparingarnas storlek jämförs i exemplet bruttokostnadsbesparingen mellan 1994 och 1996 med den totala kostnaden för äldre och funktionshindrade under ett år, 1996. Om besparingen hade relaterats till de sammanlagda totala kostnaderna mellan 1994 och 1996 hade besparingen motsvarat en ännu lägre procentandel uppskattningsvis mellan 0,5% och 0,9%

Omstrukturering inom hemtjänsten - en tidsfråga?

I våra undersökningskommuner finns tendenser efter 1996 som tyder på att fler kommuner går in på omstruktureringsvägen och att den fortsätter i kommuner där den påbörjats. Det tycks finnas ett gemensamt mönster.

Tabell 8: Utvecklingen i urvalskommunerna av *antalet* och *andelen* hjälpottagare med hjälp 1-9 timmar respektive 120 timmar eller mer per månad samt genomsnittlig hjälptid per månad 1996 och 1997.⁸⁰

	Fördelning efter hjälptid						Genomsnittlig hjälptid		
	1-9 timmar/månad			120+ timmar/månad			timmar/månad		
<i>Omstrukturerings-</i> <i>kommuner</i>	1996	1997	+/-	1996	1997	+/-	1996	1997	+/-
Hägfors	27,4	26,7	- 0,7	8,1	11,0	+2,9	46	45	- 1
Gävle	18,4	15,2	- 3,2	5,0	4,7	- 0,3	42	42	0
Gislaved	28,5	28,0	+0,5	24,7 ⁸¹	21,0	- 3,7	55	53	- 2
Helsingborg	36,4	28,8	- 7,6	4,4	12,5	+8,1	28	40	+12
<i>Referens-</i> <i>kommuner</i>	1996	1997	+/-	1996	1997	+/-	1996	1997	+/-
Kristianstad	59,1	57,7	- 1,4	1,1	2,0	+0,9	18	21	+3
Sunne	59,3	45,1	-14,2	1,9	2,5	+0,6	26	29	+3
Lund	56,4	52,0	- 4,4	1,4	1,6	+0,2	18	21	+3
Ludvika	37,9	41,1	+ 3,2	3,9	4,6	+0,7	32	32	0
Riket	37,5	36,7	- 0,8	4,5	4,8	+0,3	33,5	34,2	+0,7

Studerar man tabell 8 är förändringen i *Sunne* den mest iögonfallande. Från 1996 till 1997 minskade andelen hjälptagare med 1-9 timmar hjälp i månaden med 14,2 procentenheter vilket indikerar en snabb och omfattande undanträngning av servicebrukare. Den direkta anledningen till förändringen förefaller vara en ökning med 20% av hemtjänsttaxan 1997. I samband med taxehöjningen sänktes även förbehållsbeloppet. Förändringarna i taxan är en medveten strategi för att minska efterfrågan på hemtjänst men man menar i kommunen att den kraftiga minskningen i andelen hemtjänstmottagare i den lägsta nivån är ett tecken på att gränsen är nådd för hur höga avgifter man kan ta ut. Vi har tidigare argumenterat för att taxehöjningar som medel i omstruktureringen generellt förefaller ha en mindre effekt jämfört med förändringar i biståndsbedömningen. Som nämnts föreligger en tendens till att det sker en anpassning till högre taxor genom att servicebrukarna kommer tillbaka efter en tid. Även i *Sunne* där avgifterna höjts successivt under åren känns detta scenario igen och det är möjligt att servicebrukarna kommer tillbaka även denna gång. Emellertid finns det

naturligtvis en smärtgräns även vad beträffar avgifternas storlek och vid höga nivåer, som i Sunne, kan därför taxeförändringar vara ett verksamt medel för att minska efterfrågan på hemtjänst. Generellt bland referenskommunerna finner man även en trend som innebär att serviceinsatser avlösts av omvårdnadsinsatser. Hjälpstagare som enbart har hjälp med personlig omvårdnad finns numera i gruppen med 1-9 timmar i månaden och antalet äldre inom hemtjänsten med ren service minskar. I *Kristianstad* ser man framför sig en utveckling som innebär att de mindre insatserna i större utsträckning kommer att sättas in för att avlösa närstående som gör omsorgsinsatser. "Vi kan visst ge 1-2 timmar i veckan om det handlar om att avlösa någon som gör en jättestor arbetsinsats, men annars tror jag inte vi kommer att vara inne i de sammanhangen". I Lund liksom i *Kristianstad* har gruppen med omvårdnadsinsatser ökat bland hjälptagare med lite hjälp och det framhölls från flera håll att en total förändring av hemtjänsten är att vänta. " Vi kommer framöver vara tvungna att inrikta oss på den vårdande verksamheten och det som är ren service får man försöka lösa på ett billigare och effektivare sätt", "det lilla man gör är helt andra saker än tidigare". Minskningen i Lund med 4,4 procentenheter bland de med lite hemtjänst mellan 1996 och 1997 kan hänga samman med bytet till en inkomstrelaterad abonnemangstaxa 1995. Taxekonstruktionen lägger mer makt hos serviceproducenten vad gäller att utforma innehållet i hemtjänsten. I Lund där styrningen av äldreomsorgen är decentraliserad kan man därmed i tider med besparingskrav tänka sig att dessa tillgodoses i kommundelar och arbetslag genom att serviceinsatser helt enkelt prioriteras ned. Att detta verkligen kan vara fallet bekräftades i våra intervjuer. Ett annat tecken i tiden är att man i flertalet referenskommuner under 1997 och 1998 separerat biståndsbedömning från driftsansvar. Mot bakgrund av de erfarenheter som redovisats tidigare finns skäl att tro att detta kommer att påskynda (eller sätta igång) omstruktureringsprocessen även i dessa kommuner.

