

Bo bra hela livet

Del B: Bilagor

Stockholm 2008



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2008:113

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2008

ISBN 978-91-38-23107-4
ISSN 0375-250X

Förord

Äldreboendedelegationen har i uppdrag att följa och analysera behoven av och utvecklingen av bostäder och boende för äldre. Delegationen ska lämna förslag till åtgärder som kan stimulera utvecklingen av bostäder och boendemiljöer anpassade till äldres behov både inom den ordinära bostadsmarknaden och inom särskilda boendeformer. En viktig del i Äldreboendedelegationens uppdrag är att lämna förslag till hur fler äldre personer ska få tillgång till bostad i "mellanboendeformer eller trygghetsbostäder".

Under arbetet har ett flertal experter lämnat underlag för delegationens bedömningar av den pågående utvecklingen när det gäller äldres bostäder och boenden. Ett antal expertrapporter har utarbetats där bl.a. behov och konsekvenser av "mellanboendeformer" belysts.

En del av expertrapporterna har fogats som bilagor till Äldreboendedelegationens delbetänkande (SOU 2007:103) *Bo för att leva – seniorbostäder och trygghetsbostäder*. De övriga återfinns i denna bilagerapport till slutbetänkandet.

Ansvaret för de olika bilagorna och bedömningarna i dessa vilar på respektive författare.

Stockholm i december 2008

Barbro Westerholm
Särskild utredare

Innehåll

Analys av flyttningar, behovsutveckling och dödlighet i olika boendeformer 7
Mårten Lagergren

Om orsaker och motiv för att flytta till särskilt boende 69
Peter Westlund

Utformning av olika boendemiljöer för äldre..... 113
Susanne Iwarsson

Äldres boende ur ett vård- och omsorgsperspektiv 145
Ingalill Rahm Hallberg

Äldre personers flyttningar och boendepreferenser..... 197
Marianne Abramsson och Thomas Nedomysl

Analys av flyttningar, behovsutveckling och dödlighet i olika boendeformer

Mårten Lagergren

1 Inledning

I Äldreboendedelegationens uppdrag ingår att analysera behov av bostäder och boende för äldre personer. Det är då viktigt att se boende från ett dynamiskt perspektiv. Den äldre personens behov förändras över tiden och boende liksom vård- och omsorgsinsatser måste anpassas över tiden för att motsvara behoven. Samtidigt finns ett önskemål att minska behovet av flyttningar och att ge möjlighet till kvarboende i den ordinarie bostaden så länge som möjligt för de personer som så önskar. Detta gör det angeläget att analysera effekterna av boende och flyttningar från olika aspekter. Genom den tillgång till longitudinella data som skapas genom SNAC-studien finns nu en unik möjlighet att följa äldre personer över tid och göra dynamiska analyser av flyttningar, behovsutveckling och dödlighet.

Analys av flyttningar till vård- och omsorgsboende från s.k. serviceboende jämfört med ordinärt boende har redovisats i en tidigare promemoria¹. Möjligheterna att bo kvar i serviceboende vid stigande funktionsnedsättning visade sig vara betydligt bättre för de personer som bodde i serviceboende jämfört med dem som bodde i ordinärt boende. Analyserna gjordes med hjälp av data som insamlats i SNAC-studien på Kungsholmen, vårdsystemdelen. Samma databas har nu använts för fortsatta analyser av de äldres

¹ SOU 2007:103, bilaga 4 Flyttning till särskilt boende med heldygnsoomsorg från s.k. serviceboende jämfört med ordinärt boende.

flyttningar, behovsutveckling och dödlighet med särskilt fokus på vård- och omsorgsboendet.

Analyserna omfattar tre delmoment. Först studeras från olika aspekter sammansättningen av de personer som flyttar in till vård- och omsorgsboende – deras tidigare boendeform och boendeförhållanden, grad av funktionsnedsättning och tidigare erhållna formella och informella hjälpinsatser (mom. A). Syftet är här att närmare se vad det är för personer som flyttar till denna boendeform och vilka förhållanden det är som kan ligga bakom flyttningen.

Därefter jämförs personerna i vård- och omsorgsboende med personer i ordinärt boende och serviceboende, som har så stora hjälpinsatser att kostnaderna för dessa är jämförbara med kostnaden för ett boende med heldygnsomsorg (mom. B). Dessa personer har alltså av olika skäl beviljats insatser för att kunna bo kvar trots att detta kanske medfört en merkostnad för kommunen. Syftet med analysen är att bättre förstå vad det är som gör det möjligt att bo kvar i en mer oberoende boendeform.

I denna analys, som alltså inte är dynamisk, har förutom SNAC-data också utnyttjats data från den undersökning av hjälpinsatser i förhållande till behov, som våren 2007 genomfördes i åtta svenska kommuner som ett led i utvecklingen av det kommunala kostnadsutjämningsystemet – i fortsättningen benämnd ”fältundersökningen Fältundersökningen är inte personnummerbaserad. Den kan därför inte användas för longitudinella analyser. En undersökning med samma metodik i samma åtta kommuner genomfördes emellertid åren 1994 och 2002. Resultaten av de genomförda undersökningarna finns redovisade i SOU 2007:61 (Deluppföljning 2 av den kommunalekonomiska utjämnings), bil. 10b (Jämförelse mellan fältundersökningarna 1994, 2002 och 2007). Genom att inkludera fältundersökningen i analyserna är det möjligt att bedöma hur väl data från Kungsholmen motsvarar ett representativt urval av svenska kommuner.

Slutligen har en analys gjorts där dödligheten och förändringen av graden av funktionsnedsättning jämförs mellan personer i olika boendeformer (mom. C). Syftet med denna analys är att se vilken betydelse boendeformen kan ha i dessa avseenden. Indirekt kan detta peka skillnader i livskvalitet och välbefinnande mellan boendeformer. Det är naturligtvis viktigt i sammanhanget att vara klar över att analyserna inte kan peka ut boendeformen som *orsak*

till de skillnader man kan observera – andra faktorer som inte inkluderats i analysen kan spela in.

Tillgången till longitudinella data gör det möjligt att lägga ett individperspektiv på äldreomsorgen – vad är det som händer med personen, hur ser livsbanan ut i livets slutskede? De data som här använts är dock relativt ofullständiga som beskrivning på personens livssituation. En betydligt mer fullständig och nyanserad bild kommer att erhållas när motsvarande longitudinella data från SNAC-studiens befolkningsdel blir tillgängliga om några år.

Resultaten av de olika beräkningarna redovisas nedan i diagramform. De underliggande tabellerna återfinns i en tabellbilaga (EXCEL-ark).

2 Material och metod

De analyser som här redovisas är baserade på data hämtade från dels SNAC-undersökningen, Kungsholmen, vårdsystemdelen, dels den s.k. fältundersökningen 2007.

Kungsholmens stadsdel i Stockholm har omkring 8 000 personer 65 år och äldre. Av dessa fick den 1 mars 2006 1 050 (13,1 procent) hemtjänst och/eller långvarig hemsjukvård i ordinärt boende, 204 (2,5 procent) fanns i serviceboende och 542 (6,8 procent) i vård- och omsorgsboende (särskilt boende med heldygnsomsorg). Andelen personer med vård och omsorg är högre än riksgenomsnittet – 21,7 procent jämfört med 15,1 procent för riket år 2005 – men detta förklaras av åldersfördelningen bland de äldre på Kungsholmen. Andelen 85 år och äldre är mycket hög – 23,0 procent jämfört med 14,7 procent i riket – och av dessa är 58,0 procent vårdtagare i äldreomsorgen mot 51,0 procent i riket. Motsvarande andelar av de äldsta i vård- och omsorgsboende kan uppskattas till 18,5 procent respektive 25,0 procent². En betydligt högre andel av de äldsta på Kungsholmen än i riket har alltså insatser i eget boende (39,5 respektive 26,0 procent).

För analyserna utnyttjas data som insamlats inom SNAC-Kungsholmen-projektet, vårdsystemdelen under perioden 1 mars 2002 – 1 mars 2006. Dessa data omfattar dels löpande registreringar i samband med biståndsbeslut eller insättande av långvarig hem-

² Det finns ingen nationell statistik, som visar antalet personer i särskilt boende med heldygnsomsorg. Uppskattningen är gjord utifrån en skattning av antalet återstående platser i serviceboende.

sjukvård, dels tvärsnittsundersökningar per den 1 mars varje år inom det särskilda boendet. De som registrerats är personer 65 år och äldre och boende på Kungsholmen inklusive Essingeöarna.

I SNAC-K-datasetet registreras ett stort antal uppgifter om den äldre personen och dennas förhållanden av betydelse för biståndsbeslutet. Av dessa uppgifter har i här redovisade analyser använts följande:

- Personnummer (som ger ålder och kön), sam-/ensamboende och civilstånd.
- Tillgång till informella service- och omvårdnadsinsatser.
- Personligt vårdberoende: ADL-beroende (instrumentell och personlig), kognitiv nedsättning, rörelsehinder, oro, nedstämdhet, beteendestörningar.

Registreringen omfattar också beslutade insatser, såsom

- hemtjänst inklusive insatser kväll och natt,
- särskilt boende (serviceboende, heldygnsvård).

De löpande registreringarna är sammanförda i ett kumulativt register. På detta förs sedan varje år de data, som insamlas i den årliga tvärsnittsundersökningen i det särskilda boendet. Metoden innebär att uppgifterna om det särskilda boendet för ett visst år är aktuella och avser läget den 1 mars detta år, medan för det ordinära boendet uppgifterna i allmänhet avser en något tidigare tidpunkt än den 1 mars året ifråga. Det är möjligt att kompensera för detta, men så har inte skett i här redovisade beräkningar³. Detta bedöms dock inte påverka resultatet nämnvärt. Metodiken för registrering av data och sammanställningen av registren beskrivs närmare i rapporter om SNAC-K-projektet i Äldrecentrums skriftserie, t.ex. SNAC-K rapport nr. 13, (Lagergren et al. 2007).

Utgående från de kumulativa registren har sex dataset skapats om läget per den 1 mars 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007 som omfattar alla personer som vid dessa respektive tidpunkter hade kommunal äldreomsorg och/eller långvarig hemsjukvård. Dessa dataset har sedan samkörts parvis 2002/2003, 2003/2004 osv. på individnivå och de erhållna dataseten har sedan lagts samman i ett

³ Genom att det för varje registrering finns angivet vilken månad denna skedde och det är känt hur mycket olika vårdberoendevariabler som i genomsnitt förändras med personens ålder kan man beräkna en justering, som beror av hur långt tillbaka registreringen ligger.

dataset som omfattar totalt 11 950 observationer. Datasetet gör det möjligt att följa de registrerade personernas flyttningar från en boendeform till en annan från ett år till nästa och även avläsa förändringar i personligt vårdberoende m.m. under samma tid.

På grund av att registreringarna förutsätter den registrerade personens samtycke finns ett visst bortfall – ca 10 procent. Detta bedöms dock inte på något sätt påverka huvudslutsatserna i här presenterade analyser. Det finns också ett visst bortfall på enskilda variabler. Detta gäller framför allt registreringen av informella insatser, där bortfallet uppgår till ca 25 procent, vilket bör beaktas när man bedömer resultaten med avseende på dessa. För övriga variabler är bortfallet betydligt mindre – 10 procent. Detta bedöms inte ha någon betydelse för resultatens tillförlitlighet.

Mätningen av vårdberoendet eller graden av funktionsnedsättning med dess olika dimensioner är viktig för att kunna ställa insatser mot behov och avgöra vad det är som förefaller vara utlösande aktorer för flyttning till en annan boendeform. Som nämnts ovan registreras i SNAC-studiens vårdsystemdel ett antal olika variabler som beskriver personens vårdberoende. De s.k. IADL-variablerna (instrumentella aktiviteter för dagligt liv) omfattar städning, tvätt, matinköp, matlagning, transport allmänna kommunikationer, de personliga ADL-variablerna bad och dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning och födointag. För samtliga dessa anges oberoende (0), delvis beroende (1) samt beroende (2). Kognitiv nedsättning, rörelsehinder och inkontinens (urin respektive avföring) mäts med fyra nivåer: 0 betecknar ingen nedsättning och 3 mycket stor nedsättning. Samma typ av skala används för att beteckna oro, nedstämdhet och beteendestörningar från inga problem till mycket svåra problem.

Värdena på PADL-variablerna, kognitiv nedsättning (med vikt 2), rörelsehinder och urin- respektive avföringsinkontinens läggs samman till ett index (SNAC PADL-index). Utifrån detta index skapa fem grader av funktionsnedsättning från ”ingen eller lätt” till ”helt nedsatt”. Den senare gruppen är dock mycket ovanlig i ordinarie boende och serviceboende.

I den statistiska analysen (mom. B) har också utnyttjats data från den s.k. fältundersökningen. Denna genomfördes våren 2007 i kommunerna Kalmar, Krokoms, Luleå, Nordmaling, Oskarshamn, Ragunda, Surahammar och Vilhelmina och omfattat totalt 5 111 observationer.

I likhet med SNAC-undersökningen registrerades i fältundersökningen såväl funktionsnedsättning (ADL, kognitiv nedsättning, rörelsehinder, inkontinens) som insatser men undersökningen omfattade inte fullt ut lika många variabler och den var ej personnummerbaserad. Variabeldefinitionerna för de variabler, som ingick i undersökningen, överensstämmer helt med SNAC-undersökningen, vårdsystemdelen.

3 Resultat

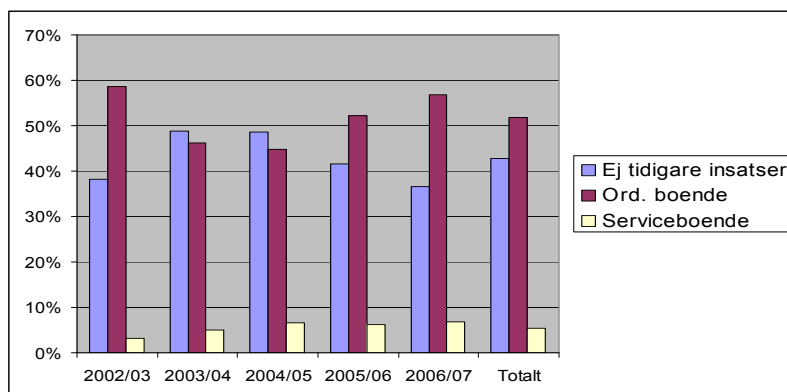
3.1 Karakteristik av personer som flyttar till vård- och omsorgsboende (mom. A)

Dessa analyser syftar till att visa hur de som flyttar in i vård- och omsorgsboende under ett år fördelar sig på

- tidigare boendeform, ålder och kön, ensam/samboende,
- grad av funktionsnedsättning,
- tillgång till formella och informella hjälpinsatser,
- tidigare bostadsförhållanden.

Fördelningen av de inflyttade till vård- och omsorgsboende på tidigare boendeform under åren 2002/03–2006/07 framgår av diagram 1.

Diagram 1 Fördelningen av de inflyttade till vård- och omsorgsboende på tidigare boendeform, 2002–2007

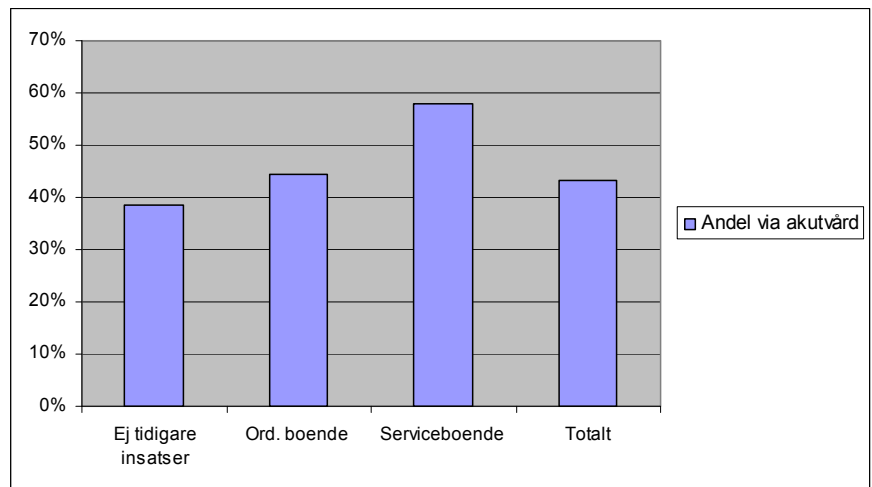


Som framgår har det varit vissa variationer från år till år, men huvudmönstret är ändå relativt stabilt. Den största andelen är personer som tidigare haft hemtjänst i ordinärt boende. Drygt hälften tillhör denna grupp. Andelen som kommer från serviceboende har varit relativt liten – ca 5 procent. Detta beror dels på att antalet platser i serviceboende är betydligt lägre än antalet personer som fått hjälp i ordinärt boende, dels på att sannolikheten för att flytta är så mycket lägre – omkring en tredjedel⁴. Anmärkningsvärt är att omkring 40 procent av de inflyttande inte tidigare haft hemtjänstinsatser. En relevant fråga är naturligtvis om dessa flyttningar hade kunnat undvikas genom hemtjänstinsatser eller någon form av uppsökande verksamhet.

Att inflyttningen till vård- och omsorgsboende ofta är för- anledd, eller åtminstone knuten till, någon form av trauma eller akut insjuknande framgår av att en stor andel av inflyttningarna skett i anslutning till en vårdepisod i den slutna sjukvården. Andelen sådana inflyttningar beroende på tidigare beroendeform framgår av diagram 2 nedan. Eftersom det inte sker någon registrering av detta i SNAC-systemet är beräkningen en uppskattning, som bygger på andelen personer som har en slutenvårdsepisod samma månad som eller månaden innan man fått beslut om flyttning. Denna andel har beräknats genom samkörning med landstingets slutenvårdsregister.

⁴ SOU 2007:103, bilaga 4 Flyttning till särskilt boende med heldygnsomsorg från s.k. serviceboende jämfört med ordinärt boende.

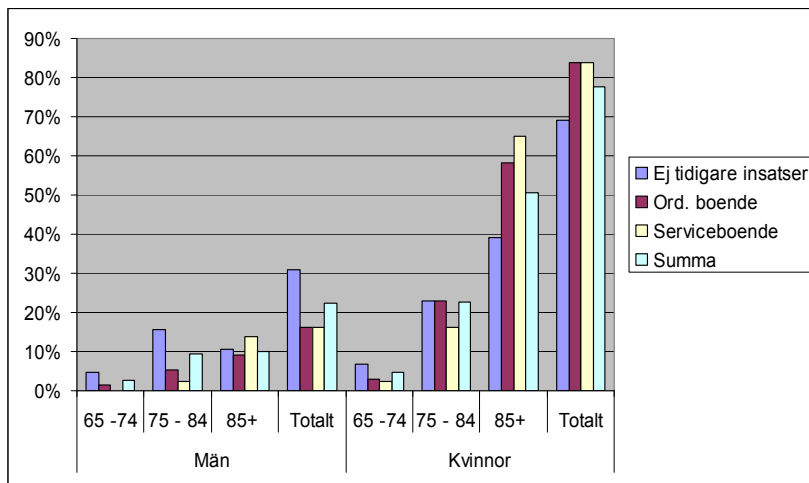
Diagram 2 Uppskattad andel inflyttning till vård- och omsorgsboende via akutvård, beroende på tidigare boendeform, Kungsholmen 2003–2004



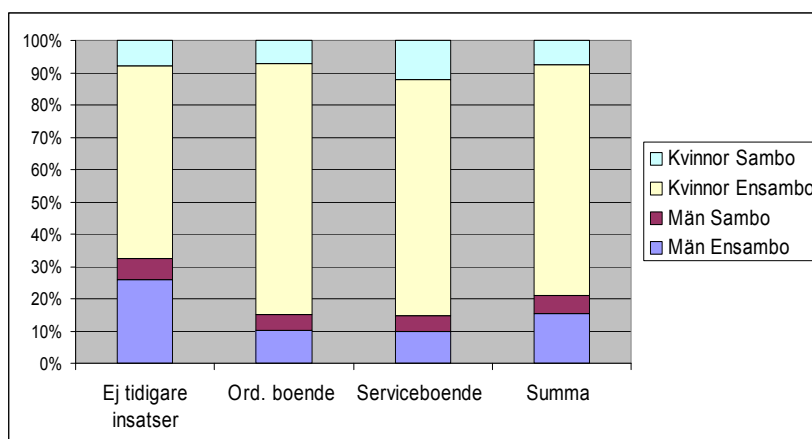
Närmare hälften av inflyttningarna till vård- och omsorgsboende föregås direkt av ett vårdtillfälle i sjukhusvård. Att denna andel är högre i serviceboendet beror förmodligen på att möjligheterna att bo kvar där generellt sett är högre. Det blir då vanligare att det är ett akut insjuknande eller trauma som utlöser behovet att flytta.

Majoriteten av de boende i vård- och omsorgsboendet är mycket gamla kvinnor. Detta beror till en del på att kvinnorna överlever längre där än männen, men som framgår av diagram 3 nedan gäller detta förhållande redan bland de inflyttande. Omkring hälften av de inflyttande är sålunda kvinnor 85 år och äldre. Personer under 75 år utgör en mycket liten andel, 6–7 procent.

Diagram 3 Fördelning av de inflyttande till vård- och omsorgsboende på åldersgrupper och kön beroende på tidigare boendeform



Här är värt att notera att det särskilt bland yngre män är betydligt vanligare att inte haft tidigare insatser. En förklaring kan vara att dessa personer i mycket högre utsträckning än exempelvis de mycket gamla kvinnorna haft tillgång till informella hjälpinsatser, dvs. i detta fall en ofta yngre, relativt frisk maka. Förhållandet belyses ytterligare av det följande diagrammet 4 som visar hur de inflyttande från respektive tidigare insats/boendeform fördelar sig på sam- respektive ensamboende, kvinnor och män.

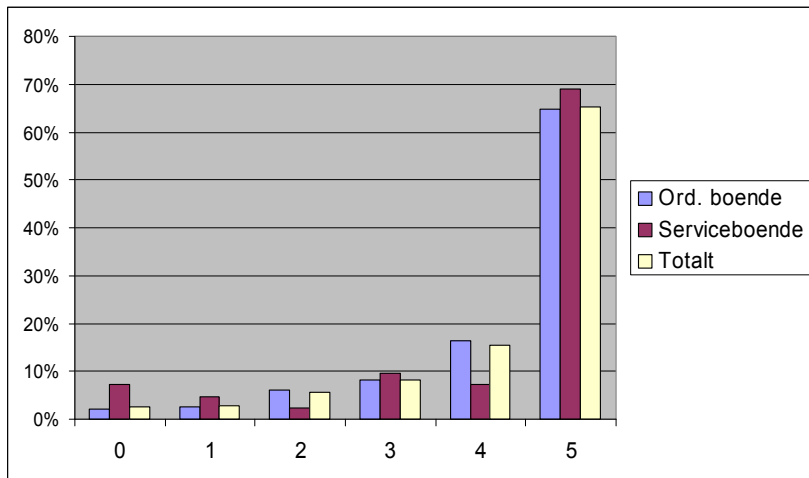
Diagram 4 Fördelning av de inflyttande på sam-/ensamboende samt kön per tidigare insats/boendeform

Man ser här att andelen män är betydligt högre bland dem som flyttar in i vård- och omsorgsboende utan föregående insatser än bland dem som haft insatser tidigare. Något överraskande är det också att dessa män i hög grad varit ensamboende. Förklaringen kan kanske vara en högre andel trauma och akuta insjuknanden. Ensamboende kvinnor dominerar dock i samtliga tre grupper.

Vid SNAC-registreringen registreras beroende i fem s.k. instrumentella aktiviteter för dagligt liv (IADL) – städning, tvätt, matlagning, matuppköp, transport allmänna kommunikationer. Fördelningen bland de inflyttande på antalet IADL-beroenden för respektive tidigare boendeform framgår av diagram 5. Registreringen avser läget vid årets början⁵ det år flyttningsbeslutet registrerades. För dem som tidigare inte hade insatser saknas denna registrering.

⁵ »Årets början» avser här den 1 mars resp. år och flyttningsåret året fram till den 1 mars följande år. Detta hänger samman med att SNAC-registreringen initialt tog sin början den 1 mars. Detta är också det datum som de årliga tvärsnittsundersökningarna hänför sig till.

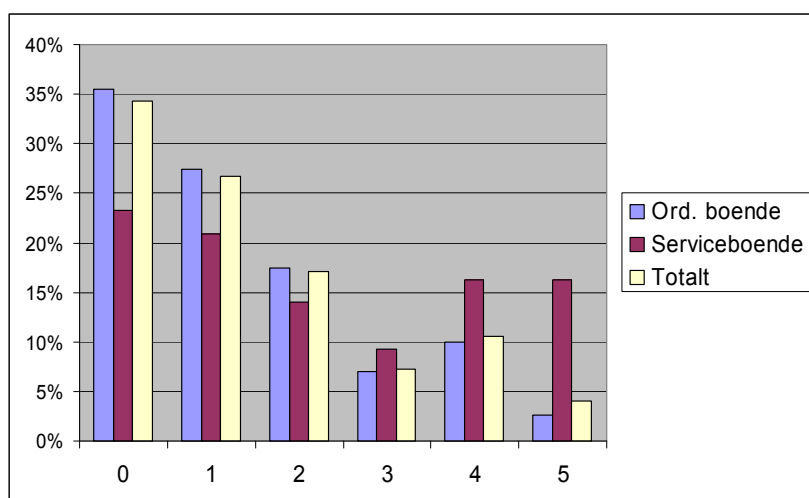
Diagram 5 Fördelning av de inflyttande på antal IADL-beroenden per tidigare boendeform



Omkring två tredjedelar av de inflyttande var som framgår beroende i samtliga IADL-aktiviteter och det är ingen skillnad härvidlag mellan de tidigare boendeformerna. Mer anmärkningsvärt är kanske att så pass stor andel som 20 procent vid årets början fortfarande var oberoende i två aktiviteter eller fler! En förklaring till detta kan vara att det sedan hände någonting som resulterade i beslut om flyttning. Vid mätning vid flyttningsårets slut är så gott som samtliga av de inflyttande beroende i samtliga IADL-aktiviteter.

Beroende i de s.k. PADL-aktiviteterna (bad och dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning och födointag) uppvisar naturligt nog en ganska annorlunda bild. Den motsvarande fördelningen på antal beroenden visas i diagram 6.

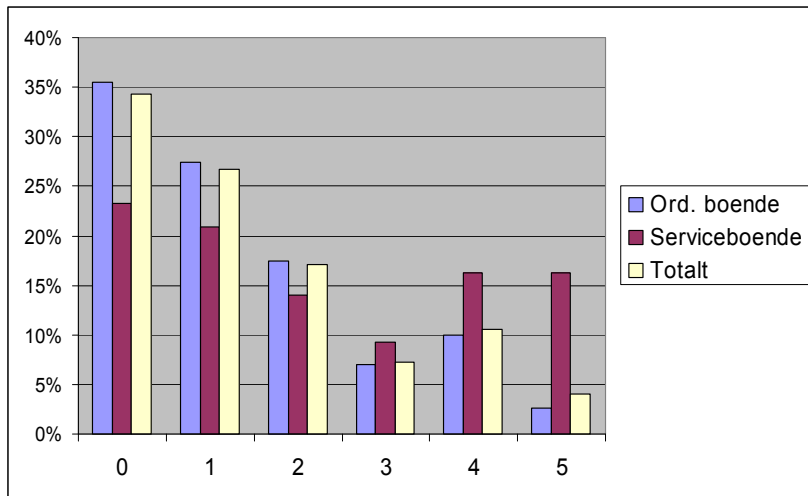
Diagram 6 Fördelning av de inflyttande på antal PADL-beroenden per tidigare boendeform



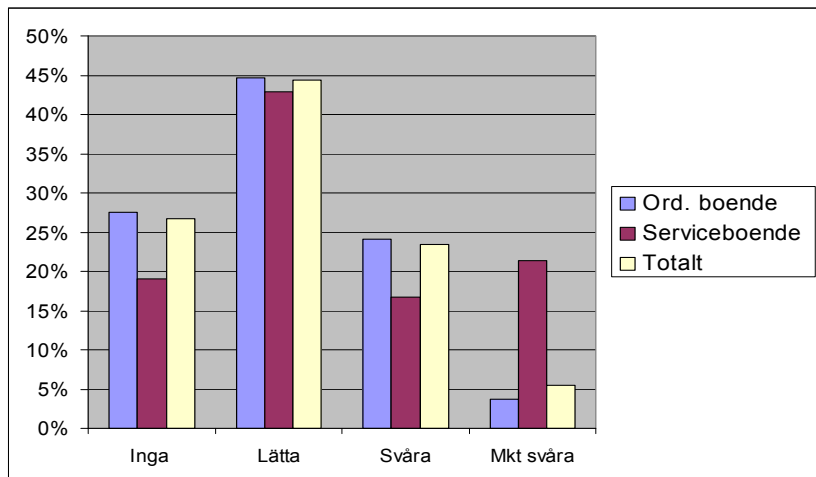
Påfallande är att fördelningen på antal PADL-beroenden för de inflyttande skiljer ganska starkt beroende på tidigare boendeform. En betydligt högre andel av dem som kom från serviceboende, 33 procent, var beroende i fyra eller fem av aktiviteterna jämfört med 12 procent av dem som kom från ordinärt boende. Detta illustrerar tydligt de stora skillnaderna när det gäller möjligheterna att bo kvar trots funktionsnedsättning! En tredjedel av de inflyttande från ordinärt boende hade ingen PADL-beroende vid flyttningsårets början. Situationen var dock en annan vid årets slut såsom framgår nedan.

Motsvarande fördelningen på kognitiv nedsättning (demenssjukdom) framgår av diagram 7. Som tidigare nämnts anges graden av nedsättning i fyra nivåer – ingen nedsättning, lätt, svår och mycket svår. Nivåerna är relaterade till Berger-skalan. Här är det speciellt andelen med mycket svår nedsättning som skiljer starkt beroende på tidigare boendeform. Serviceboendet ligger här betydligt högre och omvänt är andelen utan nedsättning lägre för dem som flyttat från denna boendeform. Förklaringen är förstås densamma som ovan. Personer i ordinärt boende med kognitiv nedsättning måste flytta till vård- och omsorgsboende innan nedsättningen blivit mycket svår!

Diagram 7 Fördelning av de inflyttande på graden av kognitiv nedsättning per tidigare boendeform

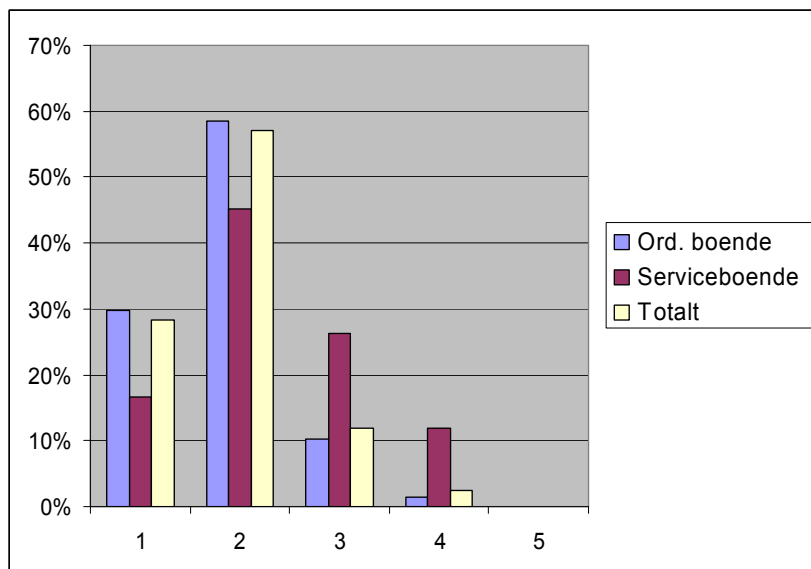


Situationen är, som framgår av diagram 8, ganska likartad när det gäller rörelsehinder. Även här är skalan fyrgradig och andelen av de inflyttande med mycket svåra rörelsehinder är betydligt högre bland dem som kommit från serviceboende. En fjärdedel av dem som kom från ordinärt boende hade inga rörelsehinder vid början av flyttningsåret.

Diagram 8 Fördelning av de inflyttande på graden av rörelsehinder per tidigare boendeform

Skillnaderna i funktionsnedsättning mellan de inflyttande från ordinärt och serviceboende framgår också tydligt när man sammanfattar funktionsnedsättningen i det s.k. PADL-index (jfr ovan). Fördelningen på grupperna framgår av diagram 9 nedan. Andelen av de inflyttande som vid årets början föll i grupperna 3 och högre var som man kan se betydligt högre bland dem som kom från serviceboende än dem från ordinärt boende – 38 respektive 12 procent.

Diagram 9 Fördelning av de inflyttande på PADL-grupper per tidigare boendeform



Även de psykosociala variablerna oro, nedstämdhet och beteendestörningar följer samma mönster, vilket framgår av de följande diagrammen 10–12. Samtliga dessa tre variabler mäts i SNAC i en fyrgradig skala från inga problem (0) till mycket svåra problem. (3). Svår eller mycket svår otrygghet är ungefär dubbelt så vanlig bland de inflyttande från serviceboende jämfört med dem som kom från ordinärt boende, 19 respektive 8 procent. För nedstämdhet gäller en motsvarande skillnad, 14 respektive 6 procent. Bland de inflyttande från serviceboende hade 6 procent behov av extratillsyn mot 2 procent av dem som tidigare bott i ordinärt boende och som framgår av diagram 11 hade 12 procent av de förra lätta eller svåra problem med svårhanterligt beteende mot endast 6 procent av de senare.

Diagram 10 Fördelning av de inflyttande med avseende på graden av oro och otrygghet per tidigare boendeform

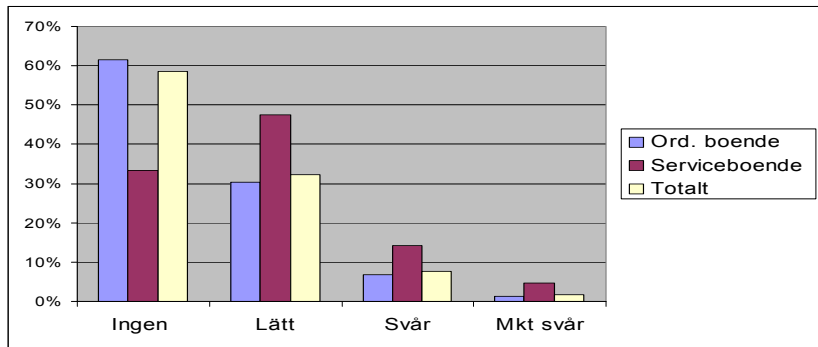


Diagram 11 Fördelning av de inflyttande med avseende på graden av nedstämdhet per tidigare boendeform

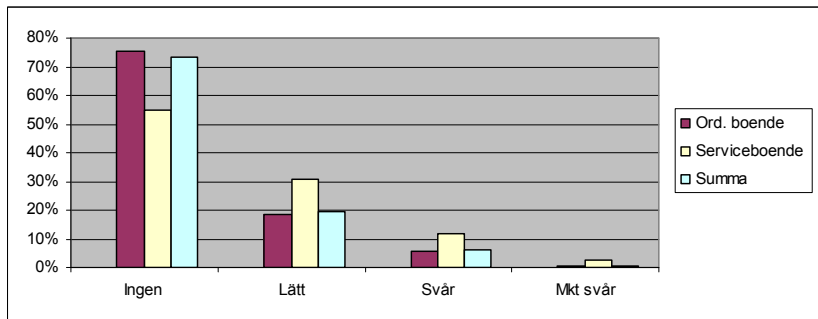
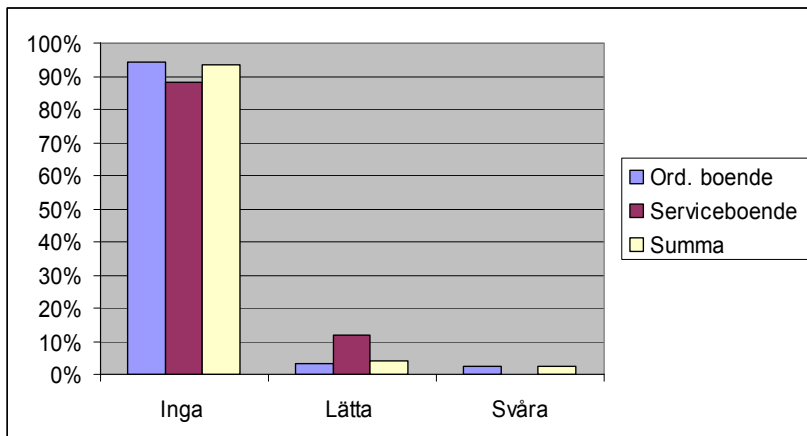
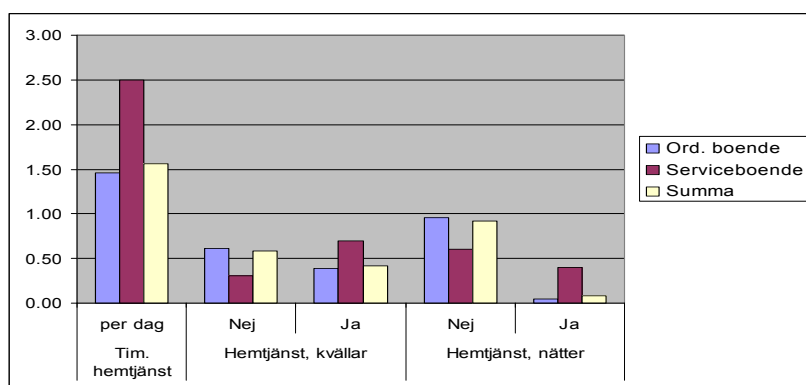


Diagram 12 Fördelning av de inflyttande med avseende på problem med svårhanterligt beteende



Den tidigare tilldelningen av hemtjänst för de inflyttande till vård- och omsorgsboende framgår av diagram 13, som visar genomsnittligt antal timmar per dag samt andelen med insats kvällar och nätter (i absoluta tal – ej procent!). Såväl genomsnittligt antal veckotimmar som andelarna med hjälp kvällar och nätter skiljer på Kungsholmen mycket starkt mellan ordinärt boende och serviceboende, så det är inte överraskande att samma skillnader dyker upp när det gäller dem som flyttat till vård- och omsorgsboende. I båda fallen gäller dock att de som flyttat haft större insatser än de kvarboende (se SNAC-K rapport nr.11).

Diagram 13 Tidigare tilldelning av hemtjänst för personer som flyttat till vård- och omsorgsboende

En annan form av hjälp, som kan påverka en flyttning, är informella insatser, dvs. insatser av maka/make, barn eller andra anhöriga eller övriga. Omfattningen av service- och/eller omvårdnadsinsatser för dem som flyttat framgår av diagrammen 14 och 15 nedan. Skillnaderna beroende på tidigare boendeform visar sig vara mycket små. Som man kan förvänta är också serviceinsatser, dvs. hjälp med matinköp, städning etc., mycket vanligare än personlig omvårdnad såsom hjälp med bad/dusch eller av- och påklädning.

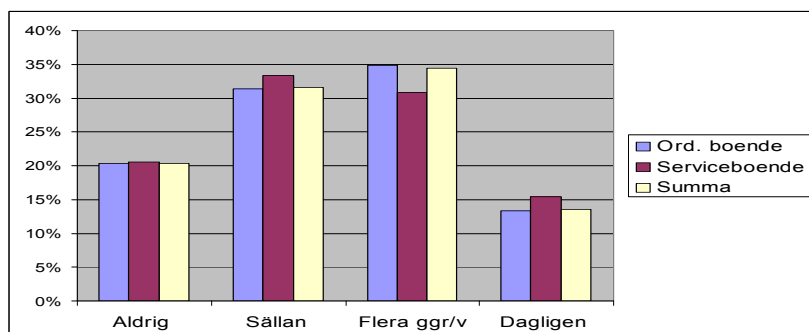
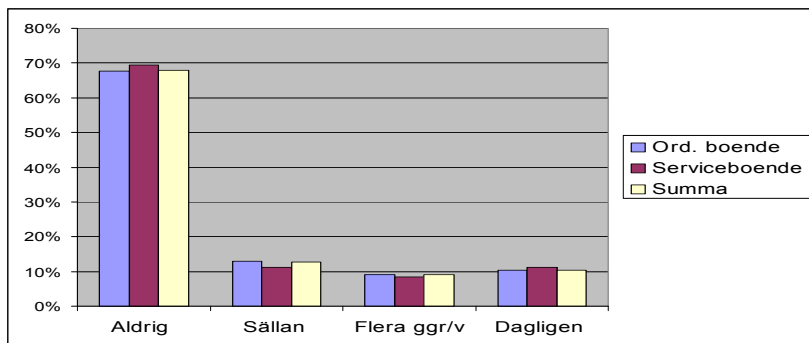
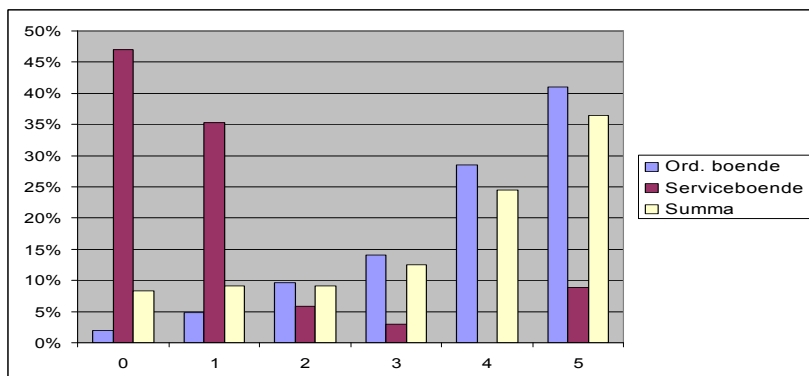
Diagram 14 Fördelning av de inflyttande med avseende på tillgång till informella serviceinsatser

Diagram 15 Fördelning av de inflyttande med avseende på tillgång till informella omvårdnadsinsatser



En annan faktor som kan tänkas påverka flyttningen till vård- och omsorgsboende är bostadens egenskaper såsom graden av anpassning till funktionshinder och tillgänglighet för personer med rörelsehinder. I SNAC-undersökningen markeras eventuella brister i bostaden såsom bristande tillgänglighet till badrum för rullstolsburna, förekomst av trösklar, avsaknad av larm etc. Fördelningen av antalet sådan brister i bostadens handikappanpassning för de inflyttande från ordinarie boende respektive serviceboende.

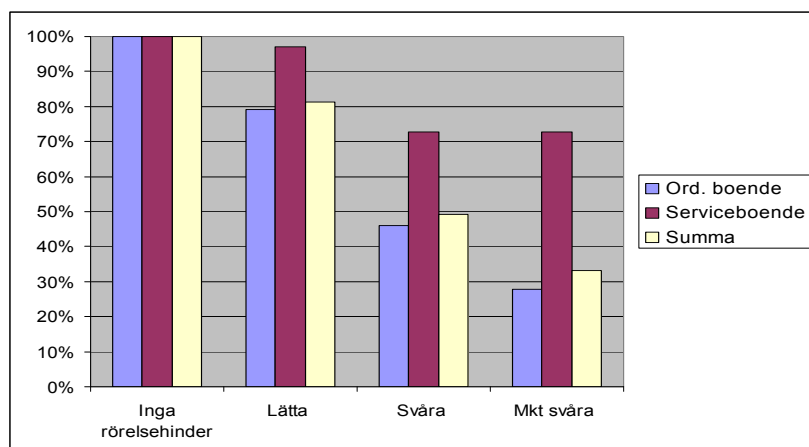
Diagram 16 Tidigare bostads grad av anpassning till funktionshinder – fördelning på antal brister



Man kan konstatera att skillnaden är mycket stor mellan de tidigare boendeformerna. Detta avspeglar dock mer generella skillnader än skillnader som avser de inflyttande. I serviceboendet är av naturliga skäl bostäderna handikappanpassade i mycket större utsträckning än i det ordinarie boendet. Tidigare analyser (se SNAC-K-rapport nr. 11) har visat att de som flyttar från ordinarie boende i högre utsträckning än de som bor kvar har haft sina bostäder handikappanpassade. Detta visar dock inte att anpassningen saknar betydelse för möjligheterna att bo kvar utan bör snarare tolkas som att dessa möjligheter att underlätta ett kvarboende redan utnyttjats och i längden befunnits otillräckligt.

I diagram 17 visas motsvarande resultat när det gäller bostadens tillgänglighet. Tillgängligheten mäts här i termer av den boendes rörelsehinder. Den bäst tillgängliga bostaden är den som är tillgänglig också för en person med mycket stora rörelsehinder, den minst tillgängliga den som endast är tillgänglig för personer utan rörelsehinder. Som förväntat är den tidigare bostadens tillgänglighet bättre för dem som flyttat från serviceboende. Men liksom ovan avspeglar detta mer skillnaderna mellan boendeformerna generellt än specifikt för de flyttande. Tidigare analyser har visat att bostadens tillgänglighet inte har någon större inverkan på sannolikheten för flyttning. Däremot påverkar den förstås i hög grad livskvaliteten för den rörelsehindrade boende, som i en bostad med dålig tillgänglighet tenderar att bli ”fånge i sitt eget hem”.

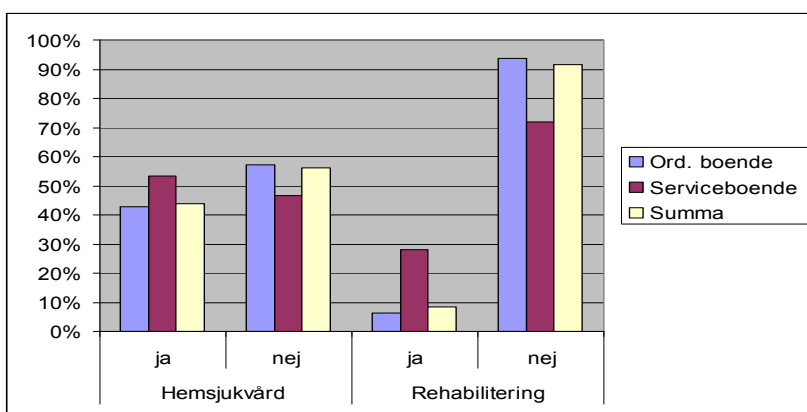
Diagram 17 Tidigare bostads tillgänglighet för personer med rörelsehinder – andel med bostad som är tillgänglig för personer med.....



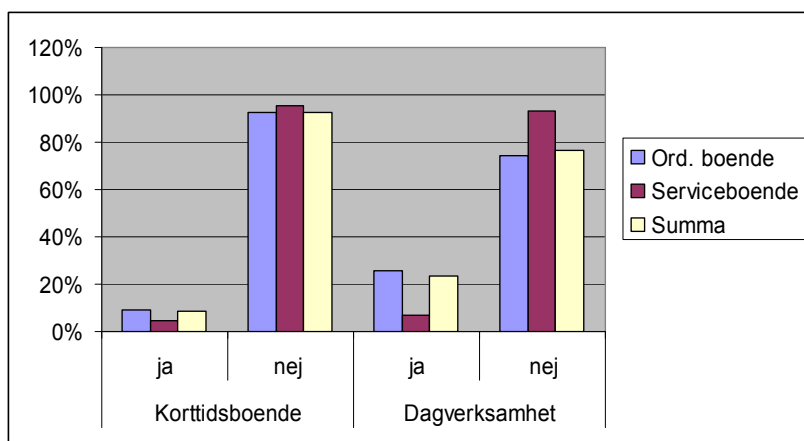
En annan faktor som kan ha betydelse för flyttning till vård- och omsorgsboende är tillgång till hemsjukvård och rehabilitering. Diagram 18 visar andelen av de inflyttande från respektive tidigare boendeform som haft sådana insatser.

När det gäller hemsjukvård är det inga större skillnader. Ungefär hälften av de inflyttande från såväl ordinärt boende som serviceboende hade haft sådana insatser – något fler i serviceboendet. Rehabilitering är däremot avsevärt vanligare i serviceboendet, såväl bland kvarboende som flyttande.

Diagram 18 Tillgång till hemsjukvård och rehabilitering för de inflyttande per tidigare boendeform



Motsvarande andelar när det gäller korttidsboende och dagverksamhet framgår av diagram 19.

Diagram 19 Korttidsboende och dagverksamhet för de inflyttande per tidigare boendeform

Andelen personer som vistades i korttidsboende innan de flyttade till särskilt boende är mycket låg oavsett om de flyttade från ordinarie boende eller serviceboende, men verkar ha varit vanligare för dem som flyttade från serviceboende. För dagverksamheten gäller det omvända, vilket avspeglar de skillnader som råder mellan de boende i respektive boendeform.

De resultat som redovisats avser i samtliga fall mätningar vid flyttningsårets början. Emellertid visar det sig att det under flyttningsåret sker mycket stora förändringar i graden av de olika funktionsnedsättningar som de inflyttande i vård- och omsorgsboende uppvisar. Diagrammen 20–24 visar medelvärdena för ett antal variabler mätt vid flyttningsårets början respektive slut uppdelat på tidigare boendeform.

Diagram 20 Medelvärde för antal IADL- respektive PADL-beroenden vid flyttningsårets början respektive slut per tidigare boendeform

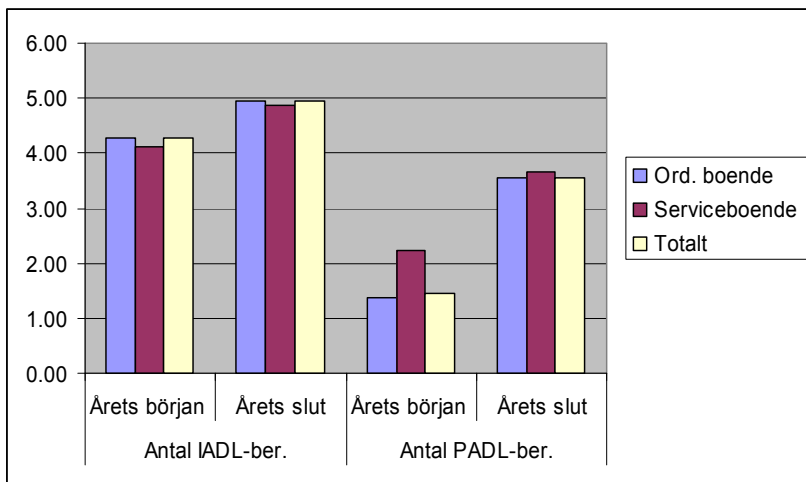


Diagram 21 Medelvärde för graden av kognitiv nedsättning respektive rörelsehinder vid flyttningsårets början respektive slut per tidigare boendeform

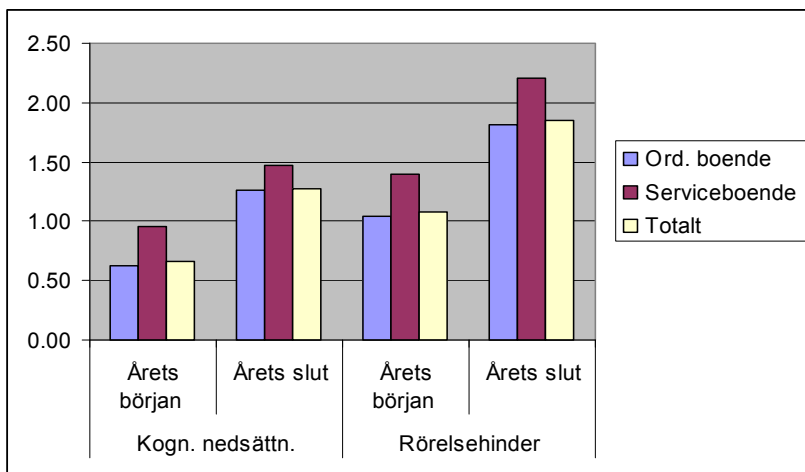


Diagram 22 Medelvärde för graden av urin- respektive faecesinkontinens vid flyttningsårets början respektive slut per tidigare boendeform

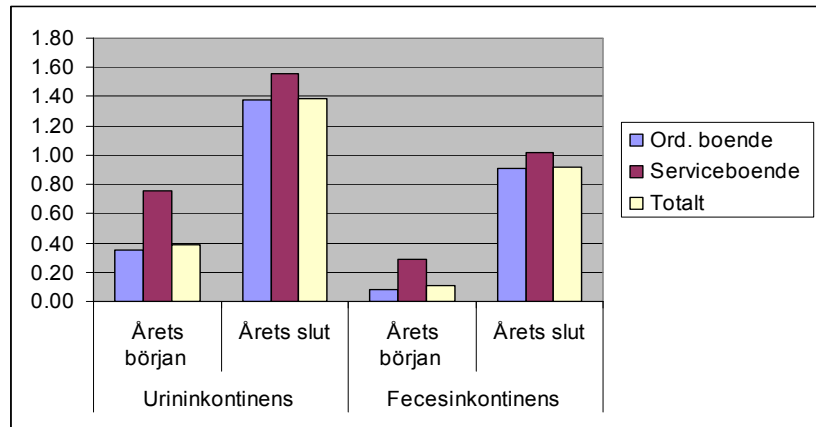


Diagram 23 Medelvärde för antal IADL- resp. PADL-beroenden vid flyttning-årets början respektive slut per tidigare boendeform

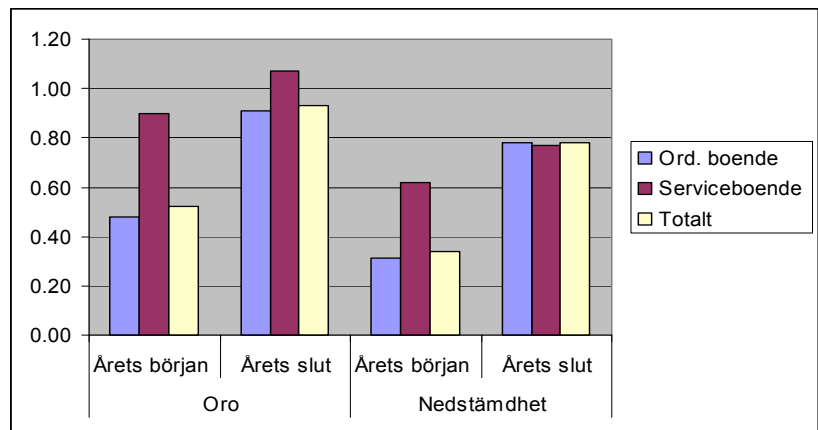
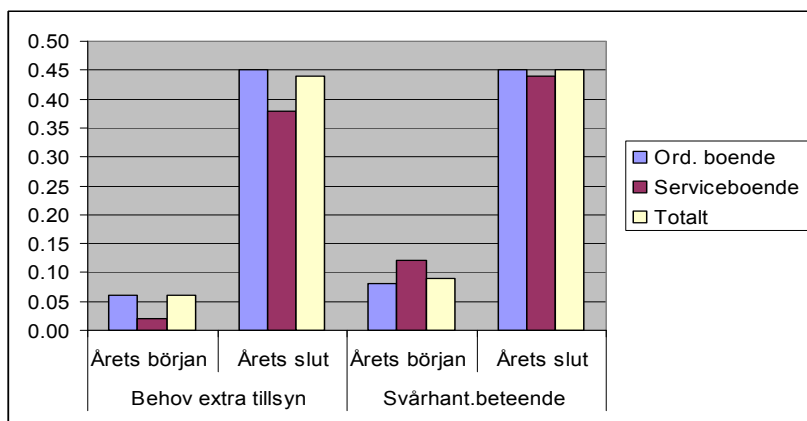


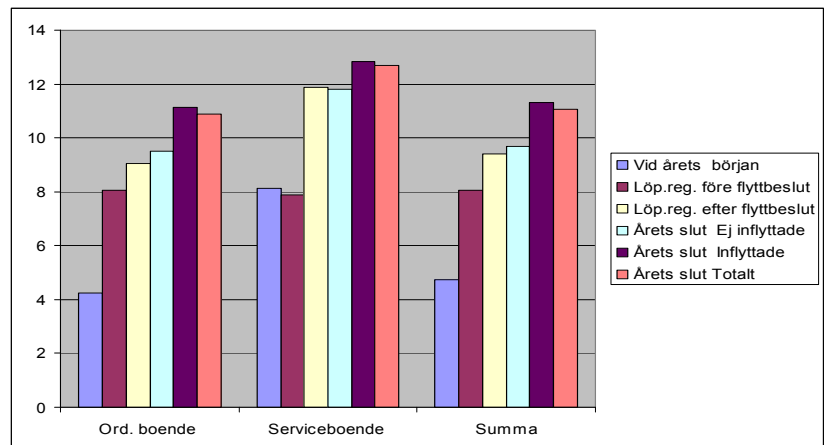
Diagram 24 Medelvärde för andel med behov av extra tillsyn respektive grad av svårhanterligt beteende vid flyttningsårets början och slut per tidigare boendeform



Diagrammen 20–24 visar tydligt de mycket stora – närmast dramatiska – ökningarna i graden av funktionsnedsättning i olika avseenden som sker under flyttningsåret. Som också framgår ligger de inflyttande från serviceboende vid årets början regelmässigt högre än de som kommer från ordinarie boende. Av diagrammen framgår att det sker en utjämning under året. Vid årets slut är skillnaderna genomgående avsevärt mindre eller t.o.m. utplånade.

Den stora frågan är givetvis vad det är som utlöser dessa stora förändringar. Är de en konsekvens av flyttningen eller är det förändringar under året som utlöst beslutet om flyttning? Eller är det kanske både och?