En försiktig slutsats blir att det inte är helt klart att vi *långsiktigt* kan tala om en uppdelning i omstrukturerings- respektive referenskommuner. Snarare tycks mönstret vara att samtliga kommuner (möjligen med större eller mindre accent) befinner sig i samma förlopp men i olika lägen. Vi ser det som ett utslag av att strukturella tryck (ekonomi, demografi samt anpassningen till institutionella förändringar) hunnit ifatt

referenskommunerna samt att man etablerar en likriktad syn på hur detta skall hanteras (konvergens). I denna process förstärks den moderna synen av att se den uteblivna servicen i en rehabiliterande sammanhang, där kommunen drar sig tillbaka. Huruvida det politiskt backas upp av en övertygelse eller är en efterhandskonstruktion är en öppen fråga. Att det inte är den självklara vägen indikeras bl a av Danmarksexemplet.

Samtidigt måste man reservera sig mot en helt förutbestämd (deterministisk) konvergerande process. För *det första* återfinns alltid återkopplingar i denna typ av förlopp. Man kan lära av andras misstag. Denna omständighet gör att referenskommunerna kan välja att inte helt följa i omstruktureringskommunernas spår. För *det andra* tycks det vara så, att det finns en skillnad mellan förelöpare och efterföljare i processen att tränga undan servicebrukarna. Medan vi bland de förra möter de *beredvilliga* finns bland de senare de *motvilliga*. I den senare gruppen kan man tänka sig att det kan finnas en större benägenhet till eftertanke och rannsakan som kan komma att omdefiniera processen (även om vi inte kan se detta idag). Den möjliga omdefinieringen som vi ser som starkast, är att en ny och mer positiv syn på det traditionella förebyggande arbetets betydelse tar form.

Sammanfattning och diskussion

Denna rapport som fokuserar undanträngningen av äldreomsorgens servicebrukare bygger på en studie av åtta kommuner. Fyra av dessa – omstruktureringskommunerna – har kommit långt i denna process. De övriga fyra – referenskommunerna – har inte i nämnvärd omfattning genomfört denna typ av förändringar. Det övergripande syftet med studien har varit att dokumentera undanträngningsprocessen och analysera dess effekter. Studiens resultat har tagits fram genom en jämförelse mellan de två kommungrupperna. Den huvudsakliga metoden har varit en intervjustudie där primärdata har samlats in genom kvalitativa intervjuer med centrala aktörer i varje kommun. Intervjumaterialet har kompletterats med kommunernas officiella dokumentation. I analysen används även sekundärdata i form av nationell statistik. En svårighet med den valda metoden ligger i att formulera slutsatser av generell karaktär. Vi menar att både det relativt

stora antalet intervjuer som har genomförts samt det faktum att intervjupersonerna representerar ett brett urval av lokala aktörer stärker de generella anspråken i de slutsatser vi har formulerat. Svårigheterna att generalisera gör emellertid att vi påkallar en viss försiktighet med hanteringen av de slutsatser som presenterats i rapporten⁶⁸.

En central aspekt i studien har varit att fånga upp hur beslutsprocesser ser ut och hur de initieras, förstärks och motverkas. Det är uppenbart att det som sker i en kommun när man tar ställning till hemtjänstens innehåll och utformning visar sig som en synnerligen komplex process där växelverkan föreligger mellan strukturella förklaringar och aktörsförklaringar. Strukturella tryck (demografi, ekonomi och andra omvärldsfaktorer som Ädelreformen, psykiatri- och handikappreformerna) förmedlas och tar form via omsorgs- eller sjukvårdskultur, kommunala traditioner, förvaltnings- eller politikinflytande samt professioners relativa styrka i den specifika kommunen. Samtidigt som processen är individuell, tycks omstruktureringskommunerna som ett led i en anpassning till strukturella krav, beredvilligt tränga undan servicebrukarna, medan referenskommunerna mer motvilligt följer i samma utvecklingsförlopp. Effekten blir enbart en tidsfördröjning. Omstrukturering tycks, alltså i dagsläget, vara en tidsfråga och inte en tvistefråga.

Av ransoneringsinstrumenten (de till buds stående medlen för att minska antalet brukare) tycks biståndsbedömningen vara den primära för att mota ut servicemottagare. Avgiftshöjningar används som förstärkande medel. Först när dessa två legitimerat en formell utbudsinskränkning, genom att brukarna i praktiken blivit färre, tycks kommunerna vara mogna att låta rätten till service försvinna.

Vi har även frågat oss i vilken utsträckning servicens förebyggande värde vad gäller påverkan på de äldres livskvalitet och hälsotillstånd funnits med i de lokala prioriteringsdiskussionerna. Den avgörande punkten för att förklara motvilligheten till att ta bort servicedelen inom hemtjänsten bland studiens referenskommuner synes vara att man i dessa när en större övertygelse om det förebyggande värdet av att

⁶⁸ För metodologiska överväganden i övrigt hänvisas till metodavsnittet i början av rapporten.

tillhandahålla service inom hemtjänsten. Omstruktureringskommunerna tillämpar, å andra sidan, i större utsträckning en rehabiliteringssyn på dessa insatser, d v s att det har förebyggande värde att individen själv tar ett större ansvar för dessa uppgifter. Synsättet används vidare politiskt i omstruktureringskommunerna som en legitimerande ideologi i avvecklingen av servicen inom hemtjänsten.

Vi har också försökt att kalkylera de kortsiktiga besparingarna av att ta bort servicen i omstruktureringskommunerna. Kostnadsminskningarna av att ta bort service inom hemtjänsten visar sig i våra beräkningar vara marginella. De preliminära beräkningar som Svenska Kommunförbundet presenterar i sin rapport "Kostnader för vård och omsorg – en förstudie"⁶⁹ stödjer detta. Den genomsnittliga (personal-) kostnaden per omsorgstagare inom hemtjänsten är betydligt lägre vid små omsorgsbehov än vid mer omfattande behov. Att kostnaden blir högre vid stora vård- och omvårdnadsbehov har inte enbart att göra med att hjälptagaren får ett större antal hemtjänsttimmar. Vid ökande vårdbehov tillkommer dessutom betydande kostnader till följd av att det i större utsträckning krävs dubbelbemanning, nattpersonal etc. En enkel kostnadsberäkning där dessa extrakostnader uppskattningsvis fördubblar kostnaden per hemtjänsttimme (vilket antagligen är en underskattning) ger vid handen att kostnaden för en äldre med mycket omfattande omsorgsbehov (100 timmar/månad) motsvarar kostnaden för 40 servicebrukare (5 timmar/månad och halva timkostnaden). Att försöka minska kostnaderna genom att tränga undan servicebrukare framstår som en tveksam strategi. Hade inte en alternativ strategi varit att försöka minska kostnaderna bland gruppen äldre med stora omsorgsbehov? Detta kan göras antingen genom att effektivisera omsorgen för dessa grupper inom hemtjänsten eller genom att satsa på alternativ till boende i det egna hemmet. Att det senare alternativet kan vara värt att beakta framgår klart av Svenska Kommunförbundets förstudie där starka indikationer föreligger på att omfattande vårdbehov, utan kvalitativa jämförelser i övrigt, är billigare att tillgodose inom särskilt boende jämfört med hemtjänst.

Att undanträngningen av servicebrukare är en tveksam strategi för att minska kommunens kostnader förstärks av att man parallellt med

⁶⁹ Svenska Kommunförbundet (1997c)

servicens borttagande i omstrukturerings-kommunerna upplever sig ha en otydlig bild av behoven i stort bland de äldre och till följd av detta behöver initiera en uppsökande verksamhet (som ökar kostnaderna). Denna erfarenhet påtalas inte i samma utsträckning i referenskommunerna, där servicen inom hemtjänsten är intakt.

Avslutningsvis vill vi göra några socialpolitiska reflektioner. Sociala rättigheter definieras ofta i termer av medborgerliga rättigheter. I sammanhanget nyttjas vanligen rättviseteorier för att bedöma hur utformning och innehåll i rättigheten bör se ut. Olika svar kan då konstrueras med utgångspunkt i skilda teorier om rättvisa. Rättigheter kan emellertid även betraktas som institutionaliserade förväntningar om leverans av service, av en viss typ och/eller omfattning. Sociala rättigheter vilar inte på universella rättvisepprinciper i detta perspektiv utan basen för solidaritet *med* välfärdsstaten och i förlängningen välfärdspolitikens legitimitet utgörs av konkreta erfarenheter och upplevelser i mötet med välfärdsstaten (kommunen). Det är alltså utflödessidan (rättigheternas substans) som betingar graden av legitimitet. Tommy Möller uttrycker detta som: *att kommunen levererar är viktigare än hur*.⁷⁰