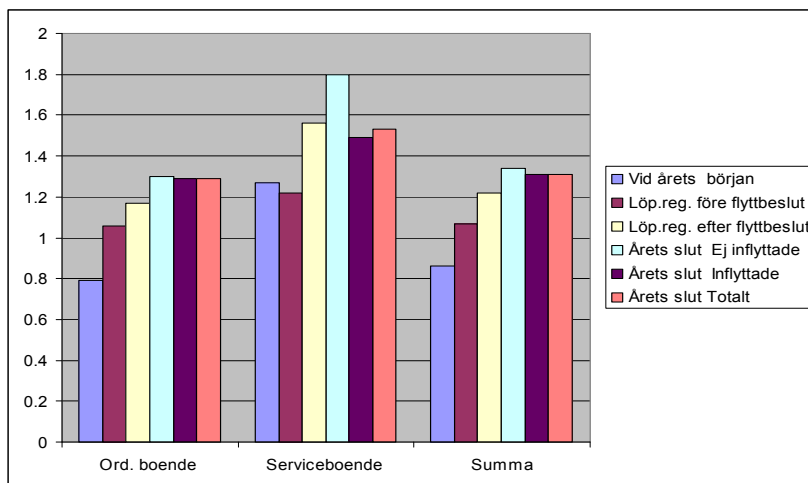
Diagrammen 25 och 26 kan i viss mån belysa denna mycket viktiga fråga. I diagram 25 har sammanställts medelvärdet för PADL-index (jfr ovan) för de inflyttande från respektive tidigare boendeform mätt vid flyttningsårets början i den ordinarie tvärsnittsundersökningen, vid en senare löpande registrering före respektive i samband med beslut om flyttning till heldygnsomsorg och vid årets slut – uppdelat på dem som flyttat in respektive ännu inte flyttat in samt totalt.

Diagram 25 Förändring i PADL under flyttningsåret – genomsnittligt PADL-index

Av diagram 25 kan man utläsa att förändringen i PADL-index för de inflyttande börjat redan innan flyttningsbeslutet samt att den sedan fortsatt så att index ligger högst vid mätningen vid årets slut för de personer som då flyttat in. Den utjämning som sker mellan de inflyttande från respektive boendeform framgår också tydligt.

En motsvarande analys har gjorts med avseende på graden av kognitiv nedsättning, se diagram 26.

Diagram 26 Förändring i graden av kognitiv nedsättning under flyttningsåret – genomsnittligt index



Mönstret här är mycket likartat och tendenserna desamma som för förändringar i PADL om än inte fullt så dramatiska. Detta är naturligt, eftersom graden av demens rimligtvis bör utvecklas mer gradvis, medan stroke eller en fallskada kan leda till en plötslig ökning av funktionsnedsättningen. Den slutsats man torde kunna dra är att många av de personer som flyttar till vård- och omsorgsboende har kommit in i en fas där försämringen sker mycket snabbare än tidigare och eventuellt, men kanske inte alltid, kopplad till ett trauma. För kopplingen till ett trauma talar de särskilda analyser som visar att de personer som flyttar under flyttningsåret har en avsevärt högre konsumtion av sjukhusvård (jfr SNAC-K rapport nr. 14).

3.2 Jämförelse mellan personer i ordinärt boende eller serviceboende med stora insatser av hemtjänst och personer i vård- och omsorgsboende

3.2.1 Inledning

Kvarboendepincipen innebär att man genom olika insatser såsom bostadsanpassning, hemtjänst, avlastning i korttidsboende, dagverksamhet m.m. försöker göra det möjligt för den äldre personen att bo kvar i ordinärt boende eller serviceboende. En del personer får därför relativt stora insatser till kostnader som överstiger genomsnittskostnaden för en plats i vård- och omsorgsboende. Detta får ses som ett uttryck för personens egna önskemål eftersom flyttning ur ett rent kommunalt kostnadsperspektiv vore ett bättre alternativ. I en strävan att minska behovet av platser i vård- och omsorgsboende, vilket kan vara motiverat av många andra skäl än höga kostnader, kan det vara av intresse att jämföra de personer som bor kvar med stora kommunala insatser med dem som bor i vård- och omsorgsboende. Frågan är: Vad utmärker de personer som bor kvar och som har omfattande insatser? Vad är det som gör att de kan bo kvar?

I det följande kommer att presenteras dels en jämförande statistisk analys av samma slag som redovisats ovan, dvs. med avseende på ålder, kön, boendeförhållanden och tillgång till informella insatser och olika former av funktionsnedsättning. Denna analys görs dels med data från SNAC-Kungsholmen, dels – i den utsträckning variablerna registrerats – med data från den s.k. fältundersökningen.

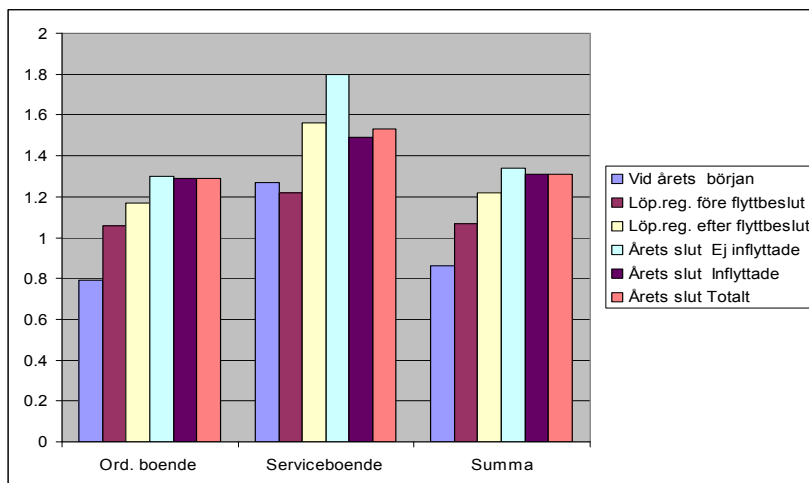
Den statistiska analysen kompletteras sedan med en dynamisk: Vad händer med personerna över tiden? I vilken utsträckning flyttar dessa personer senare till vård- och omsorgsboende? Hur stor är dödligheten bland dessa kvarboende? Behåller man sina funktioner bättre om man bor kvar? Data för den dynamiska analysen finns bara från SNAC-Kungsholmen.

Gränsen för ”stora insatser” har satts till 25 veckotimmar hemtjänst, vilket ungefär motsvarar genomsnittskostnaden för en plats i vård och omsorgsboende. De personer som har sådana omfattande insatser betecknas i fortsättningen för ”kvarboende”. När ordinärt boende och serviceboende redovisas sammantaget sker detta med den något oegentliga rubriken ”Eget boende”.

3.2.2 Statisk jämförelse med data från SNAC-Kungsholmen

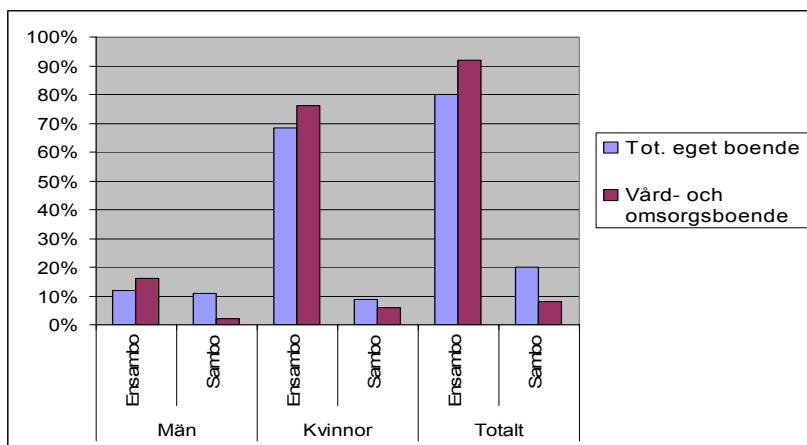
Av diagram 26 kan man utläsa att andelen yngre män är högre bland de kvarboende än bland dem som flyttat till vård- och omsorgsboende. Medelåldern skiljer knappt två år – 86,2 respektive 88,0 år. Den är högre för de kvarboende i serviceboende än i ordi- närt boende – 87,1 respektive 85,4 år.

Diagram 26 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på åldersgrupper och kön



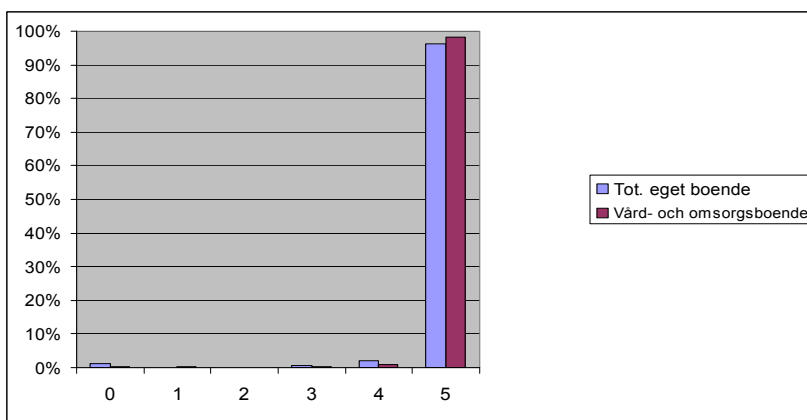
Det finns anledning att förmoda att skillnaden i ålders-/könsfördelning har att göra med boendeförhållandena. Detta bekräftas också av fördelningen på sam- och ensamboende (se diagram 27). En betydligt högre andel av de kvarboende än av dem i vård- och omsorgsboende är samboende. Detta gäller såväl män som kvinnor, men skillnaden är mycket större för männen. Omkring hälften av de kvarboende männen är samboende mot endast 12 procent för dem i vård- och omsorgsboende. Värt att notera är dock att ensamboende är betydligt vanligare än samboende även bland de kvarboende kvinnorna.

Diagram 27 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på sam- och ensamboende



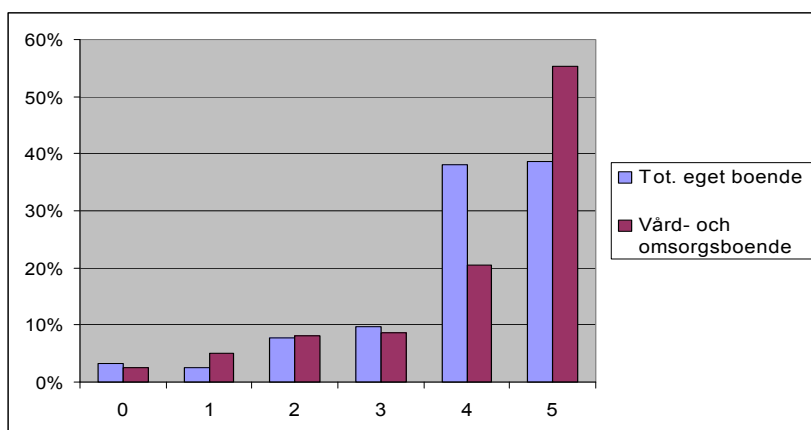
Eftersom det i båda fallen är fråga om personer som behöver mycket stöd och hjälp är givetvis förekomsten av IADL-beroende (jfr sid. 3) hög. Som framgår av diagram 28 har nästan alla maximalt antal IADL-beroenden i båda grupperna.

Diagram 28 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på antal IADL-beroenden



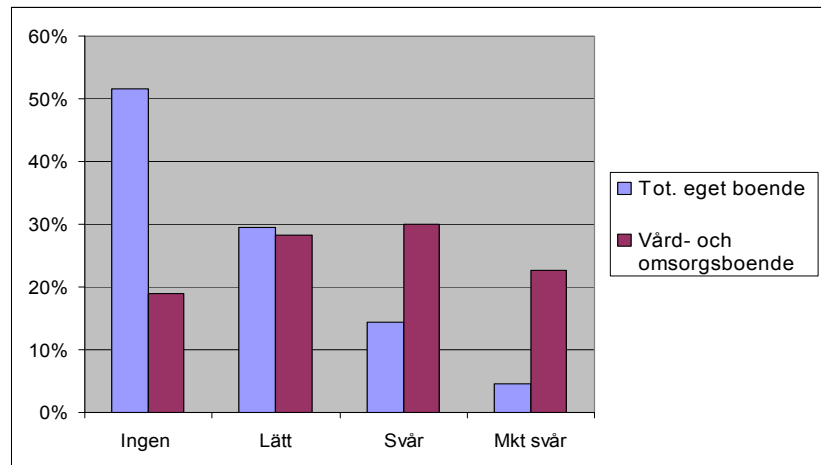
En skillnad mellan grupperna framträder dock för den motsvarande fördelningen på PADL-beroenden (diagram 29). I vård- och omsorgsboendet är en betydligt högre andel beroende för samtliga PADL-aktiviteter. Andelen med högst tre ADL-beroenden är dock lika stor i båda grupperna och nästan 40 procent av de kvarboende tillhör den helt nedsatta gruppen.

Diagram 29 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på antal PADL-beroenden



Det är alltså möjligt att bo kvar med avsevärda funktionsnedsättningar med avseende på beroende för aktiviteter i dagligt liv, men som framgår av diagram 30 blir situationen en annan om det är fråga om kognitiv nedsättning. Här finns det en avsevärd skillnad. Andelen med svår och mycket svår kognitiv nedsättning är för de kvarboende inte högre än 19 procent jämfört med 53 procent för dem som bor i vård- och omsorgsboende.

Diagram 30 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på grad av kognitiv nedsättning



När det gäller rörelsehinder är skillnaderna som framgår av diagram 31 inte alls lika uttalade. Totalt sett är andelen svåra och mycket svåra rörelsehinder faktiskt högre bland de kvarboende än bland dem i vård- och omsorgsboende – 81 respektive 75 procent. Som framhållits ovan är det i båda fallen fråga om personer med höggradig funktionsnedsättning. Detta blir också tydligt när man ser fördelningen på PADL-grupper i diagram 32 (jfr sid. 4).

Diagram 31 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på grad av rörelsehinder

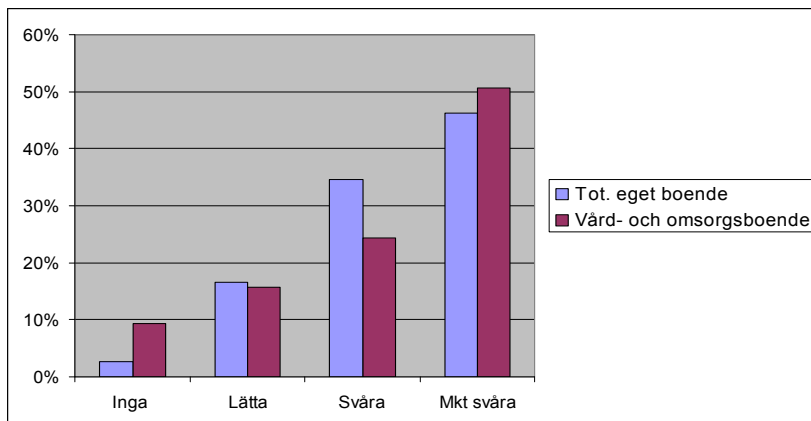
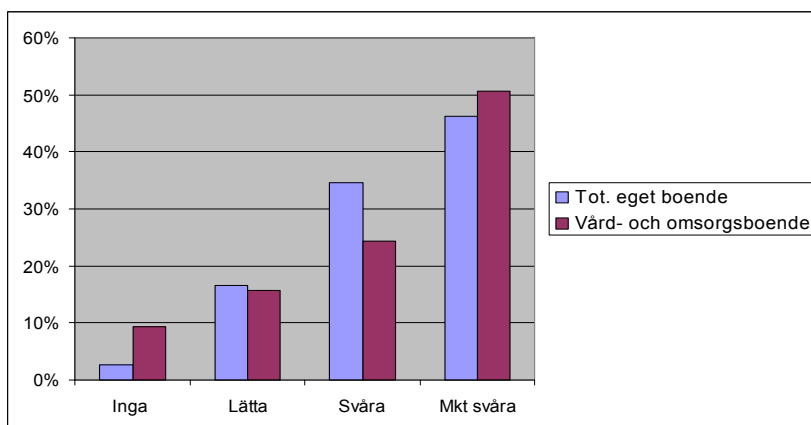


Diagram 32 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på PADL-grupper

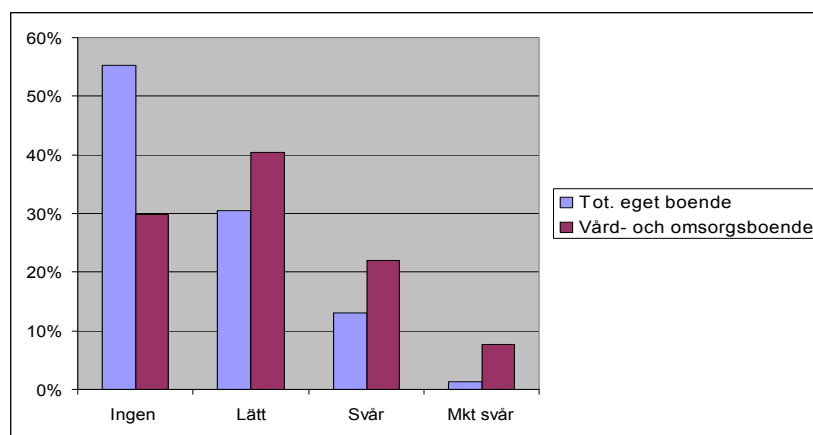


Skillnaden är påtaglig när det gäller andelen i den mest nedsatta gruppen, som är avsevärt högre i vård- och omsorgsboendet än för de kvarboende. Andelen i de två högsta grupperna är för de vård- och omsorgsboende dubbelt så hög som för de kvarboende – 56 respektive 28 procent. Detta visar tydligt att det trots stora insatser

finns gränser, även om de är mycket tänjbara, för hur funktionsnedsatt man kan vara för att kunna bo kvar i eget boende. Det mest utslagsgivande är uppenbart graden av kognitiv nedsättning.

Även psykosociala faktorer spelar uppenbart en roll. Diagram 33 visar fördelningen på grad av oro och otrygghet i de båda grupperna. Skillnaderna är slående. De kvarboende är som grupp betydligt tryggare än de som flyttat till vård- och omsorgsboende. Andelen med svår och mycket svår oro är för de förra bara 14 procent mot 30 procent för de senare. Ålders- och könsskillnaderna mellan de båda grupperna kommer här också in som en förklarande faktor.

Diagram 33 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på grad av oro och otrygghet



Även graden av nedstämdhet eller depression skiljer i hög grad, se diagram 34. Det gäller framför allt svår nedstämdhet, som är nästan obefintlig bland de kvarboende men drabbat 6 procent av dem som bor i vård- och omsorgsboende. Detta är inte förvånansvärt, eftersom de kvarboende får förmodas bo kvar av egen fri vilja, att de är psykiskt vitala och har en lust att leva självständigt även med de svårigheter detta innebär.

Andra stora skillnader berör behovet av extra tillsyn och förekomsten av beteendestörningar, som ofta har samband med kognitiv nedsättning. Av de kvarboende har endast var sjätte (17 procent) behov av extra tillsyn mot över hälften (53 procent) av dem i

vård- och omsorgsboende. Fördelningen med avseende på problem med svårhanterligt beteende framgår av diagram 35. Sådana problem är, som man kan förvänta sig, betydligt vanligare i vård- och omsorgsboende än bland de kvarboende. Svåra eller mycket svåra problem förekommer i 19 procent respektive 8 procent av fallen.

Diagram 34 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning på grad av nedstämdhet

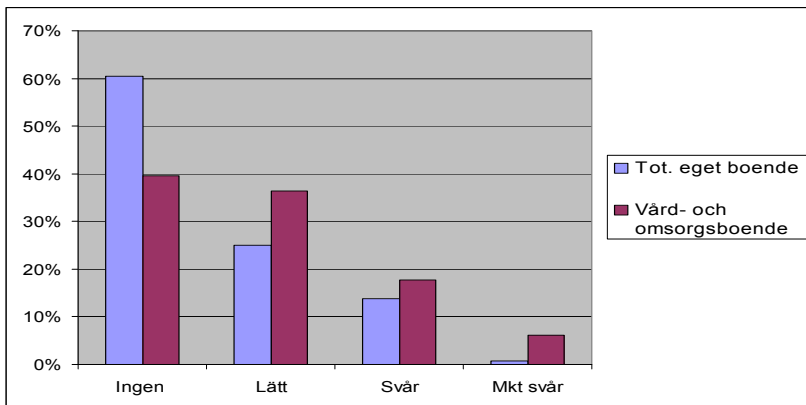
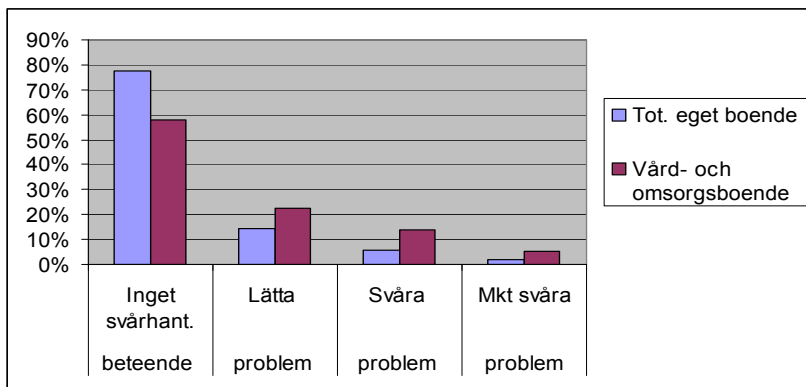


Diagram 35 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – fördelning med avseende på problem med svårhanterligt beteende



En faktor som givetvis har betydelse för möjligheterna att bo kvar i eget boende är tillgången till informella service- och omvårdnadsinsatser. Diagrammen 36 och 37 visar förekomsten av sådana informella insatser för personer med stora formella insatser i ordi-närt boende respektive serviceboende.

Diagram 36 Förekomsten av informella serviceinsatser för personer med stora formella insatser (> 25 veckotimmar hemtjänst)

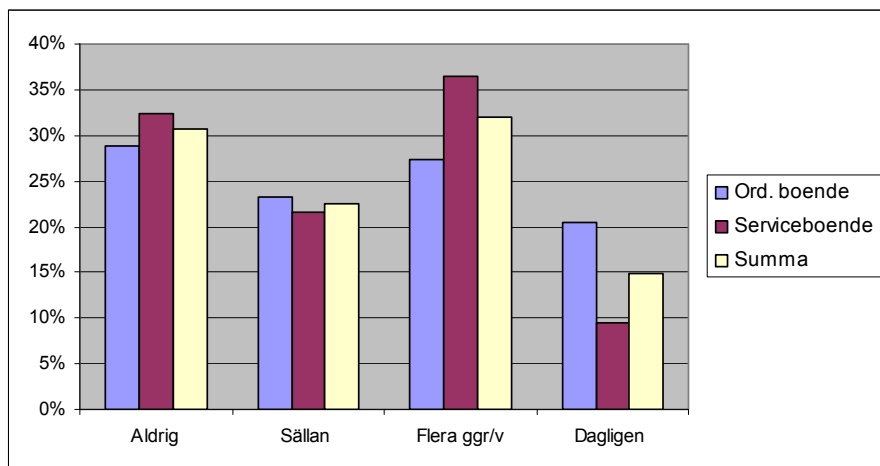
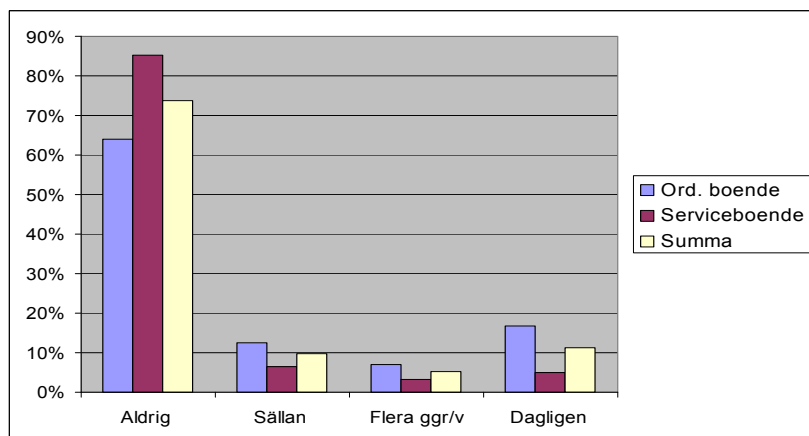


Diagram 37 Förekomsten av informella omvårdnadsinsatser för personer i eget boende med stora formella insatser (> 25 veckotimmar hemtjänst) per boendeform

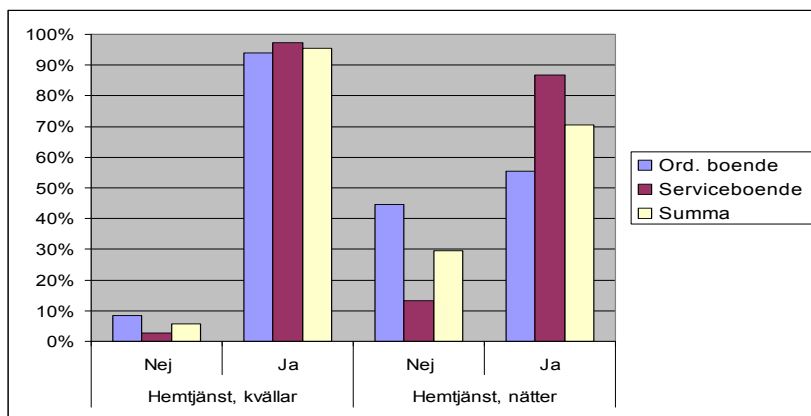


Resultatet kan jämföras med diagrammen 14 och 15 ovan som visade motsvarande för de inflyttande till vård- och omsorgsboende. En stor del av de kvarboende med stora formella insatser har också informella insatser, i första hand av servicekaraktär. Nästan hälften (47 procent) har sådana insatser flera gånger per vecka eller dagligen. Andelen är dock inte högre än bland de inflyttande. Den är i stort sett densamma i ordinärt boende och serviceboende.

Omvårdnadsinsatser är ovanligare, men ungefär en sjättedel (16 procent) av de kvarboende har omvårdnadsinsatser minst flera gånger per vecka. Bland de inflyttande är denna andel t.o.m. något högre (19 procent). Omvårdnadsinsatser för de kvarboende är av någon anledning betydligt vanligare i det ordinära boendet än i serviceboendet. Den slutsats man möjligen kan dra av detta är att tillgången till informella insatser inte i sig är avgörande om man skall kunna bo kvar. De är nödvändiga, men inte tillräckliga. Det är personens egna förhållanden som avgör.

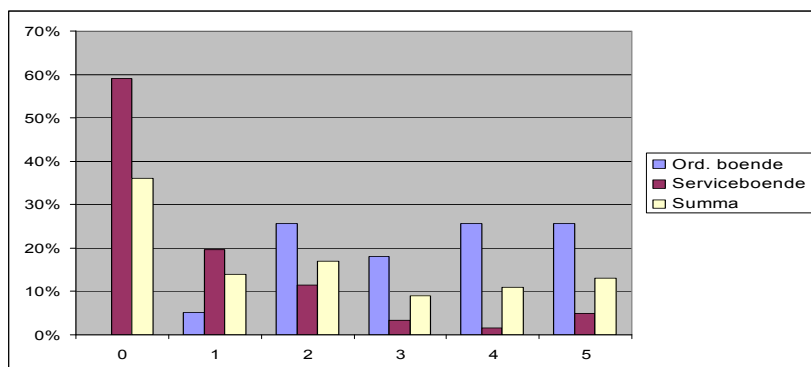
En mycket stor andel av de kvarboende med omfattande insatser har (formella) insatser kvällar och nätter. Förekomsten framgår av diagram 38. Här skiljer sig de kvarboende i hög grad från de inflyttande. Bland de senare är (jfr diagram 13) andelen med insats kvällstid inte högre än 42 procent och nattetid så låg som 8 procent. Andelarna är dock högre i serviceboendet, men ändå inte så höga som för de kvarboende.

Diagram 38 Hemtjänst kvällar och nätter för personer i eget boende med stora formella insatser (> 25 veckotimmar hemtjänst) per boendeform



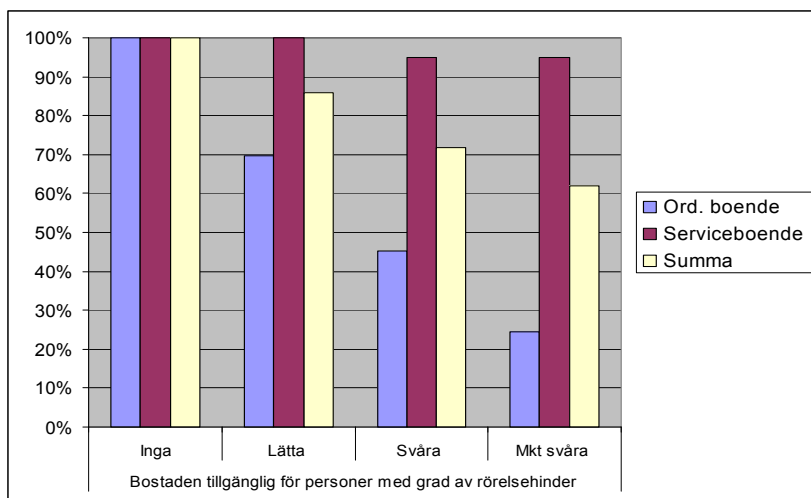
En annan fråga av betydelse för möjligheten att bo kvar är bostadens tillgänglighet och graden av anpassning av bostaden till funktionshinder. Situationen i dessa avseenden för de kvarboende med stora insatser framgår av diagrammen 39 och 40.