Det allmänna stödet för den offentliga äldreomsorgen är stort i Sverige idag och den uppfattas allmänt som en social rättighet⁷¹. Stödet är förmodligen inte ovillkorligt utan medborgaren förväntar sig att den kommunalt finansierade och producerade äldreomsorgen finns tillhands och på olika sätt ställer upp med stöd, omsorg och service när svårigheter att klara sig i vardagslivet förr eller senare uppstår. Äldreomsorgen måste, om stödet skall bestå, *allmänt betraktas som solid*. I vilken utsträckning ett allt färre antal äldre som är berättigade till hemtjänst går att förena med en solidarisk uppslutning kring systemet är en öppen fråga. Går legitimiteten förlorad bland dem som inte längre omfattas av rätten till insatser och i bästa fall kan tillgodose sina behov genom privat konsumtion eller med hjälp av anhöriga? Eller, är det så att det relativt enkelt etableras en förståelse för ett partiellt tillbakadragande där kärnverksamheten skyddas och konsolideras? Annorlunda uttryckt:

⁷⁰ Möller (1996)

⁷¹ Svallfors, (1996)

Stannar rättighetstanken kvar men med lägre uppställda sociala förväntningar?

Legitimitet är även beroende av att socialpolitiken infriar förväntningar om att lika rättigheter tillkommer alla som hamnar i samma behov av hjälp (*neutralitet*). Man kan notera att nedmonteringen inom hemtjänsten inte är fördelningsneutral. Huruvida man kan och vill nyttja anhöriga, frivilliga eller privata tjänster att utföra de uteblivna serviceinsatserna varierar stort mellan individer och grupper. Omstruktureringen av äldreomsorgen har redan givit upphov till klyftor mellan grupper i samhället vilket tenderar att leda till olika former av problem och en försvagad solidaritet människor emellan. Skillnader i utfall kan härledas till etnisk bakgrund, klasstillhörighet, kön och kommundillhörighet. Informaliseringen av omsorgen hotar vidare alliansen mellan kvinnorna och välfärdsstaten. Ökande skillnader och diversifiering riskerar kanske att på sikt urholka det faktiska och upplevda medborgerliga rättighetsinslag som karaktäriserat framväxten av äldreomsorgen sedan 1960-talet. Mot bakgrund av detta kan man ställa sig frågande till om det finns något som kan betecknas som en *neutral* undanträngning? Neddragningen tycks obönhörligen sammanfalla med en residualiseringsprocess. Med tiden undergrävs legitimiteten bakvägen.

Referenser

- Daatland, S O. (red). 1997. *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*. Oslo: Nova-rapport 1997:22.
- Edebalk, P G, Petersson, J. 1990. Äldreomsorg och avgiftsproblematik. *Ekonomisk Debatt* 1990:4
- Edebalk, P G., Lindgren, B. 1994. *Social care of elderly i Bengtsson, T. (red). Population, Economy and Welfare in Sweden*. Berlin: Springer Verlag.
- Edebalk, P G., Lindgren, B. 1995. Den nya äldreomsorgen. *Nordiskt Socialt Arbete*. 1995:4
- Egge, M. 1997. *Gjør meg en tjeneste... Offentlig og privat tjenestetilbud til eldre*. Fafo-rapport 224. Forskningsstiftelsen Fafo
- Engström, B. 1996. *Sparstrategier i äldre och handikappomsorgen*. Rapport 1996:9. Blekinge FoU-enhet för socialtjänst och primärvård.
- Gilje, N, Grimen, H. 1993. *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos
- Hendriksen, C. 1989. *Rödovreprosjektet - forebyggende interventionsbesøg hos gamle mennesker*. Akademisk avhandling
- Kvale, S. 1997. *Den kvalitative forskningsinterøjun*. Lund: Studentlitteratur
- Johansson, L. 1997. Äldreomsorgen före och efter Ädelreformen. *Socialmedicinsk tidskrift* 1997: 6-7
- Lagergren, M, Johansson, P Å. 1996. *Finns det systematiske skillnader i bistandsbeslutene mellom socialdistrikten i Stockholm?* Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Rapport 1996:3.
- Lingsom, S. 1997. *The Substitution Issue. Care policies and their consequences for family care*. NOVA-rapport 1997:6.
- Lorentzen, H. 1998. Normative forståelser av sivile sammenslutninger. *Socialvetenskaplig tidskrift*. Årgång 5, 1998, nr 2-3.
- Lundquist, L. 1993. *Det vetenskaplige studiet av politik*. Lund: Studentlitteratur
- Lundquist, L. 1998. *Demokratins vaktare*. Lund: Studentlitteratur
- Meeuwisse, A, Sunesson, S. 1998. Frivillige organisationer, socialt arbeid og expertis. *Socialvetenskaplig tidskrift*. Årgång 5, 1998, nr 2-3.
- Möller, T. 1996. *Brukere og klienter i velfærdsstaten*. Stockholm: Publica
- Ohlsson, R. 1998. *Ett demografisk perspektiv. I Äldreomsorgens vardag*. Konferensrapport. Stockholm: Socialvetenskaplige forskningsrådet.
- Rothstein, B. 1994. *Vad bör staten göra? Om velfærdsstatens moraliske og politiske logik*. Stockholm: SNS
- SCB. 1989. *Social hemtjenest 1988 samt social hemhjelp november 1988*. Statistiske meddelanden, S 21 SM 8901. Stockholm: Statistiske Centralbyråen

SCB. 1993. *Social hemtjänst 1992 samt social hemhjälp november 1992*. Statistiska meddelanden, S 21 SM Stockholm: Statistiska Centralbyrån

SCB och Svenska Kommunförbundet. 1993. *Vad kostar verksamheterna i Din kommun?* Bokslut 1992.

SCB och Svenska Kommunförbundet. 1997. *Vad kostar verksamheterna i Din kommun?* Bokslut 1996

Socialdepartementet. 1998. *Välfärdsfakta social – sammanställning av fakta/ nyckeltal inom välfärdsområdet*. Samordningskansliet (SK-A)

Socialstyrelsen. 1995. *Vård och omsorg om äldre personer och personer med funktionshinder 1994*. Statistik – Socialtjänst 1995:8. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. 1996a. *Äldreomsorg under omprövning*. SoS-rapport 1996:23. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. 1996b. *Social service, vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 1996c. *Ädelreformen. Slutrapport*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. 1996:2. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 1996d. *Nya förutsättningar, bättre incitament – högre effektivitet efter Ädel?* Ädelutvärderingen 1996:5 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 1996e. *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädelutvärderingen 1996:6 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 1997a. *Vård och omsorg om äldre personer och personer med funktionshinder 1996*. Statistik – Socialtjänst 1997:8. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 1997b. *Socialbidrag 1996*. Statistik – Socialtjänst 1997:7 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, 1997c. *Hjälp till vardags - kommunala riktlinjer och rättspraxis inom äldreomsorgen*. Äldreuppdraget 1997:2 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, 1997d. *Behov - bedömning - beslut i äldreomsorgen*. SoS-Rapport 1997:8 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, 1997e. *Pensionärshushållens kostnader för äldreomsorg och sjukvård*. Äldreuppdraget 1997:8 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, 1998a. *Kommunernas avgiftsregler för äldre- och handikappomsorge 1997*. Äldreuppdraget 1998:4 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, 1998b. *Äldrehushåll under socialbidragsnormen*. Äldreuppdraget 1998:3 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 1998c. *Vård och omsorg om äldre personer och personer med funktionshinder 1997*. Statistik – Socialtjänst 1998:7. Stockholm: Socialstyrelsen

Sundström, G. 1997a. *Rättvis äldreomsorg: är ransonering svaret? i Jennbert, K., Lagercrantz, R. (red) Äldrepolitik i förändring?* Stockholm: Välfärdsprojektets skriftserie nr 9.

Sundström, G. 1997b. Hjälpbehov hos hemmaboende mycket gamla. *Socialmedicinsk tidsskrift* 1997: 6-7

Svallfors, S. 1996. *Välfärdsstatens moraliska ekonomi. Välfärdsopinionen i 1990-talets Sverige*. Umeå: Boréa

Svenska Kommunförbundet. 1997a. *Levnadsförhållanden i Sveriges kommuner*. Stockholm: Kommentus

Svenska Kommunförbundet. 1997b. Taxor för vård och omsorg - ett hjälpmedel. Stockholm: Svenska Kommunförbundet

Svenska Kommunförbundet, 1997c. *Kostnader för vård och omsorg - en förstudie*. Rapport Äldreberedningen

Szebehely, M. 1996. *Äldreomsorgens förändringar och kvinnors vardag*. Stockholm: Socialhögskolans särtrycksserie nr 59.

Szebehely, M. 1998. Omsorgsstat i förändring. I *Välfärden – Verkan och Samverkan*. Rapport från forskarseminariet i Umeå januari 1998. Stockholm: Försäkringskassförbundet

Szebehely, M. 1998b. Hustruns hjälp eller hemtjänstens? I *Äldreomsorgens vardag*. Konferensrapport. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.

Thorslund, M. 1998. De allra äldstas situation. I *Äldreomsorgens vardag*. Konferensrapport. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.

Offentligt tryck

Regeringens proposition 1996/97:124 Ändringar i socialtjänstlagen

SOU 1996. Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. SOU 1996:163

Bilaga

Intervjuguide

(1) Karaktärisera kommunens äldreomsorgspolitik under 1990-talet.

(a) Prioriteringar och motiv

Vilka prioriteringar har gjorts vad gäller former för omsorg (ordinärt / särskilt boende)?

Vilka får hjälp? Vad får man hjälp med?

Vilka har motiven varit?