Diagram 39 Bostadens grad av anpassning till funktionshinder för personer i eget boende med stora formella insatser (> 25 veckotimmer hemtjänst) per boendeform – fördelning på antal brister



Precis som för de inflyttande (jfr diagram 16) är det här stora skillnader mellan ordinärt boende och serviceboende. Omkring hälften av de kvarboende i ordinärt boende bor i bostäder utan någon som helst eller mycket liten handikappanpassning (4–5 brister). Detta tycks alltså inte ha utgjort något hinder för kvarboendet. Andelen är dock lägre än för de inflyttande, där den uppgår till 70 procent (se diagram 16). I serviceboendet är situationen annorlunda. Omkring 80 procent av de kvarboende bor i bostäder med högst en brist. Bland de inflyttande är här andelen ungefär lika hög (82 procent).

Diagram 40 Bostadens tillgänglighet med avseende på graden av rörelsehinder för personer i eget boende med stora formella insatser (> 25 veckotimmar hemtjänst) per boendeform

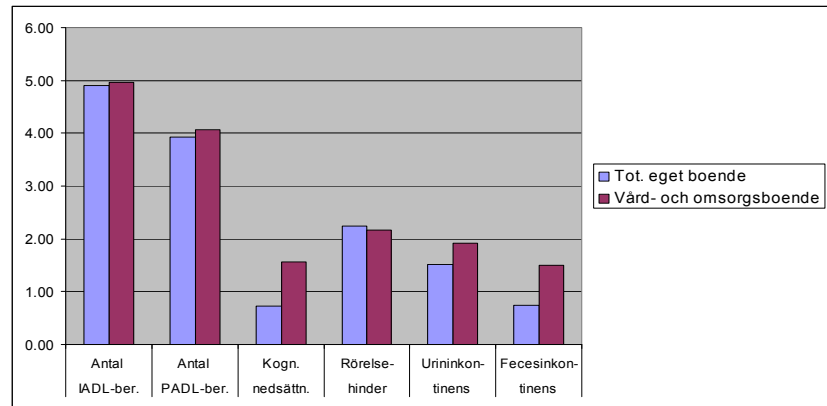


Endast en fjärdedel av de kvarboende i ordinärt boende bor i bostäder som är tillgängliga för personer med mycket svåra rörelsehinder. I serviceboendet är andelen personer i denna grupp betydligt högre, drygt 70 procent. Andelarna för de inflyttande ligger i båda fallen på samma nivå.

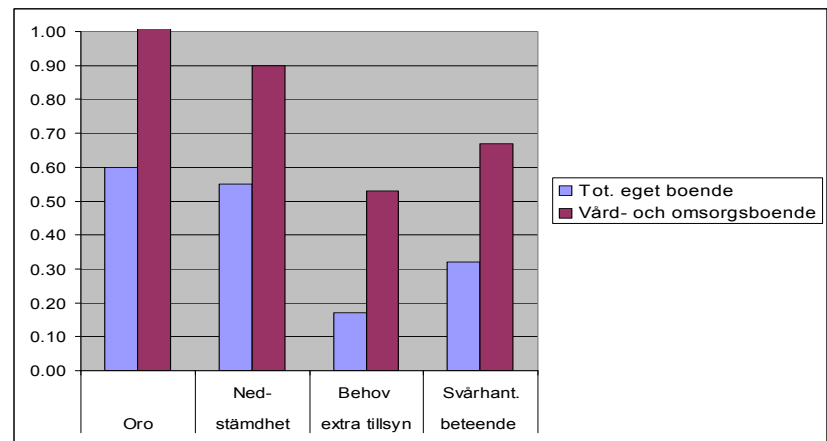
En sammanfattande jämförelse avseende graden av funktionsnedsättning i olika avseenden mellan de kvarboende i eget boende med stora kommunala insatser och de boende i vård- och omsorgsboende visas i diagrammen 41A och B. Antalet IADL- och PADL-variabler med beroende är maximalt fem – skalan för de övriga variablerna från 0 till 3, där 0 betecknar inga problem och 3 maximala problem.

Diagram 41 Jämförelse mellan personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst ("kvarboende") och personer i vård- och omsorgsboende – medelvärden för olika variabler avs. funktionsnedsättning

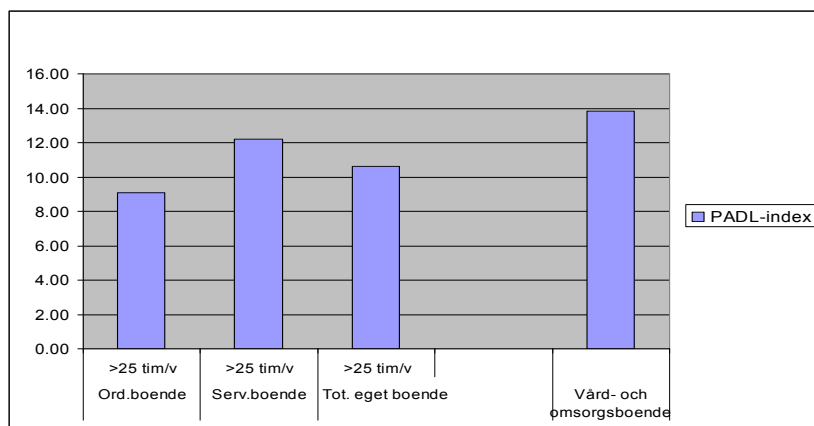
A.



B.



C.



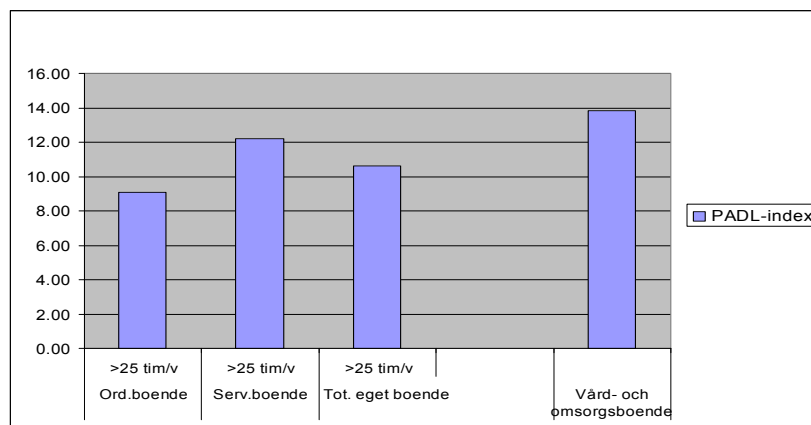
Det framgår tydligt att det som skiljer de båda grupperna framförallt handlar om psykosociala variabler såsom kognitiv nedsättning, oro och otrygghet, nedstämdhet, behov av extra tillsyn och svårhanterligt beteende. När det gäller mer fysiska funktionshinder som ADL-beroende och rörelsehinder är skillnaderna små. Det framgår också (diagram 41C) att de kvarboende med stora insatser i serviceboende är mer funktionsnedsatta än de i ordinärt boende, vilket återigen visar att möjligheterna att bo kvar med funktionshinder är större i detta boende. Genomsnittlig funktionsnedsättning, mätt med PADL-index, ligger dock högst i vård- och omsorgsboendet.

3.2.3 Statisk jämförelse med data från fältundersökningen

Stadsdelen Kungsholmen i Stockholm är ett innerstadsområde med en ganska speciell befolkningsstruktur. Befolkningen är relativt välutbildad och andelen äldre kvinnor är extremt hög. Tilldelningen av kommunal äldreomsorg är till följd av detta högre än genomsnittligt, men kontrollerat för befolkningens ålders- och könsammansättning inte avvikande från riksgenomsnittet. Ändå finns det skäl att fråga sig om de resultat, som här redovisats och som bygger på Kungsholmsdata, är representativa för äldreomsorgen i riket. Genom tillgången till data från den ovan beskrivna fältundersökningen finns en möjlighet att studera detta för de variabler som

ingått i denna studie. För den skull kommer i det följande ett antal diagram att redovisas som bygger på data från denna undersökning.

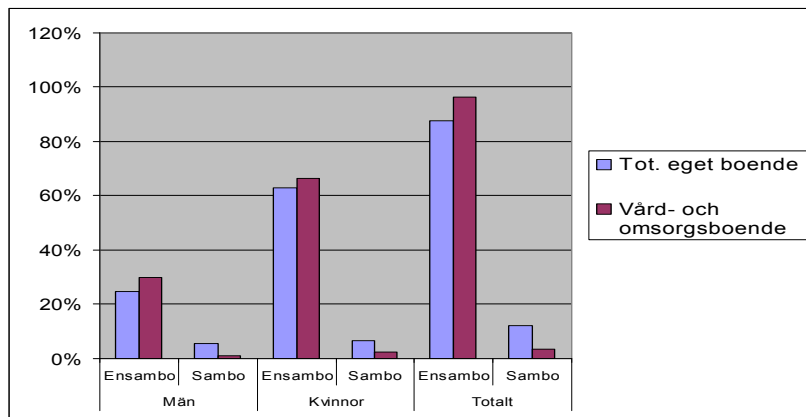
Diagram 42 Jämförelse personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst och personer i vård- och omsorgsboende med data från fältundersökningen – fördelning på ålder och kön



Den största avvikelserna här gäller andelen yngre kvinnor, som är betydligt fler bland de kvarboende med stora insatser. Könsfördelningen är nästan precis densamma i båda grupperna, men de kvarboende är som genomsnitt något äldre. Den ovan observerade överrepresentationen av yngre män bland de kvarboende (se diagram 26) finns alltså inte i detta material.

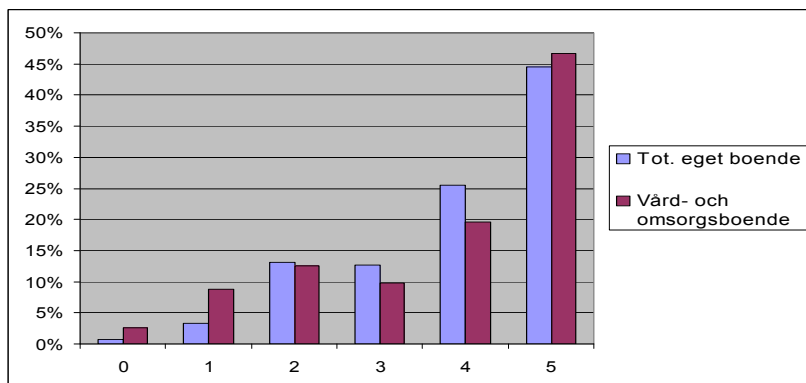
Fördelningen på sam- och ensamboende per kön framgår av diagram 43. I likhet med tidigare (jfr diagram 27) är andelen samboende betydligt högre bland de kvarboende än bland dem som bor i vård- och omsorgsboende. Fortfarande är dock de allra flesta kvarboende ensamboende.

Diagram 43 Jämförelse personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst och personer i vård- och omsorgsboende med data från fältundersökningen – fördelning på sam-/ensamboende och kön



I fältundersökningen registrerades inte IADL-beroende, dvs. beroende med avseende på städning, tvätt, matlagning etc. Fördelningen med avseende på antalet PADL-beroenden framgår av diagram 44.

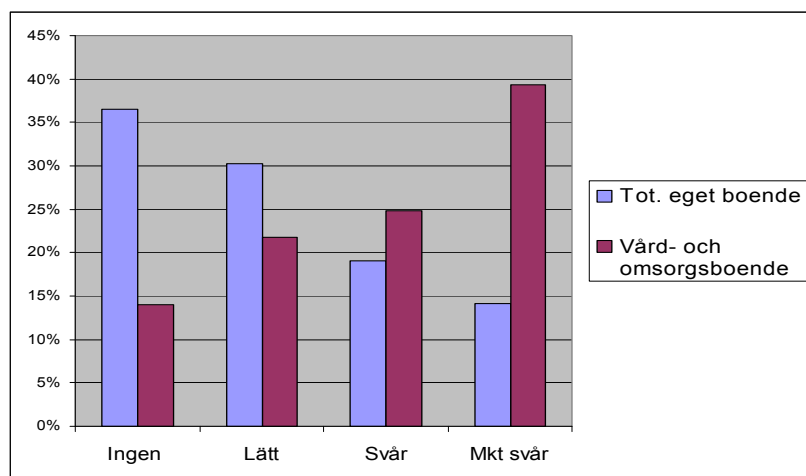
Diagram 44 Jämförelse personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst och personer i vård- och omsorgsboende med data från fältundersökningen – fördelning på antalet PADL-beroenden



Överensstämmelsen är som synes mycket god mellan de båda grupperna. Man ser inte som i Kungsholmsmaterialet en skillnad i andelen som är beroende för samtliga PADL-aktiviteter.

När det gäller kognitiv nedsättning (se diagram 45) är dock resultatet helt i linje med det som tidigare framkommit. De kvarboende med stora insatser är kognitivt nedsatta i betydligt mindre grad än de boende i vård- och omsorgsboende. Skillnaderna mellan grupperna är i fältundersökningen snarast större än bland vårdtagarna på Kungsholmen (jfr diagram 30). Man kan också se att andelen vårdtagare med kognitiv nedsättning är högre både bland dem som bor kvar och dem som flyttat.

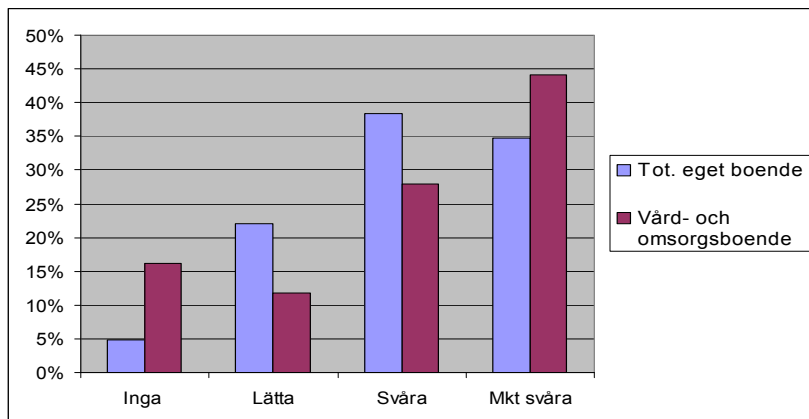
Diagram 45 Jämförelse personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst och personer i vård- och omsorgsboende med data från



fältundersökningen – fördelning på grad av kognitiv nedsättning

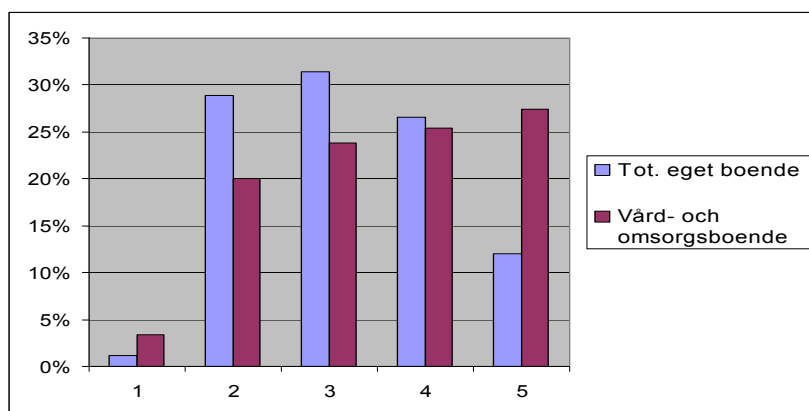
Förekomsten av rörelsehinder i de båda grupperna framgår av diagram 46. Liksom i Kungsholmsmaterialet är det inga större systematiska skillnader mellan de båda grupperna. Genom att datamaterialet är förhållandevis litet (156 kvarboende personer) uppkommer dock vissa statistiska variationer.

Diagram 46 Jämförelse personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst och personer i vård- och omsorgsboende med data från fältundersökningen – fördelning på grad av rörelsehinder



Liksom tidigare har graden av funktionsnedsättning sammanfattats i ett PADL-index, som sedan legat till grund för en indelning i PADL-grupper. Resultatet av denna indelning framgår av diagram 47.

Diagram 47 Jämförelse personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst och personer i vård- och omsorgsboende med data från fältundersökningen – fördelning på grad av PADL-grupper

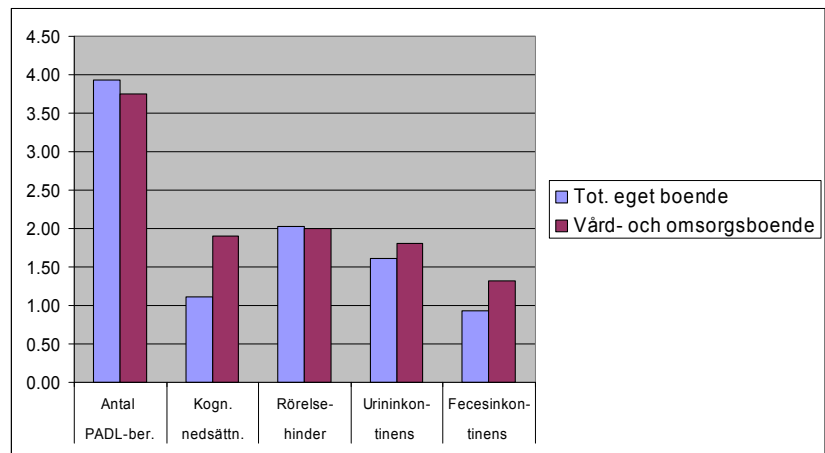


Resultatet överensstämmer väl med dem som är baserade på Kungsholmsdata och som tidigare redovisats. Skillnaden mellan de båda grupperna gäller framförallt andelen personer i den mest nedsatta gruppen.

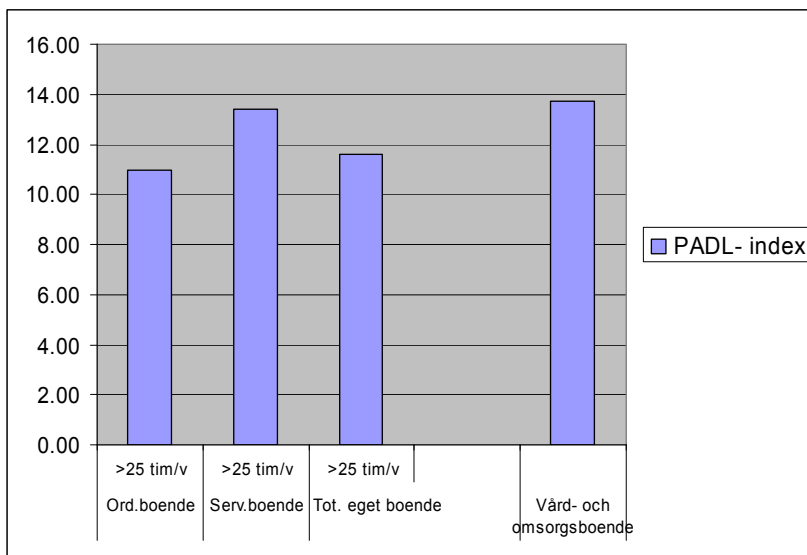
I det här fallet är dock skillnaden inte lika stor. I fältundersökningens kommuner verkar generellt sett de kvarboende med stora insatser vara något mer lika dem som bor i vård- och omsorgsboende. Detta framgår också av diagram 48, som visar medelvärden för de olika variabler som beskriver funktionsnedsättning.

Diagram 48 Jämförelse personer i eget boende med >25 veckotimmar hemtjänst och personer i vård- och omsorgsboende med data från fältundersökningen – medelvärden för olika variabler som beskriver funktionsnedsättning

A.



B.



Tyvär innefattade fältundersökningen inte de psykosociala variablerna oro, nedstämdhet etc. som uppvisade de största skillnaderna mellan de två jämförda grupperna. Skillnaden när det gäller kognitiv nedsättning överensstämmer dock mycket väl. Det finns därför skäl att tro att mönstret skulle varit detsamma, nämligen att det är psykosociala förhållanden mer än något annat som möjliggör kvarboende även för personer med mycket hög grad av funktionsnedsättning. Mönstret när det gäller genomsnittlig funktionsnedsättning, mätt med PADL-index, stämmer mycket bra med Kungsholmsdata. Intressant att notera är att medelvärdet för vård- och omsorgsboendet är nästan exakt detsamma i de båda materialen – 13,85 respektive 13,71.

En annan fråga när det gäller kvarboendet med stora insatser är vad som händer med dessa personer över tiden. Detta kommer att tas upp till behandling i nästa avsnitt.

3.3 Dödlighet och förändring av grad av funktionsnedsättning beroende på boendeform

3.3.1 Inledning

Som tidigare konstaterats är den kommunala vården och omsorgen ett dynamiskt system med relativt snabb omsättning av vårdtagarna. Eftersom det i stor utsträckning handlar om vård i livets slutskede är dödligheten en viktig, för vård- och omsorgsboendet en dominerande, del av omsättningen. Men behoven av äldreomsorg i de olika boendeformerna styrs också i hög grad av hur det individuella behovet av stöd och hjälp förändras över tiden. Insatserna måste anpassas till hur graden av funktionsnedsättning utvecklas hos vårdtagarna. Denna utveckling förlöper inte jämnt. Trauman och akuta insjuknanden kan leda till snabba förändringar i förmågan att klara sitt dagliga liv. Det förekommer också, åtminstone temporära, förbättringar spontant eller till följd av framgångsrik rehabilitering.

Både dödlighet och förändring av graden av funktionsnedsättning påverkas av den äldre personens omgivning, boendeförhållanden, tillgång till stimulans och möjligheter till fysisk, social och kulturell aktivitet etc. En viktig fråga i samband med utformningen av boendeformer för äldre är då om de skiljer sig åt med avseenden på nämnda faktorer och hur detta i sin tur påverkar dödlighet och behovsutveckling. Dödlighet och behovsutveckling kan då ses också som indikatorer på livskvalitet.

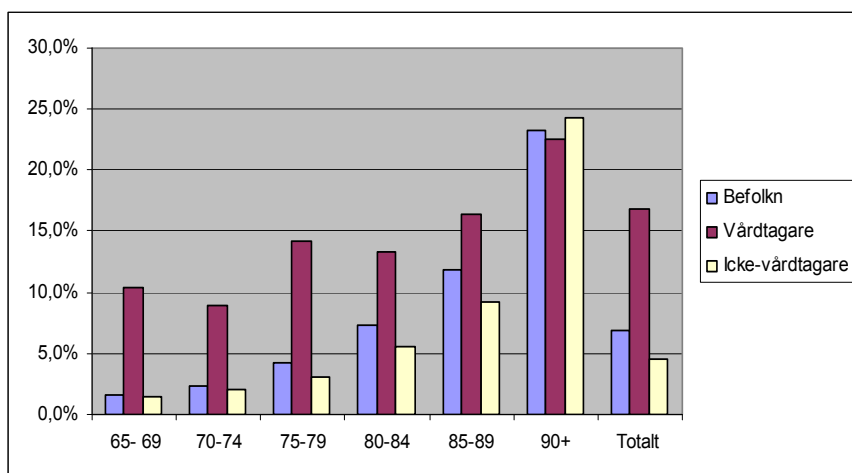
Dödligheten kan mätas exakt och relateras till ålder, kön, boendeform, grad av funktionsnedsättning etc. Det normala är att mäta dödligheten per år. En bedömning av behovet av stöd och hjälp eller graden av funktionsnedsättning påverkas oundvikligen av subjektiva faktorer, som kommer att variera från en bedömare till en annan och över tiden. För att i någon mån reducera effekten av dessa mätfel kan det vara lämpligare att mäta förändringar av detta slag över en längre tidsperiod, i detta sammanhang en treårsperiod. Förbättringar av den bedömda funktionen förekommer även över en så pass lång tidsperiod. Sådana förbättringar kan vara verkliga förbättringar eller utslag av variationer i bedömningen. Genom att studera nettoresultatet – andelen som blivit ”bättre” minus andelen som blivit ”sämre” – kan man få ett mått på hur funktionsförmågan förändras som genomsnitt. I fortsättningen redovisas resultatet av beräkningar avseende ettårsdödligheten per ålder och kön, grad av

funktionsnedsättning och boendeform samt förändringen i funktionsnedsättning på tre år per ålder och kön, grad av funktionsnedsättning och boendeform och slutligen en jämförelse avseende dödlighet och funktionsförändring mellan personer i eget boende med stora insatser och personer i vård- och omsorgsboende.

3.3.2 Ettårsdödligheten per ålder och kön, grad av funktionsnedsättning och boendeform

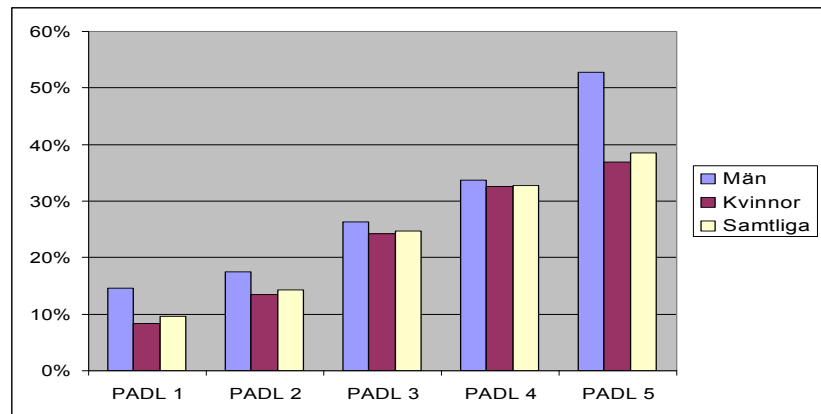
Det är välbekant att dödligheten ökar med åldern och att den är högre för män än för kvinnor. Som framgår av diagram 49 är den också i alla åldersgrupper utom de äldsta högre för vårdtagare inom äldreomsorgen än för icke-vårdtagare. Skillnaden är större för yngre vårdtagare än för äldre.

Diagram 49 Ettårsdödlighet per åldersgrupp för vårdtagare och icke-vårdtagare

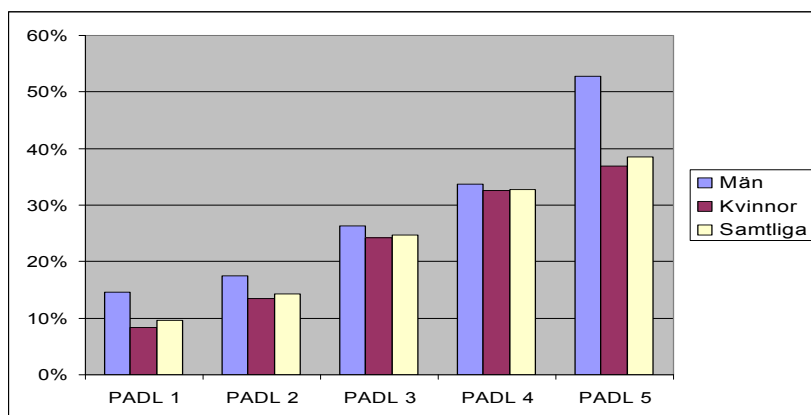


Den högre dödligheten för vårdtagarna – givet åldersgrupp – avspeglar att dödligheten har ett samband med graden av funktionsnedsättning. I diagram 50 visas dödligheten per PADL-grupp (jfr sid.4) uppdelad på kvinnor och män. Bland män i den mest nedsatta PADL-gruppen 5 är dödligheten särskilt hög. De mest nedsatta vårdtagarna omsättes således mycket snabbare än de mindre funktionsnedsatta.

Diagram 50 Ettårsdödlighet per PADL-grupp, män och kvinnor



En fråga av stort intresse är givetvis om boendeformen påverkar dödligheten. Leder det fullständiga omhändertagandet i vård- och omsorgsboendet till att de boende där lever längre eller är det tvärtom så att de som bor kvar i eget boende får en större lust att leva och som följd av detta en lägre dödlighet. Eftersom dödligheten starkt beror av ålder, kön och grad av funktionsnedsättning och samtliga dessa tre faktorer starkt skiljer mellan boendeformerna måste en rättvisande jämförelse kontrollera för dessa skillnader i sammansättningen av de boende. Detta kan göras med den statistiska teknik, som kallas standardisering. I detta fall innebär det att man jämför dödligheten mellan boendeformerna *om* sammansättningen av vårdtagarna med avseende ålder, kön och funktion varit densamma. I diagram 51 nedan visas ettårsdödligheten per boendeform beräknat dels direkt, dels efter standardisering.