Kan motiven rangordnas?

Vem har varit den drivande aktören?

Ny organisering?

(b) Äldreomsorgen i relation till utvecklingen av annan kommunal verksamhet

Vilka prioriteringar mellan områden har skett och varför?

Vilka har motiven varit?

Kan motiven rangordnas?

Vem har varit den drivande aktören?

Har äldreomsorgen fått stryka på foten?

(c) Har resultatet av kommunens prioriteringar inom äldreomsorg och hemtjänst blivit som man tänkt sig?

Vilka förtjänster och svagheter kan iakttas?

Har Ni uppmärksammat oväntade sidoeffekter?

Vilka är som Ni ser det, de viktigaste konsekvenserna för enskilda och grupper?

(2) Vilka förändringar inom hemtjänsten har mer konkret tagit form?

(a) Biståndsbedömning

Hur ser handläggningsrutinerna ut?
Har det skett några förändringar?
Samverkansprocessen med de anhöriga – hur ser den ut och hur har den förändrats?
I vilken utsträckning särbehandlas äldre med svaga nätverk?
Övervältring av ansvar - på anhöriga? Andra?
Behov som inte tillgodoses. Några som kommer i kläm?
Omprövning – hur ofta? Vem tar initiativet?
Vad föranleder en omprövning?

(b) Taxesystem

Motivera valet av konstruktion
Vilka förändringar har vidtagits?
Hur har man resonerat?
Vem har varit drivande?
Någon som avstår?

(c) Rationaliseringsstrategier

Har ni någon medveten politik för att pressa kostnader?
Personaltäthet?
Personalsammansättning?
Teknologi?
Nya utförare / fristående resultatenheter?
Kvalitetssäkring (i detta sammanhang)

(d) Förebyggande verksamhet

Hur tar Ni i kommunen reda på behovet av äldreomsorg?
Vet man vad som händer med dem som är utanför?
Förekommer något inslag av förebyggande arbete i syfte att minska behovet av äldreomsorg?
Hur är detta arbete organiserat och integrerat i kommunen?
Finns någon form av uppsökande verksamhet i detta sammanhang
Har utvecklingen inom hemtjänsten påverkat möjligheten att skapa / upprätthålla kontakten med de äldre i kommunen?

Service som förebyggande åtgärd – hur viktigt är det?

(e) Vem tar vid när kommunen drar sig tillbaka?

Vem tillgodoser de behov som inte längre faller på kommunens ansvar?

Har Ni någon uppfattning om:

Hur många vänder sig till anhöriga?

Hur många köper tjänster på marknaden?

Hur många får hjälp genom frivilliga initiativ?

(3) Uppsummering

Framtiden, vart går ni?

Är det något vi har glömt?

I serien **MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN** har utkommit:

- 1981:1 **FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI** av Peter Westlund
- 1981:2 **EN ALKOHOLENKÄT - OCH VAD SEN DÅ?** En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 **PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION** av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 **VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?** av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 **LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER** av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 **INSYN - ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING. En intervjuundersökning** av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 **AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER - principer och problematik** av Per Gunnar Edebalk och Jan Petersson
- 1983:2 **EN INDELNING AV RÄTTEN - hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser** av Lars Pelin
- 1983:3 **OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR** av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrisson
- 1983:4 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del I Förhållanden 1977** av Åke Elmér
- 1983:5 **PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE** av Alf Ronnby
- 1983:6 **FACKFÖRBUNDENS SJUKKASSEBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886-1910** av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del II Utvecklingen 1945-1977** av Åke Elmér
- 1984:2 **FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER - En sammanställning** av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 **AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI** av Kjell Hansson
- 1984:4 **FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING** av Eric Olsson (SLUT)
- 1984:5 **ROLLSPEL - TILLÄMPNING OCH ANALYS** av Kjell Hansson

- 1985:1 **IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE** av Kjell Hansson
- 1986:1 **ARBETSRAPPORT. Att arbeta på barn- och ungdomsinstitution - en pilotstudie** av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper** av Åke Elmér
- 1986:3 **UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION - Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller boende i Skåne** av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson
- 1987:1 **FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden 1800-1960** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 **FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL** av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 **40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND** av Åke Elmér
- 1987:4 **VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:5 **ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE** av Leif Roland Jönsson
- 1987:6 **SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE** av Anders Östnäs
- 1987:7 **FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN** av Eric Olsson
- 1988:1 **EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRAR** av Gunvor Andersson
- 1988:2 **THE MAN IN SEXUAL COMMERCE** av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 **FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROTT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETSFÖRSÄKRINGEN 1935-54** av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 **MALMÖ - i kulmen av fattigdomscykeln** av Tapio Salonen
- 1988:5 **PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅN - en processbeskrivning av ett förändringsarbete med förhinder** av Anna Meeuwisse
- 1988:6 **UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER I MALMÖ OCH LUND** av Bengt Svensson
- 1988:7 **HEMTJÄNSTEN PÅ 2000-TALET** red av Peter Andersson
- 1989:1 **FATTIGLIV** av Gerry Nilsson

- 1989:2 **MAKT OCH MOTSTÅND - aspekter på behandlingsarbetets psykosociala miljö** av Leif R Jönsson
- 1989:3 **FOSTERHEMSFÖRVALTNINGEN** av Bo Vinnerljung
- 1989:4 **GUSTAV MÖLLER OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN** av Per Gunnar Edebalk
- 1990:1 **DET ÄR RÄTT ATT FRÅGA VARFÖR - undersökningar om socialt arbete** red av Verner Denvall
- 1990:2 **SCENFÖRÄNDRING - FORSA-symposiet Helsingborg/Gilleleje**
- 1990:3 **KULTURMÖTEN INOM SOCIALTJÄNSTEN - erfarenheter och reflektioner** red av Immanuel Steen
- 1990:4 **HEMMABOENDEIDEOLOGINS GENOMBROTT - åldringsvård och socialpolitik 1945-1965** av Per Gunnar Edebalk
- 1991:1 **PROJEKTTILLVARO - en processanalys av ett socialbyråprojekt** av Anna Meeuwisse
- 1991:2 **ORGANISATIONENS PÅVERKAN PÅ SJUKFRÅNVARON - hur en forskningsprocess och en personlig utvecklingsprocess kan integreras med hjälp av handledning** av Katrin Tjörvason
- 1991:3 **SEXUALITET OCH SOCIALT ARBETE PÅ INSTITUTION** av Åsa André
- 1991:4 **MIND THE GAP - en reseberättelse från England 1-8 april 1990** av Mats Dahlberg, Jan Lanzow Nilsson, Margot Olsson och Claes Norinder (red)
- 1991:5 **DRÖMMEN OM ÅLDERDOMSHEMMET - Åldringsvård och socialpolitik 1900-1952** av Per Gunnar Edebalk (SLUT)
- 1992:1 **POLICY, INTEREST AND POWER. Studies in Strategies of Research Utilization** av Kjell Nilsson
- 1992:2 **STÖD OCH AVLASTNING. Om insatsen kontaktperson/-familj** av Gunvor Andersson
- 1992:3 **REHABILITERING AV TORTYRSKADADE FLYKTINGAR I MALMÖ. Utvärderingsrapport** av Norma Montesino
- 1992:4 **MÅL, VERKSAMHETSMEDEL OCH BEHANDLINGSIDÉER I TVÅ MÄNNISKOBEHANDLANDE ORGANISATIONER** av Marie Söderfeldt
- 1992:5 **235 SYSKON MED OLIKA UPPVÄXTÖDEN - en retrospektiv aktstudie** av Bo Vinnerljung
- 1993:1 **GRÄNSÖVERSKRIDANDE I PRAKTIK OCH FORSKNING - TVÅ EXEMPEL** av Bo Vinnerljung

- 1993:2 **HÖRSELSKADADE I ARBETSLIVET.** - Ett stress/kontroll perspektiv -
av Ann-Christine Gullacksen
- 1993:3 **NORMALITY, SOCIAL WORK AND THE CREATION OF EVERYDAY
LIFE SETTINGS** av Matts Mosesson (ed)
- 1993:4 **SEVEN SWEDISH CASES: PRODUCTION REGIME, PERSONELL
POLICY AND AGE STRUCTURE IN SEVEN SWEDISH FIRMS IN THE
ERA OF THE SWEDISH MODEL** av Gunnar Olofsson och Jan Petersson
- 1994:1 **BOENDEBASEN I KRISTIANSTAD - EN UTVÄRDERING**
av Bengt Svensson
- 1994:2 **Omsorgens vardag och villkor: 20 DOKTORANDER GRANSKAR FEM
AVHANDLINGAR** red av Åsa André och Rosmari Eliasson
- 1994:3 **LVM-VÅRD AV NARKOMANER. Rapport från Avgiftningsenheten i
Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten** av Kerstin Nilsson och
Dolf Tops
- 1995:1 **SAMARBETE - NYCKELN TILL FRAMGÅNG. En undersökning av
teamarbetets betydelse i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna**
av Anna-Lena Dahlquist
- 1995:2 **UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING I SOCIALT ARBETE -
Rapport från FORSA-symposiet 14-16 september 1995** red av Håkan Jönson
- 1995:3 **VÄGEN ÖVER LYCKEBO. Från slutna psykiatrisk vård till vanlig
äldreomsorg** av Pauli Lappalainen
- 1995:4 **SAMSPEL I VARDAGSLIV. En studie av möten mellan utvecklingsstörda,
föräldrar och personliga assistenter - en processbeskrivning** av Eina Linder
och Inger Sköld
- 1996:1 **SOCIALTJÄNSTEN OCH MINNESOTAMODELLEN - Ett
samarbetsprojekt mellan människobehandlande organisationer**
av Claes Levin
- 1996:2 **"DET MÅSTE SE UT SOM EN ARBETSPLATS" - Om interorganisatorisk
samverkan för att yrkesrehabilitera gravt funktionshindrade** av Ove
Mallander
- 1997:1 **DISPONENT I BRYTNINGSTID** av Lars Harrysson
- 1997:2 **BURNOUT?** av Marie Söderfeldt
- 1997:3 **PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ I MÄNNISKOVÅRDANDE ARBETE**
av Björn Söderfeldt och Marie Söderfeldt
- 1997:4 **"DET ÄR I ALLA FALL MITT BARN!" - En studie om att vara
missbrukare och mamma skild från barn** av Karin Trulsson (SLUT)