Diagram 51 Ettårsdödlighet per boendeform, före respektive efter standardisering

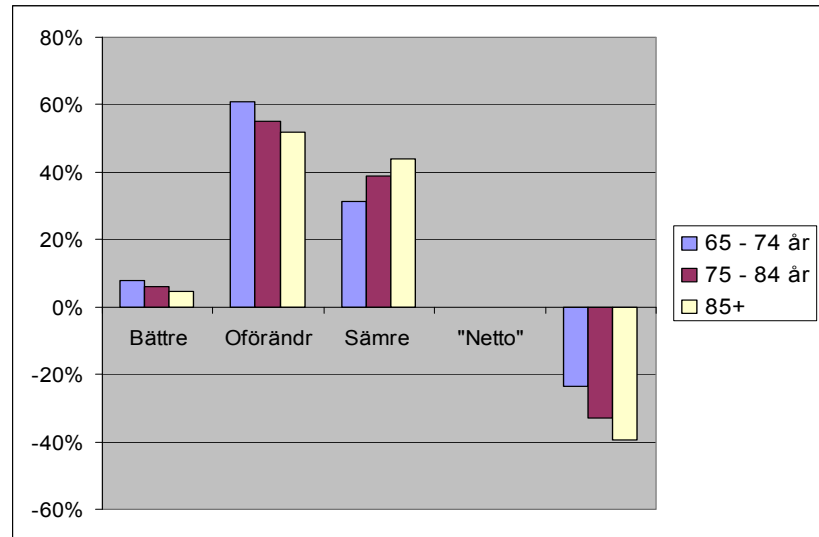
Före standardisering erhåller man givetvis stora skillnader mellan boendeformerna. Dödligheten i vård- och omsorgsboendet är mer än dubbelt så hög som i det ordinära boendet – 28 respektive 11 procent. Men det är intressant att notera att en stor del av skillnaden kvarstår efter det att man tagit hänsyn till den annorlunda sammansättningen av vårdtagarna. Det kan alltså vara så att det egna boendet stimulerar personen till att överleva längre trots funktionsnedsättning. Även regressionsanalys visar att boendeformen inverkar signifikant på dödligheten kontrollerat för ålder, kön och funktionsnedsättning.

3.3.3 Förändring i funktionsnedsättning på tre år per ålder och kön, grad av funktionsnedsättning och boendeform

Beräkningen av förändringen i funktionsnedsättning har gjorts med utgångspunkt från PADL-index (jfr sid. 4). Med hjälp av detta görs en indelning i PADL-grupper. Förändringen mäts sedan utgående ifrån om personen efter en treårsperiod övergått till en högre grupp, dvs. blivit ”sämre”, ligger kvar i samma grupp eller gått till en lägre grupp, dvs. blivit ”bättre”. Vidare noteras nettoförändringen, dvs. andelen som blivit ”bättre” minus andelen som blivit ”sämre”. Precis som när det gäller dödligheten beror förändringen i funktionsnedsättning på ålder, kön, grad av funktionsnedsättning

och boendeform. Diagram 52 visar per åldersgrupp respektive andelar som blivit ”sämre”, är oförändrade eller blivit ”bättre” samt nettoförändringen.

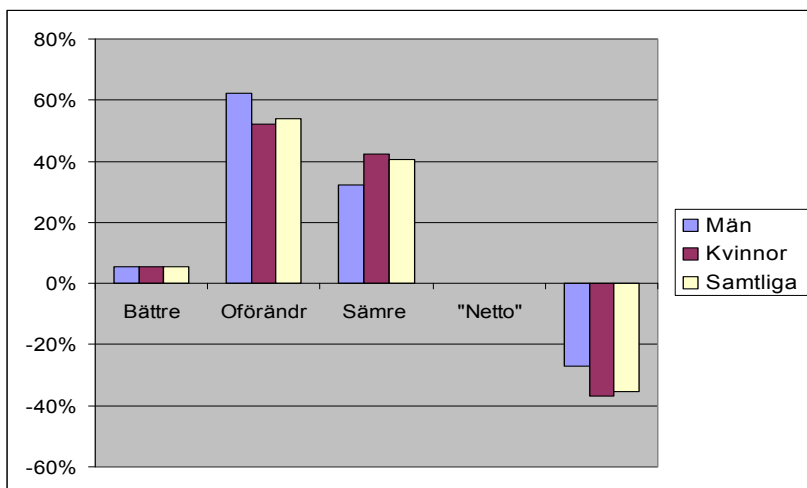
Diagram 52 Förändring i funktionsnedsättning på tre år per åldersgrupp



Knappast överraskande är det i samtliga åldersgrupper betydligt fler som blir ”sämre”, dvs. mer funktionsnedsatta, än som blir ”bättre”, dvs. mindre funktionsnedsatta, under en treårsperiod. Man kan också utläsa av diagram 52 att med åldern minskar andelen som blir ”bättre” och ökar andelen som blir ”sämre”. Takten i nedgången ökar alltså med åldern.

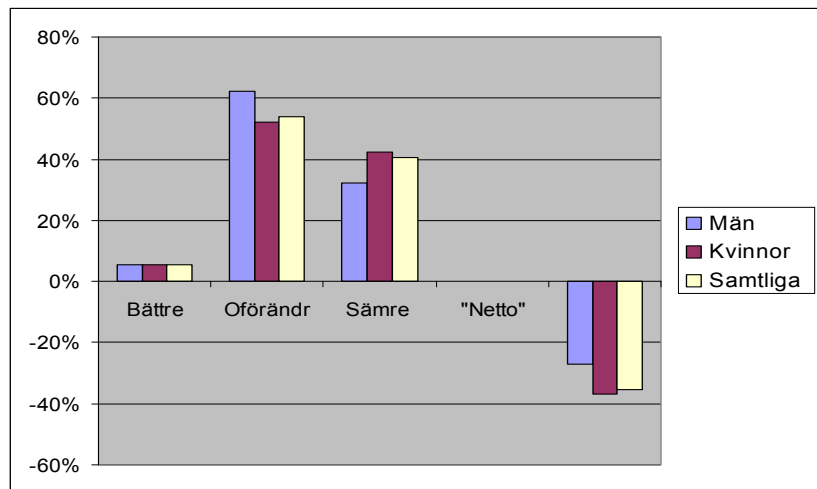
Motsvarande resultat med uppdelning på kön framgår av diagram 53.

Diagram 53 Förändring i funktionsnedsättning på tre år per kön



Det visar sig att det finns en könsskillnad. En något lägre andel av männen än av kvinnorna övergår till en högre PADL-grupp under en treårsperiod. Detta resultat stämmer med att männen som genomsnitt är mindre funktionsnedsatta per åldersgrupp räknat. I stället har man en högre dödlighet. Åldrandet och döden har alltså en något annorlunda karaktär för kvinnor än för män. Kvinnornas förlopp är mer utdraget, männen dör i högre utsträckning plötsligt från att ha varit i relativ god kondition.

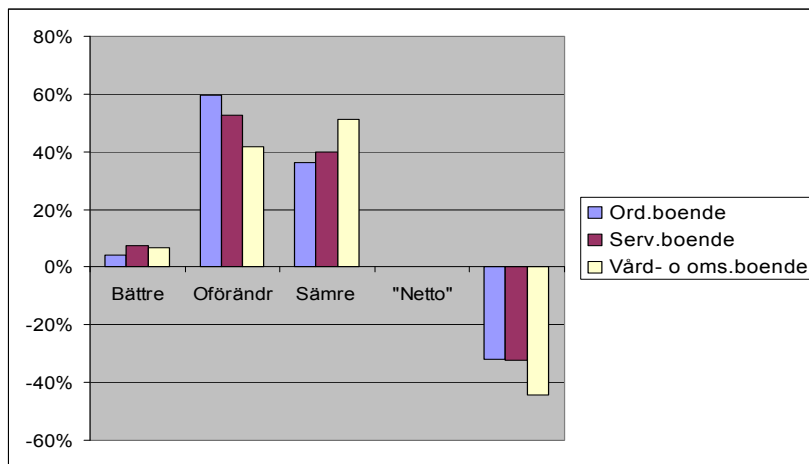
Inverkan av den initiala graden av funktionsnedsättning på förändringen över tiden framgår av diagram 54. Man måste här beakta att de som initialt var i PADL-grupp 5 inte kan bli "sämre", såsom det här mäts, och att de i PADL-grupp 1 inte kan bli "bättre". Som framgår av diagrammet finns det här inga tydliga skillnader. Nettoförändringen är ungefär densamma för PADL-grupperna 2–4. De initiala grupperna 1 och 5 är som påpekats ovan inte direkt jämförbara.

Diagram 54 Förändring i funktionsnedsättning på tre år per initial grad av funktionsnedsättning (PADL-grupp)

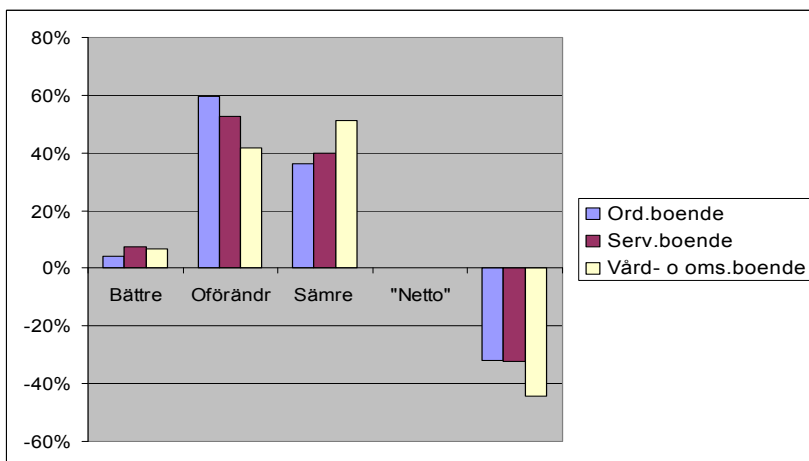
Vilken inverkan boendeformen kan ha på den individuella förändringen i graden av funktionsnedsättning är givetvis av stort intresse i detta sammanhang. På motsvarande sätt som vid dödlighet måste man här ta hänsyn till inverkan av olikheterna i sammansättningen av vårdtagarna med avseende på ålder, kön och grad av funktionsnedsättning. I diagrammen 55A och B redovisas resultatet utan respektive med kontroll för sammansättningen genom standardisering.

Diagram 55 Förändring i funktionsnedsättning på tre år per boendeform utan (A) respektive med (B) standardisering för vårdtagarnas sammansättning

A.



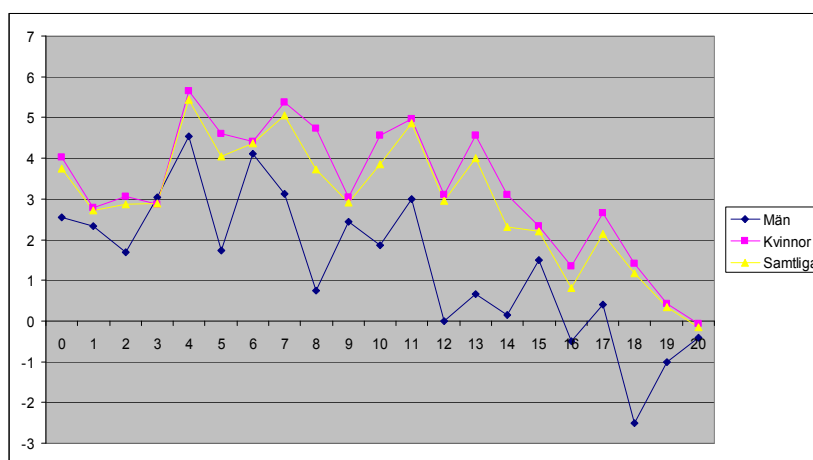
B.



I båda fallen visar det sig att vårdragarnas funktionsförmåga går ner snabbare i vård- och omsorgsboendet än i det ordinarie boendet eller serviceboendet. I detta fall verkar standardiseringen i motsatt riktning jämfört med analysen av dödligheten. Detta beror på att en betydligt högre andel av vårdragarna i vård- och omsorgsboendet än i det egna boendet tillhör den högsta PADL-gruppen, där försämring mätt på det sätt som här görs inte är möjlig.

Det kan också vara av intresse att mäta den genomsnittliga förändringen i funktionsförmåga per treårsperiod uttryckt i PADL-index. I diagram 56 visas denna per initialt indexvärde för kvinnor och män respektive totalt.

Diagram 56 Förändring i funktionsnedsättning på tre år mätt i PADL-index per initial nivå för kvinnor och män respektive totalt



Kvinnor försämras som genomsnitt snabbare än män. Medelvärden över alla indexvärden är 2,04 för männen och 3,39 för kvinnorna. Så mycket ökar alltså funktionsnedsättningen mätt i PADL-index som genomsnitt på en treårsperiod. Nedgången i försämringstakten med ökande PADL-index beror på takeffekter. När man nått maximivärde för en variabel, som ingår i index, är fortsatt försämring mätt på detta sätt inte möjlig. Som framhållits ovan är ju också förbättring möjlig – verklig eller beroende på variationer i bedömningen. Detta förklarar varför försämringens värdena kan bli negativa för de högsta nivåerna på PADL-index.

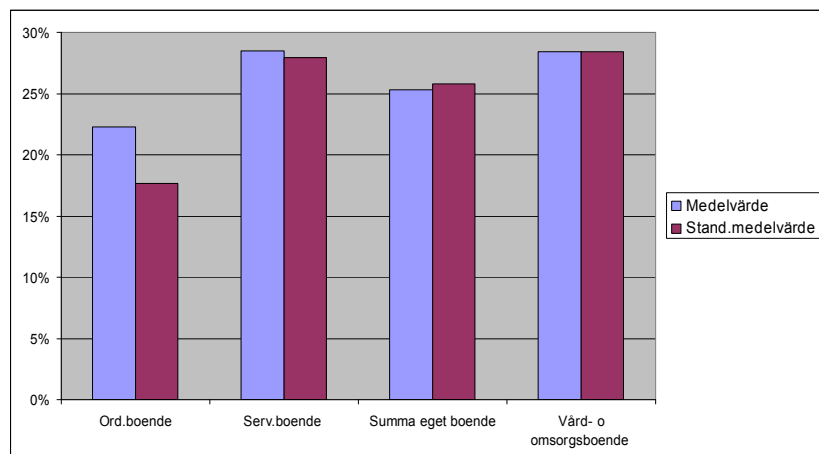
Den genomsnittliga ettårsförsämringen – sammantaget för män och kvinnor – uppgår till 1,04 för vårdtagarna i ordinärt boende, 0,97 för serviceboende och 1,43 för vård- och omsorgsboende.

3.3.4 Dödlighet för personer i eget boende med stora insatser jämfört med vård- och omsorgsboende

I avsnitt 3.2 presenterades olika jämförelser avseende personer i eget boende, dvs. ordinärt boende eller serviceboende, och personer i vård- och omsorgsboende. Dessa analyser var statiska. De jämförde vårdtagarna vid en viss tidpunkt. Det är också av intresse att jämföra vårdtagarnas utveckling över tiden på samma sätt som redovisats i detta avsnitt och med motsvarande kontroll över olikheterna i vårdtagarnas sammansättning, dvs. med standardisering.

I diagram 57 nedan jämförs ettårsdödligheten mellan personer i eget boende med stora insatser (> 25 tim. hemtjänst per vecka) och personer i vård- och omsorgsboende. Standardiseringen är gjord utgående från sammansättningen i vård- och omsorgsboendet.

Diagram 57 Ettårsdödlighet för personer i eget boende med stora insatser (> 25 tim. hemtjänst per vecka) och personer i vård- och omsorgsboende, utan respektive med standardisering för vårdtagarnas sammansättning



Det visar sig att dödligheten är något lägre i det egna boendet.

En motsvarande beräkning av förändringen i funktionsnedsättning ger osäkra resultat, eftersom antalet observationer är för få.

4 Diskussion och slutsatser

De analyser som presenterats i denna rapport har haft till syfte att med hjälp av longitudinella data från SNAC-Kungsholmen-studien belysa frågor, som har att göra med vård- och omsorgsboendets funktion från ett dynamiskt perspektiv. Det har härvid gällt att dels beskriva behov, förutsättningar och tidigare insatser för dem som flyttar in i detta boende, dels jämföra vårdtagarna i detta boende med andra vårdtagare, som också har omfattande behov men som bott kvar i eget boende. En viktig del av analysen har varit att se på vårdtagarnas utveckling över tiden såväl när det gäller dödlighet som funktionsutveckling.

Analyserna avseende de inflyttande och deras villkor gav upphov till följande observationer:

- En betydande del av dem som flyttade in i vård- och omsorgsboende hade inte haft några tidigare insatser i äldreomsorgen.
- En stor del av inflyttningarna skedde i samband med/föregicks av akut sjukhusvård.
- Majoriteten av dem som flyttade in i vård- och omsorgsboende var ensamstående, mycket gamla kvinnor.
- De allra flesta av de inflyttande var vid flyttningens början beroende av hjälp för samtliga IADL-aktiviteter: städning, tvätt, matlagning, matinköp, transport med allmänna kommunikationer.
- Många var också beroende av hjälp med PADL-aktiviteter, bad och dusch, på- och avklädning etc., men relativt få var beroende av hjälp för samtliga dessa aktiviteter.
- Svår eller mycket svår kognitiv nedsättning var relativt ovanlig bland de inflyttande från ordinärt boende, men vanligare hos dem som flyttade från serviceboende. Relativt många hade dock en lättare kognitiv nedsättning.

- De allra flesta av de inflyttande hade rörelsehinder – i de flesta fall lätta. De som flyttade in från serviceboende var mer rörelsehindrade än de som kom från ordinärt boende.
- Svår eller mycket svår oro och otrygghet var relativt ovanligt bland de inflyttade. Lätt oro förekom betydligt oftare – speciellt bland dem som tidigare bott i serviceboende.
- Majoriteten av de inflyttande hade vid flyttningsårets början ingen nedstämdhet och inga rapporterade beteendestörningar.
- En stor del av de inflyttade hade haft hemtjänstinsatser kvällstid och – för dem som kom från serviceboende – även nattetid.
- Omkring hälften hade haft informella serviceinsatser, dvs. hjälp från maka/make, barn eller andra närstående, flera gånger per vecka eller dagligen. Betydligt färre hade därutöver haft informella omvårdnadsinsatser, hjälp med bad och dusch etc.
- Anpassning av bostaden till funktionshinder var relativt ovanligt bland dem som kom från ordinärt boende, men närmast regel bland dem som tidigare bott i serviceboende.
- Endast hälften av dem som flyttat från ordinärt boende hade haft en bostad som var tillgänglig för personer med svåra rörelsehinder. Bland dem som flyttat från serviceboende var denna andel betydligt högre.
- En sammanställning av registreringar för samma person visade att som genomsnitt de flyttande personernas funktionsförmåga försämrades i mycket hög grad under flyttningsåret. En betydande del av denna försämring verkar ha skett före flyttningen. Detta kan i så fall ha skett i samband med trauma eller insjuknande.

Vid jämförelsen mellan personer i ordinärt boende eller serviceboende med stora hemtjänstinsatser och personer i vård- och omsorgsboende kunde bland annat följande konstateras:

- Bland dem med stora insatser fanns en viss överrepresentation av samboende, yngre män. I båda grupperna utgjorde dock ensamstående, mycket gamla kvinnor den största gruppen.
- Förekomsten av PADL-beroende var som genomsnitt något lägre för dem med stora insatser i eget boende.

- En betydligt lägre andel av dem med stora insatser i eget boende hade en svår eller mycket svår kognitiv nedsättning.
- Detsamma gällde förekomsten av oro och otrygghet, nedstämdhet, behov av extra tillsyn och svårhanterligt beteende.
- En motsvarande analys med utnyttjande av data från den s.k. fältundersökningen i åtta svenska kommuner gav i huvudsak samma resultat.

Analysen av dödligheten och förändringen över tiden i graden av funktionsnedsättning visade bland annat:

- Dödligheten för vårdtagarna överstiger genomgående dödligheten för icke-vårdtagare i samma åldersgrupp men skillnaden är betydligt större för de yngre än för de äldre.
- Dödligheten stiger i hög grad med graden av funktionsnedsättning.
- Om man tar hänsyn till olikheterna i sammansättningen av vårdtagarna med avseende på ålder, kön och grad av funktionsnedsättning är dödligheten för vårdtagarna i ordinärt boende betydligt lägre än dödligheten för dem i vård- och omsorgsboende.
- Vårdtagarnas grad av funktionsnedsättning kan både öka och minska under en treårsperiod. Den genomsnittliga nettoeffekten är dock en försämring och takten i denna ökar med personernas ålder och är högre för kvinnor än för män.
- Med hänsyn tagen till olikheterna i sammansättningen av vårdtagarna med avseende på ålder, kön och grad av funktionsnedsättning försämras vårdtagarna i ordinärt boende långsammare än de som bor i vård- och omsorgsboende.
- Personerna i ordinärt boende eller serviceboende med stora insatser har lägre dödlighet – med kontroll för olikheterna i sammansättning – än personerna i vård- och omsorgsboende.

Alla dessa observationer är gjorda på ett material insamlat i Kungsholmens stadsdel i Stockholm och det är givetvis berättigat att fråga sig om de är giltiga generellt för äldreomsorgen i Sverige. Det finns stora lokala olikheter i denna äldreomsorg, såväl när det gäller andelen som får stöd och hjälp och fördelningen av dem som får hjälp mellan boendeformer. Som tidigare påpekats får en högre

andel av de äldre på Kungsholmen hjälp från äldreomsorgen än genomsnittligt för landet i övrigt, men denna avvikelse försvinner om man tar hänsyn till skillnaden i fördelningen av de äldre på ålder och kön. Genom den s.k. fältundersökningen har en unik möjlighet erhållits att både belysa de kommunala olikheterna, när det gäller insatser i förhållande till behov, och överensstämmelsen mellan genomsnittet av dessa åtta kommuner, som kan sägas representera ett riksgenomsnitt, och Kungsholmen.

Den statistiska jämförelsen mellan personer i eget boende med stora insatser och personer i vård- och omsorgsboende kunde göras med hjälp av båda datamaterialen. Detta gav i stort sett helt överensstämmande resultat. Den enda betydande avvikelsen tycks vara att personerna i vård- och omsorgsberoende i genomsnitt är något mer kognitivt nedsatta i fältkommunerna än på Kungsholmen. Detta skulle kunna förklaras av att den genomsnittliga utbildningsnivån på Kungsholmen är högre än för riket.

En annan observation var att de båda jämförda grupperna var något mer lika i fältkommunerna än på Kungsholmen. Exempelvis fanns i fältkommunerna inte den överrepresentation av yngre män bland dem med stora insatser i eget boende som kunde noteras på Kungsholmen. De allmänna slutsatser som kunde dras från jämförelsen var dock helt desamma. En stark indikation på överensstämmelse mellan de båda datamaterialen var att den genomsnittliga graden av funktionsnedsättning – mätt som PADL-index – i vård – och omsorgsboendet var nästan exakt lika. Mot bakgrund av detta torde det vara berättigat att se här gjorda observationer som rimligt generellt valida. Givetvis är det ändå angeläget att i senare studier kunna belägga observationerna med andra datamaterial.

Vilka slutsatser kan man då dra av dessa observationer? Detta är en uppgift för Äldreboendedelegationen, men några förhållanden kan vara värda att lyfta fram:

- Vård- och omsorgsboende är i många fall en nödvändig boendeform, men den för med sig både högre dödlighet och snabbare försämring av funktionsförmågan. Detta antyder en lägre livskvalitet. Det finns därför goda skäl att på olika sätt försöka undvika eller skjuta upp behovet av flyttning till denna boendeform.
- De som flyttar till vård- och omsorgsboende försämras mycket starkt under flyttningsåret. Även om en betydande del av denna försämring verkar ske före flyttning kan detta vara ytterligare ett skäl att försöka undvika eller skjuta upp behovet av att flytta.

- Det kan finnas anledning att överväga uppsökande insatser i syfte att uppskjuta eller förhindra flyttning till vård- och omsorgsboende för personer som inte tidigare haft insatser inom äldreomsorgen.
- Serviceboende som mellanform mellan ordinärt boende och vård- och omsorgsboende verkar också i betydande grad kunna uppskjuta eller förhindra flyttning.
- Möjligheten att bo kvar i eget boende med stora hemtjänstinsatser verkar främst bero på psykosociala förhållanden hos individen, klarhet, trygghet, livsglädje etc. Insatser för att på olika sätt stimulera de äldre och bidra till ökad fysisk, social och kulturell aktivitet kan stärka dessa förhållanden och därmed bidra till en ökad livskvalitet och ett minskat behov av flyttning.

Om orsaker och motiv för att flytta till särskilt boende

Peter Westlund

Uppdraget

I överenskommelse med Regeringskansliet har jag åtagit mig

- att belysa behov av särskilt boende,
- att redovisa och analysera utlösande faktorer för att äldre flyttar till särskilt boende,
- att beskriva och analysera för- och nackdelar med att samlokalisera särskilda boenden med andra bostadsalternativ inom vård och omsorg om äldre såväl ur den enskilda äldre personens perspektiv som ur ett verksamhetsperspektiv.

Vid fullgörandet av detta uppdrag har jag kommit att skilja mellan orsaker att flytta från ordinärt boende och motiv för att flytta till särskilt boende. Med orsaker avser jag omständigheter, som på olika sätt förklarar varför en person inte kan bo kvar hemma. Orsaker handlar om sammanbrott i vardagslivet – om *kausala resonemang* och om att enskilda mer eller mindre drivs ifrån sina hem. Jag menar att socialtjänstlagen och rätten *till bistånd* är konstruerad med utgångspunkt från detta sätt att tänka – att det finns omständigheter då man inte längre kan bo kvar hemma och då har rätt att flytta till ett särskilt boende. Utifrån denna utgångspunkt bygger jag en modell för att redovisa och analysera utlösande faktorer, men också för att belysa vad som avses med behov av särskilt boende.

Med motiv att flytta till särskilt boende anspelar jag på *praktiska resonemang*, som förs i termer av att äldre flyttar utifrån önskemål,

planer och för att uppnå något syfte. Denna del av min rapport står i samklang med socialtjänstlagen och målsättningen om *skälig levnadsnivå*. Det särskilda boendet antas då locka och dra till sig äldre. Motiv handlar i denna terminologi om kvaliteter och kännetecken hos särskilda boenden – man kunde kanske uttrycka det som att det är något särskilt med särskilda boenden. Genom att beskriva vad det innebär att bo, vad särskilda boenden har och skulle kunna ha samt de för- och nackdelar, som kan knytas till samlokaliseringar menar jag mig ha fullgjort den sista delen av uppdraget.

Jag kommer också att ta upp kvarboendepincipen. Skälen härtill är flera. Inte minst därför att denna princip på ett strukturellt plan kan beskriva hur möjligheterna till kvarboende har förändrats över tidens gång. Men också för att visa att det inte kan finnas någon – en gång för alla given – gräns för detta. Jag inleder med att beskriva kvarboendet som en princip för att säkra människors möjligheter att bo kvar hemma och fortsätter med ett resonemang om hur denna princip kan tvinga dem till detta. Övergången från det ena sättet att se på saken till det andra handlar dels om vilka behov som ingår i rättighetsprövningen, dels om frågan skall avgöras mera av vad vi menar med skälig levnadsnivå än av vad vi menar med en rättighet.

Framställningen är disponerad på så vis att jag först berör vad som avses med rätt till särskilt boende och översiktligt presenterar vad som förenar de som beviljas särskilt boende. Därefter tar jag upp för att konstruera en modell för att beskriva utlösande faktorer. Modellen presenteras i kapitel 3, Kritisk händelse. Kapitel 4 ägnas åt kvarboendepincipen och frågor kring gränser för kvarboende och förskjutningar i dessa gränser. Kapitel 5 ägnas åt samlokalisering. Här tar jag upp olika föreställningar om vad det innebär att bo och relaterar dessa till olika behov. Jag skiljer mellan boende och vardagsliv och argumenterar för att samlokalisering av olika verksamheter blir verkligt intressant först i det ögonblick, som de särskilda boendena avinstitutionaliseras i mer genuin mening och vi hittar nya grunder för segmentering. Framställningen avslutas med några referenser till utländska erfarenheter, *apartements for life* och *assisted living*.

Rätt till särskilt boende

Särskilt boende är en samlingsbeteckning för sjukhem, ålderdomshem, gruppboendestäder och andra boendeformer för äldre. Beteckningen infördes i samband med Ädelreformen år 1992. Från och med samma år är särskilt boende en biståndsbedömd insats enligt socialtjänstlagen. Kommunen ansvarar för boendets kvalitet och har hälso- och sjukvårdsansvar för de boende till och med sjuksköterskenivå. Landstinget svarar för läkarinsatserna. De boende har tillgång till personal med omvårdnads- och sjukvårdskompetens dygnet runt, vilket i dagligt tal brukar kallas för att de får möjlighet till heldygnssomsorg. Avgifter bestäms enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (1).

Att tillträdet regleras med stöd i socialtjänstlagen innebär inte att det enbart är omsorgsbehov som skall bedömas i samband med den enskildes ansökan. Handläggare av bistånd enligt SoL är satta att göra både en egen bedömning av omsorgsbehov enligt SoL och en helhetsbedömning som inkluderar bedömda behov och ordinerade insatser av tillsyn och vård enligt HSL. Som underlag kan de exempelvis ha läkarintyg om vård- och tillsynsbehov. Före Ädelreformen kunde tillträde till, vad som i dag kallas särskilt boende, vinnas på såväl ensidigt medicinska som ensidigt sociala grunder. Läkare hade möjlighet att besluta om inläggning på sjukhem och långvårdskliniker. Vistelsen kunde sedan bli så långvarig att den utvecklades till en form av boende. Denna möjlighet finns inte i dag. En omständighet som kraftfullt förkortat vistelsetiderna på klinik är införandet av det kommunala betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter, tidigare medicinskt färdigbehandlade patienter. Alla beslut om särskilt boende skall numera tas med ledning av socialtjänstlagen.

Mot denna bakgrund kan det uppfattas som om statsmaktens definition av rätten till särskilt boende är missvisande för att inte säga direkt felaktig. *Rätt till särskilt boende gäller personer som till följd av ålderdom, funktionshinder eller allvarlig sjukdom har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser* (2). Det missvisande skulle ligga i att förekomsten av allvarlig sjukdom och ett varaktigt behov av vårdinsatser inte kan läggas till grund för bedömningar och beslut om bistånd enligt SoL. Av samma proposition går dock att utläsa att bedömningen även bör omfatta behov av tillsyn, omvårdnad och vård enligt HSL. I den mån bedömningar refererar till SoL gör handläggaren egna bedömningar – i den mån

de refererar till HSL skall framför allt läkare, men också sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster svara för de bedömningar och ordinationer, som bildar underlag för handläggarens helhetsbedömning. Bedömningar av vårdbehov och beslut om vårdinsatser kan också tas av kommunens sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast efter inflyttning. Detta är dock inte detsamma som att de sökande vinner tillträde till ett särskilt boende på grund av sitt sjukdomstillstånd eller sina vårdbehov.

Vård och omsorg

Det är skillnad på vård och omsorg. I ett särskilt boende finns personal som arbetar med vägledning av såväl hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som socialtjänstlagen (SoL). De utför såväl omsorgs- som vårdarbete. I HSL regleras kommunernas ansvar och skyldigheter avseende hälso- och sjukvård. I SoL regleras deras ansvar avseende bistånd och social omsorg. Hjälp i samband med födointag, överförflyttning, av- och påklädning, toalettbesök och dusch samt andra insatser, som avser personlig omvårdnad (PADL) faller i huvudsak inom ramen för vad som avses med social omsorg. Jag skriver i huvudsak, eftersom hjälp i samband med en ADL-aktivitet kan vara medicinskt grundad och kräva medicinsk kompetens. Ett exempel kan vara födointag vid näringsbrist och/eller sväljnings-svårigheter. Sak samma gäller s k instrumentell omvårdnad (IADL) såsom vid hjälp med städning, tvätt, inköp och andra ärenden m.m. Ett exempel när instrumentell omvårdnad övergår från omsorgens till vårdens sfär kan vara behov av mer omfattande städning på grund av allergi. Instrumentell omvårdnad kallas ibland service. I vad som kallas service och omsorg enligt SoL ingår instrumentell och personlig omvårdnad.

Vård handlar om medicinska insatser som ges av läkare, rehabilitering under ledning av arbetsterapeut/sjukgymnast samt specifik omvårdnad som ges av sjuksköterska. Men det kan också handla om delegerade och ordinerade insatser, som ges av undersköterskor och vårdbiträden. Typiska vårdinsatser i särskilt boende är exempelvis att hantera läkemedel, ge ögondroppar, lägga om sår, spola öron, lindra smärta, ge injektioner, behandla trycksår, mata med sond och sköta kateter, liksom att träna balans, gång och olika ADL-aktiviteter (3). Fördelning i tid mellan omsorg och vård i sär-

skilt boende är ungefär 80/20, dvs. omsorgsarbetet upptar merparten av tiden.

En viktig skiljelinje mellan vård och omsorg av äldre kan också dras med hjälp av verksamheternas inriktning. Genom SoL och omsorgen sätts fokus på funktionshinder och *människors vardagsliv* – genom HSL och vården sätts fokus på *patienters hälsa och sjukdomar*. I det särskilda boendet är enhetschefen arbetsledare för omsorgsarbetet – för hälso- och sjukvårdsinsatserna har sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ansvar som arbetsledare, var och en inom sitt professionella kompetensområde (4).

Så är det i princip. I praktiken sammanblandas begreppen vård och omsorg. Ibland används de som synonymer för varandra. Någon gång som om vård var en delmängd av omsorg (t.ex. inom filosofin). Mera vanligt är att omsorg betraktas som underordnad vård (exempelvis på sjukhus). Mycket vanligt är att mätningar av personligt och instrumentellt ADL används som mått på vårdtyngd, trots att de i huvudsak mäter omsorgsbehov. Ett bland många exempel på detta är de undersökningar som fått namnet SNAC – The Swedish National Study on Ageing and Care (5). I dessa skiljer man mellan personligt vårdberoende, vilket inkluderar omsorgsbehov enligt ovan, och behov av särskilda sjukvårdsinsatser.

Man kan tycka att det inte har så stor betydelse hur vi förhåller oss till begreppen vård och omsorg. Vi vet ändå vad vi talar om och till en del glider de in i varandra – inte minst för de undersköterskor och vårdbiträden som arbetar i äldreomsorgen och för de äldre som mottar omsorg och vård. Min uppfattning är, detta till trots, den omvända. För att bringa reda i vad som avses med behov av särskilt boende och vad som utlöser sådana behov måste vi klart och tydligt skilja mellan omsorg och vård. Jag menar att detta är nödvändigt, eftersom särskilt boende är en biståndsbedömd insats enligt SoL. Att så är fallet märks också av statsmaktens definition – en beteckning för bostäder med service och omvårdnad för äldre i behov av särskilt stöd. Rätt till bistånd i form av särskilt boende har – enligt SoL – den som inte kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt. Formuleringarna antyder att det är ett komplex av bedömningar, som skall göras innan handläggaren kan ta ett beslut. Enligt lag skall bedömningarna vara individuella. Av många skäl framträder också generella mönster. Det är dessa jag har för avsikt att beskriva.

Två huvudgrupper

Av de flyttstudier som genomförts av Fokus i Kalmar län sedan tidigt 2000-tal framkommer att närmare 90 procent av dem som flyttar till ett särskilt boende har *behov som uppträder oförutsägbart* (6). Hur sådana behov skall tillgodoses kan man inte planera på förhand och lägga schema för. Då måste hjälp påkallas och personal ha god beredskap för att snabbt svara på larm. Och här brister det, varför det ofta blir aktuellt med en flyttning. Många äldre har förlorat förmågan att påkalla hjälp. De har också förlorat förmågan att vara ensamma mer än korta stunder och de behöver personal inom höravstånd och kanske täta tillsynsbesök. Andra kan visserligen påkalla hjälp, men då brister det i hemtjänstens beredskap. Det tar alldeles för lång tid innan personal kommer på hembesök.

Bland dem som har behov vilka uppträder oförutsägbart finns en stor grupp, som har förlorat orienteringen till tid och rum, ibland också till person. Äldre med nedsatt orienteringsförmåga är i särklass vanligast bland dem som har beviljats särskilt boende. Utöver nedsatt orienteringsförmåga har de förlorat förmågan att sköta sin kropp, sitt hem och sina tillhörigheter. Flertalet kan inte föra sin egen talan, knappast någon kan handha sin ekonomi och de har stora svårigheter att sysselsätta sig på ett meningsfullt sätt. Ofta är deras relationer inskränkta till anhöriga och närstående, ibland är dessa relationer störda. Uppemot hälften av dem som beviljas flyttning till följd av nedsatt orienteringsförmåga riskerar att utsätta sig själva och andra för fara, var femte har beteendestörningar. Utan assistans av annan person är de bundna till sin bostad. Samtliga har ett varaktigt behov av omfattande omsorgsinsatser kombinerat med ett oftast mycket begränsat behov av sjukvårdsinsatser. De kan inte bo kvar hemma, men de kan inte heller ansöka om särskilt boende. Den frågan har någon annan fått sköta åt flertalet av dem.

Bland dem som flyttar till särskilt boende finns en annan stor grupp med behov som uppträder oförutsägbart. Till skillnad från dem som förlorat i förmåga att orientera sig kan de föra sin egen talan och de kan oftast påkalla hjälp. Däremot är det så att de inte fullt ut litar på sig själva och sin fysiska förmåga. Liksom personer med nedsatt orienteringsförmåga klarar de inte att sköta sin kropp, sitt hem och sina tillhörigheter. Deras svårigheter är fysiskt/kroppsliga. De förstår hur olika aktiviteter skall utföras, men kan inte. De är också rörelsehindrade och utan assistans av annan

person bundna till sin bostad. Och de har starkt begränsad förmåga att sysselsätta sig. De har däremot kapacitet att delta i ett flertal sysselsättningar. Även här kan vi finna att flertalet har relationer som inskränkts till närstående och att många av dessa inte längre anser sig kunna hjälpa till.

I Fokus flyttstudier benämns denna grupp *personer med omvårdnadshandikapp som uppträder med korta och kritiska intervall*, medan den förra gruppen helt enkelt kallas *personer med orienteringshandikapp*. Nedsättningarna avser framför allt orienteringen till tid och rum, ibland också till person. Tillsammans förklarar de båda grupperna, som redan nämnts, över 90 procent av samtliga flyttningar till särskilt boende i Kalmar län (7). Benämningarna stämmer relativt väl med den typologi som utvecklats av Romören och som återges av Gurner och Thorslund (8). Här talar man om svårt dementa respektive personer med omfattande kroppslig funktionsnedsättning. Jämförelser med andra flyttstudier, exempelvis den som sedan länge pågår i Sundsvall eller genom SNAC, låter sig däremot inte göras och det kommer sig främst av att begreppen vård och omsorg används på ett annorlunda och delvis oklart sätt i dessa studier.

Kritisk händelse

Ett alternativt sätt att förstå statsmaktens rättighetsförklaring till särskilt boende skall nu föreslås, nämligen att vi närmar oss den med stöd i föreställningen om att det finns faktorer som utlöser behov. Mycket konkret innebär detta att vi med stöd i åldrande, sjukdom och funktionsnedsättningar beskriver tillstånd och situationer, som är vanligt förekommande och kännetecknande för de som flyttar till särskilt boende. Man kanske kan uttrycka det som att de befinner sig i sårbara och sköra tillstånd, varför det krävs ytterst lite för att personen i fråga skall ansöka om att få flytta till ett särskilt boende. Tillkommande är någon utlösande faktor eller kritisk händelse, som gör att det inte längre anses möjligt att bo kvar hemma. Grundförutsättningarna för att behöva flytta finns redan och låter sig beskrivas med hjälp åldrande, sjukdom och funktionsnedsättning. Det krävs emellertid någonting mer för att pröva den enskildes rätt till bistånd.

Försök till en modell

Med stöd i det biologiska (och psykologiska) åldrandet, sjukdomsprocessen och vad jag tror mig veta om flyttningar till särskilt boende har jag konstruerat en modell, som följer logiken i kritiska händelsemetoden (9). Tankegången är följande. Åldrande och sjukdom ger upphov till funktionsnedsättningar, vilka i sin tur begränsar vår förmåga att utföra olika aktiviteter. I vad mån dessa begränsningar medför allvarliga svårigheter i vårt vardagliga liv beror också på den miljö vi lever i; vårt hem och vår närmaste omgivning med service, tjänster, formell och informell omsorg och system av olika slag (omgivningsfaktorer). Det beror också på vilken slags person vi är (personfaktorer).

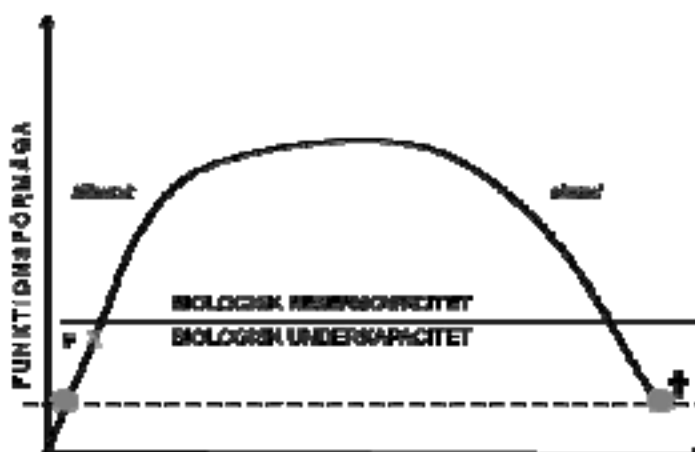
Först har vi det biologiska åldrandet, som jag vill beskriva i termer av ett förlopp – från organisk underkapacitet till organisk underkapacitet. Låt mig förklara. När vi människor föds är alla organ inte fullt utvecklade och inte heller samspelet dem emellan. Vi föds med en biologisk underkapacitet, helt hjälplösa och i stort behov av omsorg. Så gott som alla organ hos det nyfödda barnet är mycket känsliga för påfrestningar. Det gäller t.ex. lever-, lung- och njurfunktionerna, men också ögonen och andra organs funktion. Under den allra första tiden kan det vara aktuellt med vissa vårdinsatser. Det gäller framför allt de för tidigt födda. Efter en tid fungerar vi allt bättre utanför livmodern och när vad vi kan kalla den biologiska livslinjen (se fig. 2). Under de första 20 åren av vårt liv utvecklas varje organ och organens samspel så att vi så småningom förvärvar en betydande *reservkapacitet*. Under de första åren efter uppbyggnaden avtar denna reservkapacitet långsamt. I övre medelåldern avtar den än mer, för att drastiskt minska när vi kommer upp i de allra högsta åldrarna. Utmärkande för de som flyttar till särskilt boende är således att de biologiskt (och kronologiskt) är mycket gamla och att de har mycket liten reservkapacitet eller ingen reservkapacitet alls/underkapacitet (10).

Figur 1 Modell kritiska händelser



Från den punkt då reservkapaciteten upphör och fram till att människan återigen når den biologiska livslinjen är hon ytterst skör och känslig för påfrestningar. Inom medicinen talar man om *rubbad homeostas*. Utmärkande för den åldrande människan med avtagande kapacitet är att hon i växande grad behöver omsorg och stöd i vardagslivet. Vi kan uttrycka det som att åldrandet ger upphov till funktionsnedsättningar av olika slag. I första hand avser de fysiska aktiviteter; vår rörelseförmåga begränsas, vi orkar allt mindre och får efter hand svårigheter att sköta hus och hem, så småningom får vi också svårigheter att sköta vår kropp. Åldrandet påverkar även andra förmågor, exempelvis våra kognitiva förmågor och våra sinnen, bland annat syn och hörsel, vilket kan försvåra umgänge och kontakter med andra människor.

Figur 2 Biologiskt åldrande

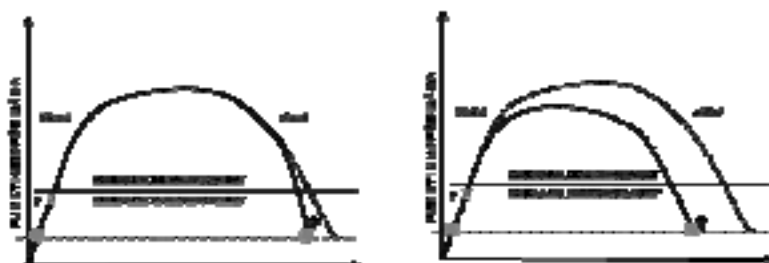


Vid sjukdom förändras och förkortas förloppen. Och sjukdom är vanligt förekommande hos dem, som har låg eller ingen reservkapacitet. I denna fas av livet är symtomen inte så specifika som tidigare samtidigt som sjukdom och nedsatt organförmåga samspelar dynamiskt. Vi är inte heller mottagliga för behandlingar såsom förr och tål inte läkemedel som tidigare i livet (jämfört med exempelvis medelåldern). Många av de sjukdomar vi förvärvat i denna fas av livet låter sig inte heller botas. Förekomsten av sjukdom ger i sin tur upphov till svårigheter och funktionsnedsättningar, som drastiskt påverkar vårt vardagsliv. Det kan handla om begränsningar av vår förmåga till rörlighet, orientering, perception m.m. Vilket i sin tur inskränker våra möjligheter att sköta vårt hem, våra tillhörigheter och vår kropp. Men det kan också begränsa vår förmåga att sköta vår ekonomi, att finna sysselsättningar, att relatera till andra människor, att kommunicera och mycket annat.

Här skall vi skilja mellan personer som relativt tidigt i livet drabbas av kronisk sjukdom (fig. 4) samt det stora flertalet (80 procent av alla äldre) som lever tämligen friska fram till de sista tre till sex månaderna av livet (figur 3). För båda kan vi schematiskt beskriva en sjukdomsprocess bestående av fyra faser. Först har vi en *botande eller kurativ fas* så en palliativ fas, när bot inte längre är möjlig. Här brukar man skilja mellan tidig och sen palliativ fas. I *tidig palliativ fas* får många patienter understödande behandlingar

med syfte att stoppa upp sjukdomsprocessen. Målet är i första hand att förlänga livet. Efter denna fas kommer, för många, en period då understödande behandlingar inte längre kan ges eller då de gör mer skada än nytta. Denna fas brukar man kalla *sen palliativ fas*. I fokus står först och främst den drabbade människans livskvalitet (11).

Figur 3 och 4 Biologiskt åldrande vid sen respektive tidig sjukdom



Med utgångspunkt i denna schematiska beskrivning kan vi konstatera att statsmaktens rättighetsförklaring inte avser äldre med enbart botbara sjukdomar. Behoven skall vara varaktiga, sjukdomarna kroniska och den vård som ges palliativ. Det stora flertalet äldre, som flyttar till ett särskilt boende, har en eller flera sjukdomar, som inte låter sig botas. De befinner sig i tidig eller sen fas av palliativ vård. De kan naturligtvis också, och utöver sina kroniska sjukdomar, ha en eller flera akuta sjukdomstillstånd. Det finns emellertid ännu en fas i en döende människas liv. Den brukar benämnas *terminal fas* och för människor i denna fas av livet är det helt uppenbart att de har kort tid kvar att leva. Här finner vi de som avlider på vägen till ett särskilt boende, d v s efter att de beviljats detta bistånd, men innan de flyttat samt de som avlider under den allra första tiden – inom tre månader efter inflyttning. Sammantagna talar vi om 12 procent av samtliga flyttare i Kalmar län med en spridning från 6 till 21 procent mellan kommunerna (12).

Att flytta till ett särskilt boende är en process, som för det stora flertalet sammanfaller med att de har en eller flera kroniska sjukdomar och att de erhåller palliativa vårdinsatser. Sjukdomsförloppen kan dock se lite olika ut. Tre mönster är vanliga (13)

- ett långt förlopp med utdragen försämring, som vid demenssjukdom

- ett längre förlopp med återkommande svåra sjukdomstillfällen och plötslig död, som vid hjärt- och lungsjukdom
- ett relativt snabbt förlopp med tydligt avtagande hälsa, som vid cancersjukdom

Och så finns de som avlider plötslig, utan ett föregående och känt sjukdomsförlopp. Socialstyrelsen har beräknat den genomsnittliga tiden i särskilt boende till två år (14). I vårt material, avseende flyttningar under åren 2004 och 2005, avled 26 procent under det första året, vilket också kan uttryckas i termer av en årlig omsättning eller genomströmning om 26 procent. Två år efter inflyttning har 39 procent avlidit, vilket antyder att den genomsnittliga boendetiden kan vara något längre än de två år, som socialstyrelsen angivit. Också på denna punkt är de kommunala skillnaderna betydande. I en kommun avlider 36 procent under det första året – i en annan 13 procent (15).

Sammanfattningsvis. Så här långt har vi beskrivit två omständigheter som kännetecknar de som flyttar till ett särskilt boende. För det första att de är mycket gamla och saknar eller har mycket liten biologisk reservkapacitet samt för det andra att de har en eller flera kroniska sjukdomar och därmed att den vård de får i huvudsak är palliativ. Detta är dock inte tillräckligt för att vi skall finna fram till av vilka orsaker äldre flyttar från sina hem och till särskilt boende. Sjukdom möjligen också ålderdom kan dock generera de funktionsnedsättningar, som sätter vardagslivet ur spel och bedöms ge upphov till behov, som är av så allvarlig art att de inte kan tillgodoses på annat sätt än genom bistånd i form av särskilt boende. Frågan som ställer sig självt är vilka funktionsnedsättningar och aktiviteter, som kan vara av denna kaliber. Svaret är, som vi redan konstaterat, i huvudsak begränsat till funktionsnedsättningar som medför att behovet av stöd i personlig omvårdnad uppträder oförutsägbart. Det vill säga att det uppträder ofta (ett flertal gånger under dygnet/morgon, middag, eftermiddag, kväll – ibland också natt och förmiddag) och delvis oförutsägbart. Det senare innebär, som vi sett, att insatserna inte kan förplaneras och schemaläggas. För att de skall utföras måste den enskilde påkalla hjälp.

Inte ens att behov uppträder oförutsägbart är emellertid tillräckligt för att orsaka en flyttning. En flyttning beviljas vanligen först när behoven inte kan tillgodoses på annat sätt – av exempelvis

hemtjänst, hemsjukvård och/eller närstående. Vi skall återkomma till detta, men först några utvecklingar.

Sambanden mellan åldrande, sjukdom och funktionsnedsättningar är inte enkelriktade. Det är också så att sjukvårdsinsatser kan påverka omsorgsbehoven i två avseenden. Först har vi det alldeles förväntade, dvs. att effektiv vård botar och stoppar upp förlopp, vilket innebär att omsorgsbehov hålls tillbaka. Sedan har vi det kanske inte fullt så förväntade och än mindre önskade sambandet – vård kan skada både när den ges och när den uteblir. Och när vård skadar uppstår, vad vi skulle vilja kalla, *onödig omsorg*. Ett exempel – biverkningar av läkemedel som sätter ned funktioner och förmåga att utföra olika aktiviteter. Ett annat exempel – utebliven rehabilitering. I båda fallen uppstår behov av omsorg samtidigt som det utförs omsorgsinsatser, vilka är onödiga givet att läkemedel kan sättas ut och rehabiliteringsinsatser ges. Och omvänt – när det brister i omsorgen kan det uppstå betydande vårdbehov (16).

Ännu en utveckling. För att klargöra hur det kan komma sig att en aktivitet – personlig omvårdnad – har en sådan nyckelroll för bedömningarna skall vi ta vägen över Maslows behovstrappa. Ty det är just i denna trappa vi kan finna den *prioriteringsordning* som ger oss svaret på denna entydighet och enfaldighet. Med en annan prioriteringsordning skulle vi få helt andra svar. Detta har vi visat i boken Antonovsky inte Maslow.

Maslows behovstrappa

Maslow antog att människans behov följer en rangordningsskala. Först när de mest grundläggande (primära) behoven av mat, dryck, andning, sömn, vila, hygien, skydd m.m. är tillgodosedda för att vår kropp överhuvudtaget skall kunna överleva kommer andra behov in i bilden. Näst i tur står människans behov av trygghet. När våra fysiska och psykologiska behov av trygghet blivit tillfredsställda inträder ett behov av att känna samhörighet med andra människor. Efter det att samhörighetsbehovet tillgodosetts uppträder också behov av att få uppskattning för det man gör och för att få utveckla sina förmågor. Maslow kallar det självförverkligande (17).

Figur 5 Maslows behovstrappa



Utifrån Maslows behovshierarki har kommunerna byggt en äldreomsorg som i första hand är inriktad på att erbjuda praktisk hjälp och tillgodose grundläggande fysiska behov. Här finner vi en meny av tjänster såsom hjälp med och vid städning, tvätt, inköp och ärenden, matlagning, hygien, av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning och födoinslag (IADL och PADL) samt basal sjukvård. Andra insatser såsom larm, tillsyn och korttidsboende kan också tillgodose behov av psykologisk trygghet, medan exempelvis dagverksamheter, dagcentraler och särskilt boende även kan syfta till att tillgodose människors sociala behov av samhörighet och uppskattning/behov av att behövas. Detta skall vi återkomma till när vi tar upp motiven att flytta till ett särskilt boende.

Rätt till bistånd i form av särskilt boende ges i första hand till sökande som har omfattande fysiska behov i kombination med en otrygghet, som tar sig sådana uttryck att den belastar inte bara den enskilde, utan också närstående och omgivning. Det kan handla om risk att utsätta sig själv och andra för fara, panikångest, allvarliga hallucinationer, att ringa närstående vid alla tider på dygnet, att missbruka larmfunktionen, att gå ut och inte hitta tillbaka. Men det kan också handla om mer eller mindre allvarliga beteendestörningar. I andra hand prioriteras de, som endast har omfattande fysiska behov. Förutsättningen är också här att behoven uppträder ofta och oförutsägbart. Sociala behov av samhörighet, uppskattning och självförverkligande har mycket låg prioritet vid bedömningar av ansökningar till särskilt boende (18). Detta innebär inte att funktionsnedsättningar som avser sysselsättning, sociala relationer, kommunikation och förmåga att sköta sin ekonomi saknar betydelse vid dessa bedömningar. De saknar däremot en självständig existens, som orsak till att en ansökan beviljas. Uttryckt annorlunda – de förklarar inte en flyttning. På liknande sätt förhåller det sig med sjukdom. Vi har i de flyttstudier som genomförts av Fokus inte kunnat finna att förekomsten av sjukdom kan förklara en

flyttning. Det tycks vara så att även sjukdom saknar en självständig existens som orsak till att en ansökan beviljas. En helt annan sak är att sjukdom finns med som en viktig bakgrundsfaktor.

Modellen skall nu fullständigas genom att vi för in omgivningsfaktorer och personliga faktorer i bilden. De kan hindra respektive underlätta utförandet av olika aktiviteter och på så vis ha en avgörande betydelse för bedömningen av om behovet kan tillgodoses på annat sätt eller inte. Med omgivningsfaktorer avses den fysiska, sociala och attitydmässiga miljö i vilken personen lever. Hit hör bland mycket annat vår bostad och dess närmaste omgivning samt tillgång till vård, service, tjänster och system av olika slag – exempelvis formell och informell omsorg. Med personfaktorer avses kön, ålder, hälsofaktorer, livsstil, social bakgrund, erfarenheter, karaktär, beteendemönster, förekomst av ångslan och oro m.m. Hit hör också i vad mån en person har stark eller svag känsla av sammanhang (KASAM). Med en stark känsla av sammanhang följer ett problemlösande förhållningssätt – med svag KASAM följer mer halvhjärtade försök och/eller ett fokus på den känslomässiga sidan av problemet. (19)

Utlösande faktorer

Vi har nu en modell, som likt andra modeller utgör en förenkling. Den beskriver rättighetsförklaringen och har byggts upp med hänsyn till de fynd, som gjorts vid flyttstudier i Kalmar län och med stöd av WHO:s Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (20). Empiriskt överensstämmer modellen hyggligt väl också med de resultat som Gurner och Thorslund (21) refererar till utifrån flyttningar i en norsk kommun. Jag tänker framför allt på typologiseringen av de äldre i svårt dementa, med omfattande kroppslig funktionsnedsättning, skröpliga samt ganska friska. Aktuella för flyttningar till vad vi kallar särskilt boende är personer tillhörande de två förstnämnda grupperna. Den första gruppen motsvarar vad vi kallar personer med orienteringshandikapp. Den andra motsvarar vad vi kallar personer som har omvårdnadsbehov vilka uppträder med korta och kritiska intervall.

Kritiska händelser och faktorer som kan utlösa/orsaka en flyttning till särskilt boende skall nu knytas till de sex komponenter, som ingår i modellen. Vid redovisningen för jag ett kort principiellt resonemang kring varje komponent och kompletterar med några

exempel på utlösande faktorer. Jag inleder med att kort repetera modellen som sådan. Till dess grundförutsättningar hör hög ålder och nära nog uttömd reservkapacitet samt förekomst av en eller flera kroniska sjukdomar i tidig, sen eller terminal fas. Med många sjukdomar följer förutom kroppsliga symtom också oro, yrsel, otrygghet, ångest, panik- och dödsångest, hallucinationer och andra svårartade psykiska tillstånd. Till grundförutsättningarna hör för det tredje funktionsnedsättningar orsakade av åldrande och sjukdom, eventuellt också orsakade av skada. Funktionsnedsättningarna kan avse såväl anatomi som fysiologiska och psykologiska kroppsfunktioner. Dessa nedsättningar medför svårigheter, som en person kan ha vid genomförandet av olika aktiviteter – vi kallar det *aktivitetsbegränsningar*. Särskilt viktiga begränsningar i detta sammanhang är kopplade till personlig omvårdnad och förflyttning. Exempel på andra aktiviteter som kan vara begränsade är sysselsättning, kommunikation, sociala relationer och förmåga att sköta sin ekonomi. Huruvida en aktivitetsbegränsning medför att personen i fråga kan bo kvar hemma eller inte handlar också om omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Dessa kan såväl hindra som underlätta genomförandet av en aktivitet och på så vis påverka flyttprocessen. Frågan prövas i samband med en ansökan om särskilt boende; Rätt till särskilt boende har den som inte kan tillgodose sina behov (personfaktorer) eller få dem tillgodosedda på annat sätt (omgivningsfaktorer).