- 1997:5 **FRIVILLIGA ORGANISATIONER OCH KORPORATIV POLITIK** - En fallstudie av Folkhälsoinstitutets, RFSUs, RFSLs och Noarks arks samarbete om hivförebyggande samhällsinsatser av Jan Arne Magnusson
- 1997:6 **TANKEFIGURER I SOCIALT ARBETE** - Operationalisering och reflektion av Immanuel Steen
- 1997:7 **SOCIALHÖGSKOLAN I LUND 50 ÅR** red av Per Gunnar Edebalk, Inger Farm och Hans Swärd
- 1997:8 **ÖVERVÄLTRINGAR FRÅN SOCIALFÖRSÅKRINGAR TILL SOCIALBIDRAG** av Tapio Salonen
- 1997:9 **UNGDOMAR I TVÅNGSVÅRD. RÅBYUNDERSÖKNING 94** av Claes Levin
- 1997:10 **EN NY GENERATION HEROINMISSBRUKARE I MALMÖ.** ("Det finns inget rökheroin") av Dolf Tops och Marianne Silow
- 1997:11 **FRIHET, JÄMLIKHET, BRODERSKAP** - Bilden av de äldre i PRO-Pensionären 1941-1995 av Håkan Jönson
- 1997:12 **HANDIKAPPIDROTT - MELLAN TÄVLING OCH REHABILITERING.** En studie av handikappidrotten mellan idrottsrörelse och handikapprörelse med utgångspunkt från fallstudien rullstolstennis av Anders Östnäs
- 1997:13 **TIOÅRINGARS KOMPETENS OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDEN** av Gunvor Andersson och Lotta Linge
- 1998:1 **STRAFF ELLER BEHANDLING?** - om statens strategier mot gränsöverträdande ungdom under 1900-talet av Kerstin Svensson
- 1998:2 **BETRAKTELSE AV ARBETE OCH ARBETSMARKNAD.** En kartläggning av hur långtidssjukskrivna, långtidsarbetslösa och mottagare av socialbidrag i Vellinge kommun uppfattar sina resurser i förhållande till arbetsmarknad och självförsörjning av Lars Harrysson
- 1998:3 **ARBETSLÖSA TJÄNSTEMÄNS SOCIALA OCH HÄLSOMÄSSIGA SITUATION.** En undersökning av arbetslösheten bland medlemmar i Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund av Leif R. Jönsson och Bengt Starrin
- 1998:4 **ARBETSLÖSA PRIVATTJÄNSTEMÄN** - en kartläggning av arbetslöshetens konsekvenser bland medlemmar i Sv Industritjänstemannaförbundet avdelning 3 Nv Skåne av Leif R. Jönsson
- 1998:5 **"ETT ANNAT LIV".** En studie av arbetslöshetens konsekvenser bland arbetslösa i Skåne av Leif R. Jönsson och Bengt Starrin
- 1998:6 **SOCIALBIDRAGSHANTERING - METODER OCH MODELLER.** Tre undersökningar av arbetet med socialbidrag av Matts Mosesson (red) och Leif R. Jönsson

1998:7 **STADSBARNDOM. Om barns vardag i en modern förort**
av Bodil Rasmusson

1998:8 **PERSONALPOLITIK OCH ÄLDRE ARBETSKRAFT I TRE
SKÅNEKOMMUNER. Helsingborg, Hörby och Trelleborg**
av Jan Petersson

1998:9 **VÄLFÄRDENS OPERATÖRER - Social planering i brytningstid.**
Seminarierapport från 1998-01-29. Seminariet arrangerades av
Byggeforskningsrådet av Helene Lahti Edmark

1998:10 **ATT ORGANISERA VÄLFÄRDEN - Institutionella nyordningar i**
de svenska välfärdssystemen under 1990-talet av Håkan Johansson

Exemplar kan rekvireras från Socialhögskolans expedition, adress Socialhögskolan,
Box 23, 221 00 LUND. E-post Gertie.Grondahl@soch.lu.se



Lunds universitet
Socialhögskolan

Box 23
221 00 Lund
046-222 00 00