Till omgivningsfaktorerna hör hemtjänsten och frågan om behovet kan tillgodoses på annat sätt än genom att flytta till ett särskilt boende. Denna prövning kan göras såväl faktiskt som fiktivt. Med *faktisk prövning* avses att den enskilde verkligen prövar att bo kvar hemma med ”maximal hemtjänst och hemsjukvård”. Med *fiktiv prövning* avses en tankemässig prövning. I båda fallen kan slutsatsen bli att hemtjänsten och/eller hemsjukvården inte kan tillgodose behoven. Samma resonemang kan föras avseende andra insatser såsom dagverksamhet, växelboende etc. Om alla prövningar vore faktiska skulle samtliga personer, som flyttar till ett särskilt boende ha varit beviljade hemtjänst i betydande omfattning innan de beviljas bistånd i form av särskilt boende. Så är långt ifrån fallet. Prövningen är i mångt och mycket fiktiv. I Fokus flyttstudie framkommer att endast 58 procent har haft dagliga hemtjänstinsatser inklusive kväll och natt samt att så många som 22 procent inte haft några hemtjänstinsatser överhuvudtaget (22).

Till omgivningsfaktorerna hör också den sökandes bostad och hem, närmaste omgivningar, tillgång till service, vård och andra tjänster, informellt stöd, närståendes attityder m.m. Så kan exempelvis bostaden som fysisk miljö liksom närståendes attityder såväl driva fram en flyttning, som göra det möjligt att bo kvar. På liknande sätt förhåller det sig med vad vi kallar personfaktorer.

Med hög ålder och nära nog uttömd reservkapacitet följer rubbningar i den biologiska balansen och stor känslighet för yttre påverkan. Sjukdom och svikt i ett organ påverkar samtidigt flera andra organ. Vanligt är också att ett begränsat antal symtom återkommer oavsett faktisk sjukdom. Exempelvis förvirring (konfusion), benägenhet att falla, svårigheter att gå, intorkning, matleda, smärta, svimning, sömnstörningar, trycksår, urininkontinens och viktförlust. I denna situation kan en hastigt nedsatt hälsa och/eller ett plötsligt insjuknande medföra drastiska funktionsnedsättningar. Fallskador och frakturer kan ha liknande följder. Särskilt allvarliga konsekvenser för möjligheterna att bo kvar hemma uppstår om orienterings- och rörelseförmågorna försämras mycket påtagligt. Det begränsar och inskränker en mängd aktiviteter i vårt vardagsliv. Stora svårigheter vid förflyttning, gravt nedsatt förmåga till personlig omvårdnad och drastiskt nedsatt orienteringsförmåga är ofta huvudorsaken till att en flyttning beviljas. Svårigheter att handha track, sug, syrgas och behov av andra nödvändiga och lite mer komplicerade hjälpmedel kan också bidra till att flyttningar kommer till stånd.

Andra mycket kritiska händelser och utlösande faktorer kan vara om make/make eller annan anhörigvårdare/omsorgsgivare insjuknar, avlider eller av andra skäl inte längre kan eller vill fungera i sin roll (23). Det förekommer också att enskilda förvägras rätten att komma hem efter en sjukhusvistelse. En annan utlösande faktor kan vara om hemtjänsten visar sig otillräcklig och/eller inte har beredskap för att svara på larm med ett snabbt hembesök.

Inte ovanligt är också att kritiska händelser och utlösande faktorer knyts till den enskilde – till personfaktorer. Hit hör missnöje med, bristande tillit till och förtroende för hemtjänst/hemsjukvård, vägran att ta emot hjälp, att den enskilde utsätter sig själv och andra för fara, uppvisar allvarliga beteendestörningar och/eller har en oförmåga att vara ensam, missbrukar larmfunktionen, söker sjukhuset akut vid en mängd upprepade tillfällen och/eller mycket påtagligt tär på närståendes resurser samt stör grannar, uppvisar

oro för att dö hemma/inte får rätt hjälp och/eller utsätter närstående för onödiga påfrestningar.

Med utlösande faktorer avser vi således händelser med kritisk inverkan på

- reservkapacitet
- kronisk sjukdom
- funktionstillstånd
- aktiviteter

samt händelser kopplade till omgivning och person, s.k.

- omgivningsfaktorer
- personfaktorer

Korttidsboende

Vid tiden för ansökan om särskilt boende vistas en dryg tredjedel (35 procent) av flyttarna i sina hem. Det stora flertalet, 57 procent, vistas på korttidsboende (24). Detta ger en antydning om att korttidsboendet kan ha betydelse både som övergångsobjekt och som tillfällig lösning på de problem, som uppstår i samband med kritiska händelser/utlösande faktorer. På så vis kan korttidsboendet ta udden av de kritiska händelserna/de utlösande faktorerna, varvid det aldrig blir aktuellt med särskilt boende. Korttidsboendet fungerar då som vändplats och den enskilde flyttar tillbaka hem igen. Men det kan också vara så att korttidsboendet är en del av vägen till det särskilda boendet – om än som fördröjning. Andra gånger kan det vara tvärtom. Då kan en tids korttidsboende vara en nästan nödvändig förutsättning för att en flyttning skall komma till stånd.

Några exempel. Korttidsboende som tillfällig lösning kan handla om att kommunen tar hem utskrivningsklara patienter – den kritiska händelsen avser sjukdom och funktionsnedsättning, vad som sedan händer får visa sig. Det kan handla om avlastning och växelboende – den kritiska händelsen avser anhöriga/närstående som behöver avlösning tillfälligt och/eller permanent (omgivningsfaktorer). Men det kan också handla om korttidsvistelse för fortsatt och fördjupad utredning och/eller rehabilitering – varvid den kritiska händelsen avser aktivitet och person. Kanske att man

kunde tala om en form av aktiv väntan på återinträde i vardagslivet, en slags comeback (25). Så har vi korttidsboende som övergångsobjekt. Här tänker jag på korttidsvistelser för omsorg och vård i livets slutskede, men också på hur en korttidsvistelse kan ingå i beslut och beslutsfattande kring särskilt boende, dels som väntan på särskilt boende (beslut finns redan) och dels som förutsättning för att den enskilde skall ansöka om särskilt boende. Det senare är inte ovanligt, dvs. det är först när den enskilde inte längre är hemma, och kanske till följd av en vårdepisod på sjukhus med efterföljande korttidsvistelse, som beslutet att ansöka om särskilt boende växer fram.

Slutsatsen är given. För att få en bättre uppfattning om behovet av särskilt boende och hur utlösande faktorer påverkar detta behov skulle vi behöva studera dynamiska samspel mellan korttidsboende och särskilt boende och vi skulle behöva föra in korttidsboendet i vår modell. Korttidsboendet kan i det sammanhanget ses som en omgivningsfaktor – ett alternativ som handläggaren skall överväga vid sin bedömning. Och då framför allt med hänsyn till om behoven förväntas vara varaktiga eller inte. Ibland beviljas korttidsboende för att handläggaren skall få möjlighet att ta reda på hur det förhåller sig med detta. Korttidsboende är emellertid också ett bistånd, som den enskilde kan ansöka om helt vid sidan av särskilt boende och helt utan att rätten till bistånd i form av särskilt boende prövas.

Kvarboendepincipen

Enligt kvarboendepincipen skall den enskilde beredas möjligheter att bo kvar hemma så länge som möjligt. Eller som det uttrycks i lagens förarbeten *att göra det möjligt för äldre att leva kvar i sina hem under goda förhållanden i stället för att i förtid nödgas bo under mer institutionella former*. Såvitt jag förstår uttrycker principen en grundsyn, som varit gemensam från mitten av 1900-talet och fram till våra dagar – äldre skall så långt möjligt erbjudas möjligheter att bo kvar hemma och de skall inte behöva flytta (i onödan) för att få omsorg och vård. Jag vill påminna om den tidsanda i vilken principen föddes. Det var en tid då äldre fattiga tvingades lämna sina hem och flytta till ålderdomshem, som först fattighjon och senare som inackorderingshjon. Min morfar tillhörde, såvitt jag förstått, de senare. I dag görs, helt naturligt, andra bedömningar. I dag finns

det till och med de som uppfattar principen, som ett tvång till kvarboende. Det handlar således om en princip, som kan tillämpas på olika sätt vid olika tidpunkter. Låt oss återkomma till detta för att först ägna oss åt dess närmast exempellösa framgång om vi ser till den genomsnittliga tid som äldre vistas på ett särskilt boende. Jag menar att denna tid har krympt till nära nog oigenkännlighet. Tidigare var det inte ovanligt att äldre tillbringade något decennium eller mer på ett särskilt boende. Numera är detta extremt ovanligt – åtminstone bland dem som flyttat in under senare år.

Data med vars hjälp vi kan följa denna utveckling över tid saknas. En aspekt på detta är dock att behoven av omsorg och vård ser helt annorlunda ut hos dem som flyttar in i dag än hos dem som flyttade in under säg 1980- och 1990-talen. Och dessa skillnader låter sig belysas. Av exempelvis Sundsvallsstudierna framgår att den genomsnittliga "vårdtyngden" (läs i huvudsak omsorgsbehov) hos boende på sjukhem år 1978 var lägre än genomsnittet bland boende på servicehus år 2005 (26). Parantetiskt vill jag också nämna att idéer om segmentering med särskilda hus för särskilda målgrupper svårligen låter sig förenas med kvarboendepincipen. Det är en sak att reglera tillträdet – en helt annan att upprätthålla ett segment genom att tvinga fram flyttningar, när exempelvis de boende på servicehus drabbas av funktionsnedsättningar och sjukdom. Samma fenomen har visat sig vad gäller gruppboendestäder för äldre med demenssjukdom. Tankegången var från början att denna typ av boende skulle omfatta äldre med medelsvår demens. Utifrån detta reglerades tillträdet och under en tid fanns förutsättningar för gemensamt deltagande i gruppverksamheter. Allteftersom de boende åldrades framskred deras demenssjukdomar och spridningen mellan de boendes förmågor blev allt mer påtaglig. Därmed också möjligheterna att driva för alla boende gemensamma gruppaktiviteter.

Gränser för kvarboende

Kvarboendepincipen, med sin formulering om rätten att bo kvar hemma så länge som möjligt, kan uppfattas som att det finns en gräns bortom vilken det inte längre är möjligt att bo kvar hemma. Och visst är det så. Samtidigt är denna gräns långtifrån stabil. Den förskjuts och förflyttar sig över tidens gång. Dessutom byter den karaktär beroende på att grunderna för inflyttning ändras.

För att fånga hur denna gräns förskjutits över tidens gång skall vi kort och schematiskt tala om tre perioder med tre strukturellt givna gränser (27). I sammanhanget bortser jag ifrån medicinska inläggningar på sjukhem, eftersom de aldrig avsåg flyttning och byte av bostad. Funktionellt fick de detta syfte, men de hade det inte intentionellt. Och vad mera var – för den enskilde reglerades en vistelse på sjukhem ekonomiskt på ett helt annat sätt än en vistelse på ålderdomshem just därför att den betraktades som tillfällig. På ålderdomshemmet fick den enskilde behålla en extremt liten del, om ens någon, av sin pension. På sjukhemmet kunde den enskildes kapital växa.

Alltnog, de tre gränser för kvarboende som jag vill lyfta fram avser försörjning, förflyttning och omvårdnad. För inflyttning på ålderdomshem krävdes en gång i tiden att den gamle var frisk och *oförmögen att försörja sig*. I takt med att ett pensionssystem tillkom, förbättrades och kompletterades av kommunala bostadstillägg blev det ekonomiskt möjligt för allt fler äldre att bo kvar hemma. Då visade det sig att deras *bostäder* inte sällan lade hinder i vägen för fortsatt hemmaboende. Under några decennier kom många äldre att flytta till ålderdomshem på grund av sina omoderna och halvmoderna bostäder. Ofta saknades rinnande vatten och toalett. Andra tvingande omständigheter handlade om *nedsatt rörlighet* i kombination med trappor, lägenhet i hus utan hiss, stort avstånd till affärer och annan service.

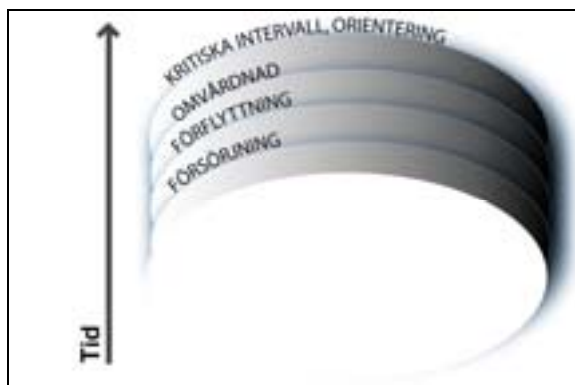
För att specifikt möta de äldres bostadsproblem tillskapades från och med andra hälften 1960-talet servicehus. Ett *servicehus* innebar ett självständigt boende i egen lägenhet av normal standard och med god tillgång till service. Servicehusen byggdes för äldre, som i stort sett kunde klara sig själva.

För de som inte behövde flytta till följd av försörjnings- och/eller bostadsproblem skulle en ny gräns komma att visa sig. En gräns som hängde samman med *personlig omvårdnad* och oförmåga att sköta den egna kroppen. För att svara på sådana behov och möjliggöra fortsatt hemmaboende satsade kommunerna under några decennier stort på hemtjänsten, framför allt under 1970- och 1980-talen. Efter hand kom hemtjänsten att omfatta ett alltmer fullvärdigt omhändertagande med hjälp att sköta såväl hemmet, som den egna kroppen. Kompletterat med färdtjänst, tillsynsinsatser, larm, kvälls- och nattpatruller samt hemsjukvård kan den enskilde i dag få mycket omfattande omvårdnadsinsatser i hemmet. Flyttningar på grund av omvårdnadsbehov med först långa och

sedan korta intervall blev på så vis inte tvingande. Allt fler kroniskt sjuka äldre fick möjlighet att bo kvar hemma. Till detta bidrog också många andra omständigheter, inte minst de medicinska framsteg som har visat sig ligga bakom allt kortare vårdtider på sjukhus och ett helt nytt sätt att se på vårdbehov hos äldre med långvarig och kronisk sjukdom.

En figur får sammanfatta hur kvarboendets gränser har förskjutits från försörjning till i huvudsak nedsatt orienteringsförmåga och omvårdnadsbehov med korta och kritiska intervall.

Figur 6 Förskjutningar i kvarboendets gränser



För närvarande befinner vi oss i den yttre ringen. För äldre med nedsatt orienteringsförmåga respektive omvårdnadsbehov med korta och kritiska intervall har vi än så länge inte funnit alternativa lösningar, vilka kan förskjuta gränsen. Detta är dock inte unikt för vår tid. Så har det varit i alla tider tills alternativen har uppenbarats sig. Att i efterhand hävda att så och så många inte hade behövt flytta är tämligen poänglöst. Frågan är vilka alternativ som fanns när besluten togs. Jag förmodar att de var få, om ens några, eftersom om de fanns så skulle vi inte kunna tala om en gräns i dag heller.

En annan aspekt på dessa förskjutningar i kvarboendets gränser handlar om att den genomsnittliga vistelsetiden tenderar att bli allt kortare. En gång i tiden var det inte ovanligt att äldre kom att bo något decennium eller ännu längre på särskilt boende. I dag är detta extremt ovanligt och nästan omöjligt med hänsyn till hur rätten till bistånd i form av särskilt boende tillämpas. Genom framväxten av

alternativa sätt att lösa försörjningssvårigheter, nedsatt rörelseförmåga och behov av omvårdnad har flytten kommit att inträffa allt senare i den enskildes liv. Schematiskt visar vi detta i figur (7).

Figur 7 Återstående tid efter flytt till särskilt boende



Horisontiskt tänkande

En horisont är ett optiskt fenomen. Att röra sig mot en horisont är att få en ny horisont. Äldre kan säga att de skall flytta när de inte längre kan ta sig ut själva. Och när de väl är där säger de att de skall flytta när de inte klarar att gå på toaletten själva. Och när de vant sig vid att behöva hjälp i samband med toalettbesöken säger de att så länge de kan stå på benen, har balans och inte riskerar att falla och göra sig illa så går det bra. Så faller de, bryter ben och åker in akut. Så kommer de hem igen med larm och utökad hemtjänst. Och nu går det bra så länge de inte behöver blöja och klarar nattens ångest. Så förskjuts gränsen steg för steg. Inte sällan dithän att de skall bo kvar hemma så länge de är klara i huvudet. Hur det blir sedan är inte deras sak, säger de (28). En följd av det horisontiska tänkandet och de möjligheter till kvarboende, som skapats över tidens gång, är att allt fler har svårigheter att företräda sig själva och sina intressen. Totalt sett görs ansökan om särskilt boende av närstående/annan, enligt principen om presumerat (förmodat) samtycke, i drygt en tredjedel av ärendena. Bland personer med nedsatt

orienteringsförmåga uppgår denna andel till 54 procent. Ytterligare få har legal ställföreträdare (29).

En annan konsekvens av det horisontiska tänkandet är att behov av särskilt boende inte så lätt låter sig fångas genom att vi frågar människor hur de skulle ha handlat i en tänkt framtida situation. När de väl är där, ändrar de sig med all sannolikhet.

Kvarboende som tvång

Det har blivit allt vanligare att kvarboendepincipen uppfattas, som ett tvång att bo kvar hemma. Man menar då att gränsen för kvarboende har förskjutits så att allt fler vill, men inte får flytta till särskilt boende. Empiriskt stöd för denna åsikt står att finna i avslag till särskilt boende. De är dock inte så vanligt med avslag (30). Sådana uppgifter är också motsägelsefulla, eftersom det förekommer att personer som fått avslag, efter en tid inte bara funnit sig i detta utan också visar tacksamhet för att de fått möjlighet att bo kvar hemma (31). Empiriskt stöd skulle i någon mån också kunna hämtas i mängden gynnande beslut, som inte har kunnat verkställas inom tre månader från beslutet. Och detta som uttryck för att tröskeln till särskilt boende skulle vara hög. Under perioden 2001–2006 har antalet icke verkställda beslut ökat samtidigt som väntetiderna minskat. Av Boverkets enkät framgår också att en överväldigande majoritet av kommunerna (238) gör bedömningen att behovet av särskilt boende kommer att vara täckt efter pågående/planerad utbyggnad till och med år 2008 (31). Det empiriska stödet är således svagt.

För egen del uppfattar jag påståendet att äldre i ökad utsträckning tvingas bo kvar hemma, som *en kritik riktad mot grunderna för tillträde till särskilt boende*. Kort sagt att hänsyn borde tas inte bara till fysiska och psykologiska behov, utan också till sociala behov. Inte minst till människors behov av samhörighet, uppskattning och självförverkligande, dvs. till Maslows behovstrappa i sin helhet. Hänvisningar sker ofta till att trygghetsbehoven borde ha en mer självständig roll och att det skulle räcka med otrygghet för att få flytta. Men det hänvisas också till ensamhet och isolering. Ett resonemang om tvång till kvarboende skulle även kunna föras med referens till Antonovsky och vad han kallar människors känsla av sammanhang, dvs. meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Med en stark känsla av sammanhang följer bättre förutsättningar att

klara de påfrestningar, som hör samman med åldrande, sjukdom och funktionsnedsättningar. I enlighet med denna kunskap borde äldreomsorgen prioritera meningsfullhet och begriplighet. Andra referenser som stärker argumentationen för att prioritera sociala behov är givetvis möjliga att lyfta fram. Empiriskt stöd för denna tes skulle även kunna sökas i studier som påvisar att äldre hemmaboende har eftersatta sociala behov.

Frågan om det föreligger ett tvång till kvarboende eller inte måste dock ställas till socialtjänstlagen och dess konstruktion av skälig levnadsnivå. Mer konkret handlar det om vad som avses med *livsföring i övrigt*. Jag kan inte se det på annat sätt än att lagstiftare och rättstillämpare kommit att avse fysiska behov och i viss mån människors psykologiska behov av trygghet. Alldeles särskilt om de senare sammanfaller med fysiska behov. En mer självständig roll för människors sociala behov, som grund för prövning av skälig levnadsnivå saknas. Påståendet att det föreligger ett tvång till kvarboende är således i huvudsak av politisk natur. För att vinna legitimitet krävs sannolikt en omtolkning och kanske också en omskrivning av rättighetsparagrafen. Man skulle dock kunna ställa frågan om äldre hemmaboende, som lever i otrygghet och med eftersatta sociala behov har skälig levnadsnivå, enligt socialtjänstlagen. Och på motsvarande vis, om de som flyttar till ett särskilt boende får skälig levnadsnivå. Såvitt jag känner till finns inga studier som konkret knyter dessa frågor till socialtjänstlagens begrepp. Sammanställningar av överklaganden av avslag till särskilt boende finns dock och hur de behandlats av rättsinstanserna, men då är vi tillbaka i fysiska och psykologiska behov samt rätten till bistånd.

Kan gränsen förskjutas?

Man skulle också kunna ställa sig frågan om och hur denna gräns för kvarboende skulle kunna påverkas. Några svar som kan ges med ledning av vår modell är

- att sjukdomar och skador i viss mån kan förebyggas
- att understödjande behandlingar kan ges i ökad grad
- att förekomsten av vårdskador och onödig omsorg kan reduceras

- att angörigstödet kan utvecklas genom bland annat mer flexibla möjligheter till avlösning, psykisk avlastning och utbildning
- att allt fler hjälpmedel kan utvecklas för att stärka den enskildes möjligheter till egenkontroll
- att det kan utvecklas gruppaktiviteter och dagverksamheter som komplement till hemtjänst morgon och kväll samt tillsyn natt
- att hemtjänsten kan förbättra sin beredskap vid larm
- att hemtjänsten kan organiseras för att genom omsorgs- och personkontinuitet stärka mottagarnas trygghet, tillit och förtroende
- att hemsjukvården kan byggas ut och förbättra sin beredskap vid larm
- att äldreomsorgen kan prioritera meningsfullhet och begriplighet för att på så vis stärka känslan av sammanhang
- att den enskildes inflytande och bestämmande över äldreomsorgens resurser och insatser kan vidgas genom rambeslut, förenklad handläggning, kundval m.m.

Mycket lite av detta kan biståndshandläggaren och den enskilde som ansöker om särskilt boende påverka. Det finns ett glapp mellan vad handläggaren kan påverka och vad som är påverkansbart i bredare mening. För att modellen skall kunna användas som vägledning för att påverka denna gräns måste fler personer och professioner dras in i utredning och beslutsfattande. Förskjutningar av gränsen för kvarboende kan knappast komma till stånd med mindre än att det utvecklas bedömningsteam och kanske rådslagsförfaranden för att hantera dessa frågor och för att utveckla nya tjänster till dem som befinner sig på kvarboendets gräns.

Skälig levnadsnivå

Jag skall inte ge mig in på att försöka fastställa vad som avses med skälig levnadsnivå relaterat till lagtextens begrepp – livsföring i övrigt och särskilt boende i synnerhet. Däremot skall jag ta upp några olika föreställningar om vad det innebär att bo, samt med tre

begrepp; personligt, allmänt och kollektivt boende föra en diskussion om motiv att flytta till särskilt boende.

Personligt boende

Boverket formulerade en gång i tiden att alla skulle ha minst ett rum, avskilt sovrum och kök. Detta i analogi med gränsen för trångboddhet. Ett särskilt boende skulle på så vis omfatta två rum och kök för ett enpersonshushåll. En sådan standard är ovanlig. År 2006 hade dock flertalet (72 procent) minst 1–1½ rum inkl kokmöjlighet, wc samt dusch eller bad. Var femte hade en bostad med wc och dusch, men saknade kokmöjlighet, var tjugonde hade varken wc, dusch eller kokmöjlighet och nära två procent av de boende delade bostad med annan eller andra än make/maka/sammanboende (32). Standarden är således mycket skiftande och inte alltid anpassad till äldre med omfattande funktionshinder.

Ambitionen har varit och är att det personliga boendet skall vara hemligt. Många av hemlivets aktiviteter är hänvisade till bestämda rum. Vi har rum anpassade för olika aktiviteter; sovrum, kök/matrum, vardagsrum och badrum samt hall. Ibland också ett arbetsrum. I de särskilda boendena har köken krympt och badrummen anpassats till behoven hos äldre med grava rörelsehinder. De är stora och ibland även inredda med tvättmaskin. Arbetsrum förekommer överhuvudtaget inte annat än som en del av vardagsrummet. Samtidigt har ett rum ”försvunnit”. Tanken har varit att de gemensamma utrymmena skall kompensera minskningen av de personliga utrymmena. Små individuella kokskåp skall således kompenseras av ett stort gemensamt kök. Små lägenheter om ett rum skall kompenseras av gemensamt vardagsrum och gemensam matsal. Vad som är hemligt och inte är upp till var och en att bedöma. Konstruktionen med gemensamt kök, vardagsrum och matsal är definitivt inte hemlik. Det personliga boendet kan dock vara mer eller mindre hemligt beroende på design och inredning.

I det personliga boendet sover och vilar de äldre. Där får de hjälp att sköta sin hygien och annan personlig omvårdnad. Det personliga boendet är också platsen för att ta emot övrig hemtjänst och hemsjukvård. Fullvärdiga måltider tillreds ytterligt sällan i det egna köket. En del av dygnet tillbringar de boende i de gemensamma utrymmena och då framför allt vid måltiderna, men också i övrigt – för att de inte vill och kan vara ensamma, men också för att

där anordnas olika aktiviteter. För en del har det personliga boendet avgränsats till sängen och området närmast sängen. Och detta som en följd av sjukdom och funktionshinder. De använder sig extremt sällan av de gemensamma utrymmena. Detta gäller framför allt en och annan som har omvårdnadshandikapp med korta och kritiska intervaller. Flertalet med nedsatt orienteringsförmåga tillbringar en stor del av sin vakna tid i de gemensamma utrymmena (33).

I de gemensamma utrymmena finns personal. De är nära, på höravstånd och kan snabbt svara på larm. Om det behövs kan de göra täta tillsynsbesök i de personliga boendena. De som bor i huset har tillgång till sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Mat serveras tre gånger per dygn, däremellan finns möjlighet att få såväl dryck som en smörgås, kräm och mjölk eller någonting annat. Kaffe serveras vid flera tillfällen under dagen. Vid inköp, utevistelser och sjukhusbesök kan de boende få ledsagning. Konstruktionen är väl anpassad till äldre, som har omvårdnadsbehov vilka uppträder oförutsägbart. Med viss tillspetsning kunde man kanske säga att behov av särskilt boende avser just äldre med omvårdnadsbehov, som till en del uppträder oförutsägbart. Det kan tyckas som om definitionen av särskilt boende sammanfaller med denna typ av behov. I sammanhanget vill jag erinra om att behov på en nivå kan definieras med ledning av egenskaperna hos den produkt eller tjänst, som är till för att tillgodose behovet. På en annan nivå kan behov definieras med ledning av de nyttor som man vill realisera med ledning av produkten eller tjänsten. Uttryckt annorlunda antingen uppfattar vi ett särskilt boende med sin inriktning mot heldygnsomsorg, som konstruerat för att möta behov vilka uppträder oförutsägbart eller så uppfattar vi att den målgrupp som har omvårdnadsbehov vilka uppträder oförutsägbart kan få dessa tillgodosedda och uppleva trygghet i ett särskilt boende. Skillnaden är hårfin, men betydelsefull ty i det senare fallet finns det anledning av undersöka om behoven kan tillgodoses på alternativa sätt. I det förstnämnda fallet är det underförstått att lösningen heter särskilt boende.

Allmänt boende

I undersökningar av vad äldre sätter störst värde på omnämns alltid besök av anhöriga och närstående. Många berättar också att de inte umgås med de andra, som bor på samma ställe. De andra ser och hör illa, är förvirrade, för dåliga och är mest på sina rum – säger man. För flertalet är personalen den vanligaste samtalspartnern. De boende träffas i samband med måltider och när det är någon underhållning. Man går däremot mycket sällan hem till varandra.

Att vara med andra i sitt hem, eller som min referent uttrycker det, *allmänt boende*, förutsätter att människor väljer och har valt varandra (34). Vi som lever tillsammans i exempelvis i ett parförhållande har valt varandra. I hemmet kan var och en av oss ha sin vrå och kanske sitt rum. Samtidigt delar vi vardagsrum, kök och matrum med varandra. Vi delar också badrum. För gäster finns kanske en separat toalett. Till våra hem bjuder vi in människor som vi delar värden med; vänner, arbetskamrater, släktingar och grannar. Umgänget omgärdas av överenskommelser, som vi långt ifrån alltid är medvetna om. Men de finns där. Vi finner det naturligt att umgås i kök, matrum och framför allt vardagsrum. Det tillhör sällsyntheterna att vi tar emot besökare i sovrum. Lika självklart är att besökare skall bjudas på något. Att inte bjuda på något är ogästvänligt. Omvänt gäller att vi inte släpper in vem som helst i våra hem. Vi bjuder hem dem vi vill umgås med.

I det särskilda boendet råder speciella förhållanden. Om boendestandarden är låg påverkar det möjligheterna att vara med andra. Då finns kanske ingen annan möjlighet än att umgås med utgångspunkt från sängkanten och inget finns att bjuda på, eftersom hemmet saknar kokskåp, kyl och frys eller på grund av att det är tomt i kyl och skafferier. I det särskilda boendet finns också *ett tvång till gemenskap*. Detta tvång sammanhänger med att de individuella utrymmena förminskats till förmån för de gemensamma utrymmena. De boende förväntas dela vardagsliv med människor de inte valt och med människor de inte delar värden med. Detta kan vara förödande för de boende, personalen och verksamheten.

Almberg & Paulsson (35) har föreslagit begreppen gruppboende och bostadsgrupp för att klargöra viktiga principiella skillnader mellan olika sätt att arbeta. En bostadsgrupp består av ett antal bostäder till vilka det finns kopplat gemensamma utrymmen, som komplement till de individuella utrymmena. En gruppboende har individuella bostadsdelar, men viktigast är det gemensamma köket,

matplatsen och det gemensamma vardagsrummet. I gruppboenden, men inte i bostadsgruppen, föreligger ett tvång till att dela vardagsliv.

Gruppboendet lånar på så vis drag av institutionellt boende (36). Ett kännetecken hos *institutionen* är just att alla behov skall tillgodoses på samma plats och av samma organisation – ingen behöver egentligen lämna boendet för att få sina behov tillgodosedda. De behov som institutionen inte kan tillgodose – ”finns inte”. Jämför uttryck som *nu har vi fått in mamma*. Ett annat kännetecken är att vardagslivet styrs av ett detaljerat tidsschema och att dagen får sin struktur av måltiderna och hur personalens scheman bestämmer tider för olika aktiviteter samt för att stiga upp på morgonen och gå till sängs på kvällen. På institutionen härskar dess ordning, inte de enskildas dygnsrytm, matvanor och intressen. När så sker blir det stor spännvidd och mycket lite av institutionell ordning. Vi har långt dit, framför allt vad gäller individuella tider för att gå till sängs.

Ett tredje kännetecken är att många av vardagens göromål utförs i närvaro av andra, som gör samma sak eller ingenting. Detta är extremt påtagligt i många boenden för personer med demenssjukdom. Ett fjärde kännetecken är att institutionen har rum som inte tillhör ett hem exempelvis dagrum, sköljrum, vådrum, behandlingsrum och samlingssal, men också gemensamt kök, vardagsrum och matplats. Ett femte kännetecken är att institutionen är slutet i förhållande till omvärlden. Den är till för dem som bor där, personal och i någon mån närstående på besök. I äldreomsorgens särskilda boenden är arbetet organiserat i avdelningar eller enheter, som är åtskilda från varandra även om de finns i samma hus. De som bor på olika enheter och avdelningar i samma hus träffar ytterligt sällan varandra. De lever sina liv på sina enheter/avdelningar och till dessa är personal knuten.

Slutsatsen måste bli att äldreomsorgens särskilda boenden i många avseenden lånar drag av institutionellt boende, samtidigt som det personliga boendet kan vara mycket hemligt. Det finns med andra ord mycket liten grund för att hävda att ett särskilt boende är designat och organiserat för att tillgodose de äldres sociala behov. En helt annan sak är att människor kan finna varandra också i institutionella miljöer och att gemenskaper kan uppstå.

Segmentering. En aspekt, vi inte kan gå förbi, handlar om i vad mån och hur de boende har indelats i olika segment. Vanliga försök till indelningar är boende med somatiska respektive psykiska sjuk-

domar samt boende med demenssjukdom. Så har vi arven från förr, det vill säga den segmentering som låg till grund för servicehus, ålderdomshem och sjukhem. Tankegången var att servicehusen skulle reserveras för rörelsehindrade, som flyttar från undermåliga bostäder till bostäder med god framkomlighet och tillgänglig service, att ålderdomshemmen skulle reserveras för skröpliga, men knappt sjuka äldre och att sjukhemmen i första hand skulle reserveras för långvarigt och somatiskt sjuka. Så tillkom nya grupper med demenssjukdomar och psykisk sjukdom. Då byggdes gruppboendestäder för demenssjuka respektive psykiskt sjuka. Alldeles oavsett vilka grunderna har varit för att tillskapa segment, så har inget segment förblivit renodlat. I alla boenden uppstår förr eller senare inslag av att äldre personer med olika sjukdomar och funktionsnedsättningar integreras. Kvarboendepincipen kommer tillbaka och nu, som ett hinder för att upprätthålla renodlade segment. Efter inflyttning på exempelvis ett servicehus utvecklar de boende sjukdomar och funktionshinder, liksom vissa av de boende på ett gruppboende för somatiskt sjuka utvecklar en demenssjukdom och i ett gruppboende för äldre med medelsvår demens progredierar sjukdomarna så att vi får en blandning av personer med svår och medelsvår demens samt en blandning av boende med olika demenssjukdomar. Och kanske ett krav på särskilda enheter för personer med vaskulär demens eller personer med störande beteende. Konsekvensen blir över allt densamma – det blir svårare och svårare att bedriva gemensamma aktiviteter i den lilla grupp om 6-8-10-12 personer, som tillhör en avdelning eller en enhet. De blir efterhand allt mer olika varandra till förmågor och intressen. En väg ut ur detta skulle kunna vara att skilja mellan att bo och att leva vardagsliv, *mellan boende och vardagsliv*. Till denna idé skall jag återkomma efter det att vi bekantat oss med föreställningen om att vårt hem inte bara är en plats att komma till, utan också en utgångspunkt för ett liv i en större värld.

Kollektivt boende

I våra hem är vi bekanta med världen i dess omedelbarhet (37). Den är given och för-givet-tagen. Där behöver vi inte välja väg och finna ett mål. Det är den ena sidan av saken. Den andra är att syftet med våra liv inte finns hemma. Vi har var och en av oss roller i system av interaktioner med andra människor. Det kan gälla arbetsplatsen,

skolan, grannskapet, föreningen vi är med i, intressen vi utövar, släkt och vänner. En bostad är på en och samma gång något att utgå ifrån och något att komma hem till. Så kunde det också vara i ett särskilt boende.

Världen utanför är *en möjlighetsvärld*. En värld i vilken vi kan möta andra människor för att utbyta idéer, känslor, tjänster och annat. Det är en värld där vi kan komma samman, utan att nödvändigtvis komma överens. *Staden, torget och marknaden* kan vara sådana platser, som inspirerar oss till möten och till att upptäcka andras världar. Vi blir speglar som mottar, reflekterar och presenterar. *Vi är alltid någonstans som någon*. Platsen ramar in oss. Vi får vår identitet utifrån hur vi väljer bland de möjligheter, som platsen erbjuder. I vårt val av presentationer identifierar vi oss med den totalitet som tillhör rollen vi valt. Genom möten och val får jag en värld.

När vi blir gamla, sjuka och funktionshindrade förändras vår sociala identitet. Vi gör rollförluster, yttervärlden tonar delvis bort. Då kan vi inte ta oss ut i staden, till torget och marknaden. Då måste marknaden och torget ta sig till oss. Frågan som ställer sig självt är vilka möten och val de särskilda boendena skulle kunna möjliggöra om de vore någonting annat än institutioner. Om de i genuin mening avinstitutionaliserades. Svaret är bland mycket annat en fråga om design (38). Det underlättar om bebyggelsen är *tät* och vi bor koncentrerat så vi ser varandra och kontakter kan uppstå.

En annan viktig förutsättning är *kontinuitet* både i den meningen att korridorer har en riktning och leder någonstans och i den meningen att händelser upprepar sig och möjligheter till möten uppstår och återuppstår. Det tycks vara så att vi kan behöva granska varandra informellt en tid innan vi tar kontakt. Från att bara se, nicka och hälsa till att börja samtala kan det behöva gå en tid. Samtidigt vet vi att antalet kontakter är beroende av hur vi känner oss. Med positiva känslor följer fler kontakter (39). Att nykomlingar introduceras borde vara en självklarhet. På motsvarande sätt kan anhöriga och närstående vara hjälpta av introduktioner till sina nya roller som besökare och som informellt deltagande i omsorgen och vården.

En tredje viktig förutsättning är *variation*. Möjlighetsvärlden vidgas någonting alldeles fantastiskt om det särskilda boendet är öppet internt och mot omvärlden. Och om det finns en utemiljö att titta på, njuta av, promenera, vila och arbeta i. Världen av möj-

ligheter vidgas än mer om det särskilda boendet är en del av närområdet. Om det finns anledning för människor att ta sig dit i andra egenskaper än som personal och anhörig/närstående. Finns dagcentral, fotvård, terapi, korttidsboende och dagrehabilitering i huset bidrar de till en vidgad möjlighetsvärld genom att långt fler äldre än de som bor i huset vistas där. Finns en restaurang vidgas världen ytterligare. Då kommer människor i andra åldrar på tillfälliga besök. Än mer vidgas möjlighetsvärlden om det särskilda boendet är samlokaliserat med en förskola, fritidsverksamhet för ungdomar, en spa-anläggning eller ett allaktivitetshus. Och om det i närområdet finns gott om affärer, några restauranger och caféer, en park och ett torg.

En fjärde viktig förutsättning är att det särskilda boendet uppmuntrar till *en aktiv livsstil*. Innebörden kan formuleras på lite olika sätt. Folkhälsoinstitutet lyfter fram fyra hörnspelare för ett gott åldrande. De är fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap/socialt stöd och delaktighet/meningsfullhet/känna sig behövd (40). Institutet hänvisar också till den medicinske sociologen Aron Antonovsky, som starkt betonat att upplevelsen av meningsfullhet och begriplighet har stor betydelse för hälsan och fungerar som positiva drivkrafter. De underlättar och bidrar till att göra tillvaron mer hanterbar. Som jag förstår och har bidragit till att utveckla Antonovskys tankegångar är det alldeles särskilt angeläget att äldreomsorgerna prioriterar meningsfullhet (41). Det måste finnas något att gå upp till och för. Exempel på aktiviteter som kan ha denna innebörd för människor i särskilda boenden är att de får möjligheter att vara tillsammans med närstående, att de får möjligheter att ägna sig åt sysslor som intresserar dem, att de får möjligheter att samtala om sina inre känslor och om existentiella teman (42).

Vardagsliv

På en avdelning eller en enhet är möjligheterna att bedriva gruppaktiviteter anpassade efter var och ens intresse och förmåga ytterligt begränsade. Det blir lite av att försöka hitta minsta gemensamma nämnaren – något som alla eller de flesta kan delta i. Individualiteten försvinner och alternativen blir få eller inga. Alltid samma människor och inte många rum att besöka (43). I en öppen miljö och ett större hus mångfaldigas möjligheterna med tillgång

till atrium, bibliotek, datarum, läs- och musikrum, rum med storbilds-tv och för filmvisning, rum för gymnastik-dans-fest-samtal-studiecirklar osv.

Då kan grupper bildas och upplösas allteftersom intressen och förmågor ändras. Den möjligheten finns inte på avdelningen/enheten – där gruppen är given – och de boende förväntas leva vardagsliv med varandra. Möjligheterna blir helt annorlunda när vi skiljer mellan boende och vardagsliv samt drar nytta av att med flera enheter, ett större hus och klok samlokalisering med andra verksamheter följer inte bara ekonomiska, utan också verksamhetsmässiga stordriftsfördelar. Då kan olika intressen bejakas. Då finns underlag att i små grupper och parallellt med varandra driva ett stort antal olika aktiviteter. En kombination av små- och storskalighet. Då finns också möjligheter att sätta ihop grupper av deltagare med gemensamma intressen och förmågor samt lösa upp och/eller ombilda grupper när sjukdom, funktionsnedsättning och andra omständigheter förändrar förutsättningarna. Genom att parallellt erbjuda en rikedom av smågruppsaktiviteter kan dessa anpassas så att nära nog alla kan delta i någon grupp. Gemensamt för alla grupper kan exempelvis vara ett fokus på hälsa, fysisk rörelse och mental stimulans, medan *hur* man arbetar varierar från grupp till grupp och därmed från individ till individ. Då är kvarboendepincipen inte längre någon black om foten, eftersom boendet har mycket lite eller ingenting alls med gruppbyggnaderna att göra. Risken är förstås att den intimitet och familjekänsla som kan finnas på en avdelning/enhet går förlorad (44).

Antalet grupper och människor som den enskilde skall möta får inte bli för många. Och vad som är för många måste avgöras från fall till fall. Variationerna kan bli stora, där några av de boende är hemifrån hela dagen och intar sin lunch på restaurang, medan andra endast deltar i någon enstaka aktivitet och tillbringar merparten av tiden hemma. För enskilda kan engagemanget variera från dag till dag och över tid. Det finns ingen motsättning i detta avseende mellan allmänt och kollektivt boende, mellan att vara med andra och att möta andra. Det kollektiva boendet är ett socialt komplement, som också kan användas för att undvika och lösa konflikter. När grannar inte trivs med varandra skall de inte behöva dela vardagsliv mer än vad som är absolut nödvändigt. Genom att strukturera och omstrukturera var och ens vardagsliv skapas helt nya möjligheter, samtidigt som en socialt lockande miljö befrämjar samhörighet, uppskattning och självförverkligande. Kort sagt – stärker

känslan av sammanhang och därmed möjligheter att upprätthålla hälsa.

Samlokalisering

Samlokalisering av verksamheter har betydelse för vilka aktiviteter som kan erbjudas de boende. Genom samlokaliseringar uppstår förutsättningar för att också andra skäl än nedsatt orienteringsförmåga och behov av personlig omvårdnad kan förorsaka flyttningar till särskilda boenden. Med en rikedom av erbjudanden och aktiviteter följer att också en längtan efter gemenskap, samtal, relationer och någonting att göra/sysselsätta sig med kan motivera en flyttning till ett särskilt boende. Samlokalisering av verksamheter har även betydelse för vilka andra som lockas till husets miljö och därmed för möjligheterna till möten och samvaro. Låt mig illustrera. Med exempelvis fot- och hårvård, dagcentral, terapi, gym och studiecirkel följer att äldre, som bor i närområdet kommer till huset på tillfälliga besök för att ta del av olika aktiviteter. Med ett korttidsboende följer att också andra äldre än de som bor i närområdet vistas tillfälligtvis i huset. Men en restaurang vidgas besökarna till att även omfatta personer i yrkesverksam ålder. Med en förskola och fritidsverksamhet kommer barn och ungdomar in i huset. Men en rik utemiljö, en SPA-anläggning och ett allaktivitetshus vidgas basen till att omfatta människor i alla åldrar och familjer på besök. Detta har såväl för- som nackdelar. Till fördelarna hör att det uppstår många nya möjligheter till möten och att aktiviteter kan förena människor i olika åldrar med gemensamma intressen. Att delta i gruppaktiviteter kan vara kontaktskapande. Allra helst om gruppen är relativt liten och gruppleddaren är duktig på att hjälpa människor att upptäcka varandra. Social interaktion kräver ofta en katalysator. Det vi kallar aktiviteter kan vara ett medium för interaktion (45).

Närvaron av andra kan också vara en utgångspunkt för hågkomster och igångsättare av reminiscenssamtal. Till fördelarna hör dessutom att närstående/anhöriga och boende har någonting att göra tillsammans i samband med besök. Till nackdelarna hör att de mer resursstarka besökarna kan inta mötesplatser och gör om dem till sina. De kan bli alltför många, alltför livliga och alltför högljudda. Alternativt att aktiviteter i alltför hög grad anpassas till de

tillfälliga besökarnas intressen och förmågor. Kärnan måste byggas utifrån de boendes behov, önskemål och intressen.

Med öppenhet och samlokalisering ökar också möjligheterna att stödja närstående/anhöriga i deras roller som tillfälliga besökare och som hjälpare/omsorgsgivare, samtidigt som flyttningen inte blir en lika stor förändring som i dag. Många av flyttarna har säkerligen med tiden deltagit i en eller flera av husets aktiviteter. Ju fler som deltar och ju mer öppet boendet är mot omvärlden desto mindre ser vi av att det stigmatiserar de som bor där. Ett öppet hus samspelar med och betjänar närmiljön (46). Samtidigt som det tar bort mycket av de kännetecken vi förknippar med en institution. Slutenheten i förhållande till omvärlden är borta. De boende rör sig mellan sitt personliga boende, allmänt och kollektivt boende. De besöker mötesplatser och alla gör inte längre samma sak på samma plats. Det detaljerade tidsschemat är ersatt av individuella scheman.

Partnerskap

Med mötesplatser, samlokalisering och en mängd smågruppsaktiviteter på dagordningen följer att nya yrkesgrupper kan komma att rekryteras till äldreomsorgernas särskilda boenden. Jag tänker bland annat på kultur- och fritidsarbetare, men också på psykologer, psykoterapeuter och andra beteendevetare. Med mötesplatser och smågruppsgruppaktiviteter i stor skala följer också nya möjligheter att fort- och vidareutbilda äldreomsorgens personal för att på så vis dra nytta av den framväxande kunskapen om äldre och åldrande.

Ur personalens synvinkel skulle de öppna boendena, förekomsten av smågruppsaktiviteter och samspelet med omvärlden kunna innebära att deras arbete påverkades i en mängd avseenden. De skulle inte längre vara bundna eller kopplade till en avdelning/enhet, utan i bred mening ledsaga och vara med de boende i den större miljön. Sannolikt skulle de också komma att ansvara för någon eller några gruppaktiviteter på ett annat sätt än vad de gör i dag och på så vis få ett både vidgat och fördjupat arbetsinnehåll. Liksom i dag skulle de utföra vad vi kallar hemtjänst och hemsjukvård i de äldres personliga boenden. Och de skulle få ett tydligt, men också utvidgat uppdrag som kontaktpersoner. Då skulle det handla om att vara en garant för att deras uppdragsgivare (de äldre) får möjligheter till meningsfulla dagar. Med öppenhet följer att per-

sonalen blir mer av assistenter i de boendes omsorger om sig själva än undersköterskor och biträden till vården. På sikt aktualiseras alldeles säkert en ny beteckning av äldreomsorgens personal. Vad som är för- och nackdelar i detta ur ett personalperspektiv låter jag vara osagt.

Verksamhetsperspektivet, slutligen (47). Här inträffar stora förändringar i flera avseenden i och med utvidgningen till att verksamheten omfattar sociala behov, drivs öppet och i samspel med husets närmiljö. Från att en gång i tiden ha varit en organisation som levererade närmast standardiserade tjänster, lika för alla, har vi nu en äldreomsorg som opererar med tillval och skraddarsyr tjänster för att så långt möjligt svara upp mot individuella behov och önskemål. Organisatoriskt innebär detta en övergång från att arbeta först hierarkiskt och sedan decentraliserat till att styra och leda genom empowerment. Det vill säga genom att personalen bemyndigas, får ett klart och tydligt samt väl avgränsat ansvar och befogenheter att leva upp till detta ansvar. För den enskilde innebär detta att det finns ett team som tar ansvar för helheten av boende, service, omsorg och vård.

En annan mycket tydlig förändring handlar om att äldreomsorgen arbetar i partnerskap och nätverk med andra organisationer. Detta är absolut nödvändigt för att man skall kunna tillgodose mångsidigt sammansatta behov. Omsorgen och vården, hur bra de än är, kan inte tillgodose sociala behov i vid mening och hur väl de än organiserar sig och tydliggör vad som faller på kontaktpersonen, och den omvårdnadsansvarige sjuksköterskan att svara för.

Vi ser redan i dag tydliga embryon till denna utveckling genom att kommunerna har anställt omsorgshandledare, frivilligsamordnare, coacher, utvecklingsledare och allt vad man nu kallar de personer, som har fått mer eller mindre tydliga uppdrag för att driva utvecklingen i denna riktning. Förändringarna kan något schematiskt beskrivas på följande sätt,

Transaktion → Service → Relation → Nätverk

Initialt har vi en organisation med fokus på standardiserade tjänster och individuella transaktioner. I nästa fas har organisationen fokus på individuella möten, att mottagarna medverkar i omsorgsarbetet och att varje möte utgör ett sanningens ögonblick. I den tredje fasen har organisationens fokus förskjutits till att bygga långsiktigt

bärande relationer och inta en mer ackumulativ syn på kvalitet. Detta är genombrottsfasen för kontaktpersonen och den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan. I den fjärde fasen vidgas perspektivet till att omfatta resurser i olika nätverk och allianser. Fokus nu är ett helhetsperspektiv och allt som skapar värde för de boende (48).

Assisted Living

Äldre som flyttar till särskilda boenden befinner sig i livets fjärde fas. Det är en fas av sönderfall både till följd av åldrande och sjukdom. Det är också en fas då vi förväntas sammanfatta våra liv, reflektera över vad som varit, försonas med det liv vi levt och förbereda oss på vad som komma skall. Förberedelserna omfattar våra närstående. Allt detta är resurskrävande. Både de som flyttar och deras närstående har bedömts sakna möjligheter och förutsättningar för att detta arbete skall kunna utföras med utgångspunkt från den enskildes ordinära boende.

Om detta att flytta till särskilt boende skall ha mening för den enskilde och dennes närstående bör flyttningen bidra till att tillvaron underlättas och till att det finns möjligheter ta sig an livsuppgifterna i denna fas av livet. Det särskilda boendet är inte ett svar på dessa behov. Det finns en beteckning, inte på svenska men väl på engelska och i amerikansk äldreomsorg, som skulle kunna vägleda oss framåt. Beteckningen är assisted living definierad som en speciell kombination av bostad, omsorg med personlig assistans och vård för att möta förutsägbara och oförutsägbara behov dygnet runt. Och med syfte att främja maximal värdighet (49). Hus i vilka assisted livingmodellen tagit sin boning är inte bara byggnader. De är relationerna mellan människor. Och de tar emot och ger de ankommande en känsla av att ha kommit fram och kommit rätt. Verksamheten är öppen mot omvärlden, familj och närstående medverkar, såväl inom- som utomhus finns mötesplatser, människor väljer sina gemenskaper och får den assistans, omsorg och vård de behöver utifrån sina individuella behov och av yrkeskunnig personal. Möjlighetsvärlden är rik på gruppaktiviteter. Varje enhet drivs småskaligt och är samlokaliserad med andra verksamheter. Meningsfullhet och begriplighet har hög prioritet. Om och när det finns motiv för att flytta till ett särskilt boende så skulle motiven vara förbundna med denna typ av särskilda boenden.

Och om det var så att dessa boenden fanns så skulle de sannolikt påverka gränsen för kvarboende så tillvida att äldre skulle ansöka om att få flytta långt tidigare än vad som är fallet i dag. Med nuvarande tillämpning och tolkning av rätten till bistånd skulle dessa ansökningar avslås. Och kanske än mer välgrundat, eftersom det skulle finnas möjligheter även för hemmaboende att delta i husets aktiviteter. Men låt oss anta att det fanns möjligheter att tidigare lägga flytten till dessa boenden. Exempelvis genom att vad vi i dag kallar mellanboenden samlokaliseras med dessa hus. Då skulle vi sannolikt få vara med om att gränsen för kvarboende försköts och dök upp i ny skepnad (50). Man skulle också kunna tänka sig att dessa samlokaliserade mellanboenden utvecklades till vad som i Holland kallas apartments for life (51). Till ett sådant hus kan alla flytta som uppfyller ett åldersvillkor. Det behövs inga särskilda behov och omständigheter i övrigt. Behoven av omsorg bedöms sedan i boendet på samma sätt som vi i dag bedömer behoven av sjukvård. I så fall skulle det inte heller bli aktuellt med någon ytterligare flyttning – om inte den enskilde så önskar – ty i vad som kallas apartments for life får den enskilde bo kvar hur än behoven av omsorg och vård utvecklar sig framöver. Det verkligt intressanta med apartments for life är således att de i stort sett överger föreställningen om segmentering, som grund för att driva särskilda boenden.

Kreativitetslek

Carl-Magnus Björnsson har skrivit en bok om konsten att vara lönsamt kreativ (52). I sin bok presenterar han ett antal kreativa koder, som han fäster på spelkort och presenterar i par. Varje kort innehåller några faktorer vi kan spela med för att hitta fram till nya idéer. De fyra paren är

- *Tid* som vi kan utnyttja genom att göra något i förväg eller efteråt
- *Orsakssamband* som vi kan dra nytta av genom att göra likadant eller tvärt emot något annat
- *Beståndsdelar* som vi kan slå ihop eller dela upp till något annat
- *Möjliga utvecklingsvägar* som vi kan finna genom att lägga till eller ta bort något

De kort vi så har är

- Gör i förväg
- Gör efteråt
- Gör likadant
- Gör tvärtom
- Slå ihop
- Dela upp
- Lägg till
- Ta bort

Jag avslutar med att för en kort stund leka med dessa kort. Min tanke är följande. Vi har i någon mening kommit till vägs ände med våra särskilda boenden. Vi är inte tillfreds med grunderna för att få flytta dit. Vi anser att den miljö och det liv de erbjuder är torftig(t) samtidigt som vi anser att det finns behov som inte tillgodoses i ordinärt boende. Vi uppfattar kvarboendepincipen som en black om foten, ett tvång mera än som en tillgång och vi söker nya lösningar. Då kan det kanske vara dags för en kreativitetslek med Björnssons kort.

Min lek blev kortvarig. Dess syfte är att visa på vad Du kan finna om Du leker vidare, men också att på ett annorlunda sätt summera, således

Gör i förväg – satsa på mellanboenden

Gör efteråt – bilda grupper/segment först efter inflyttning

Gör likadant – behåll de personliga boendena

Gör tvärtom – avskaffa avdelnings- och enhetssystemet

Slå ihop – huset med dess omvärld

Dela upp – boende och vardag

Lägg till – mötesplatser

Ta bort – institutionen

Referenser

1. Westlund, P. & Larsson, E. (2002) *Kommunens sjuksköterska. I Floences anda* Fokus-rapport 2002:1, Kalmar
2. Proposition 1996/97:124
3. Westlund, P. (2005) *Verksamhetsnära ledarskap – kännetecknen och förutsättningar* Fokus-rapport 2005:2, Kalmar
4. Westlund, P. (2005) *Verksamhetsnära ledarskap – kännetecknen och förutsättningar* Fokus-rapport 2005:2, Kalmar
5. Lagergren, M., Hedberg, R.-M. & Dahlén, I. (2006) *Vårdbehov och insatser för de äldre 2001–2005* Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:6, Stockholm
6. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version* Fokus-rapport 2007:3, Kalmar
7. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version* Fokus-rapport 2007:3, Kalmar
8. Gurner, U. & Thorslund, M. (2003) *Dirigent saknas i vård och omsorg av äldre* Natur och Kultur, Stockholm s 36–39
9. Se exempelvis Edvardsson, B. (1997) *Kundmissnöje och klagomålshantering* Centrum för tjänsteforskning och Högskolan i Karlstad Forskningsrapport 97:3. För användande av begrepp har jag lånat friskt av Socialstyrelsen & WHO (2003) *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* Stockholm
10. Westlund, P. & Sjöberg, A. *Planera för mirakel – Arbeta saluogent, stärk Kasam* under utgivning på Fortbildningsförlaget AB/Tidningen Äldreomsorg
11. Westlund, P. & Sjöberg, A. *Planera för mirakel – Arbeta saluogent, stärk Kasam* under utgivning på Fortbildningsförlaget AB/Tidningen Äldreomsorg
12. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version* Fokus-rapport 2007:3, Kalmar
13. Andersson, M. (2007) *Äldre personers sista tid i livet. Livskvalitet, vård, omsorg och närståendes situation* Lund University, Bulletin No 26 from the Unit of Caring Science, Lund

14. Socialstyrelsen (2001) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? En kartläggning* Socialstyrelsen Stockholm
15. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version Fokus-rapport 2007:3*, Kalmar
16. Westlund, P. & Sjöberg, A. (2005) *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård* Fortbildningsförlaget, Solna
17. Maslow, A. (1954) *Motivation and personality* Hsrrper & Row London. För en svensk presentation av Maslow se exempelvis Tamm, M. (2002) *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom* Studentlitteratur Lund
18. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version Fokus-rapport 2007:3*, Kalmar
19. Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium* Natur och Kultur, Stockholm
20. Socialstyrelsen & WHO (2003) *Klassifikation av funktions-tillstånd, funktionshinder och hälsa* Stockholm
21. Gurner, U. & Thorslund, M. (2003) *Dirigent saknas i vård och omsorg av äldre* Natur och Kultur, Stockholm s 36–39
22. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version Fokus-rapport 2007:3*, Kalmar
23. Westlund, P kommande rapport Fokus Kalmar län om möjligheter till kvarboende
24. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version Fokus-rapport 2007:3*, Kalmar
25. Richt, B. (2005) *Sjukdom som arbete* i Richt, B. & Tegern, G. (red) *Sjukdomsvärldar. Om människors erfarenheter av kroppslig hälsa*, Studentlitteratur, Lund
26. Larsson, K. (2006) *Kvarboende eller flyttning på äldre dar. En kunskapsöversikt* Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:9, Stockholm
27. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version Fokus-rapport 2007:3*, Kalmar

28. Westlund, P. & Sjöberg, A. (2005) *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård* Fortbildningsförlaget, Solna
29. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version Fokus-rapport 2007:3*, Kalmar
30. Socialstyrelsen (2003) *Socialtjänsten i Sverige kap 9*
31. Sveriges kommuner och Landsting (2007) *Öppna jämförelser 2007* Ordförrådet AB, Stockholm
32. Larsson, K. (2006) *Kvarboende eller flyttning på äldre dar. En kunskapsöversikt* Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:9, Stockholm
33. Westlund, P. & Persson, A. (2007) *Beviljad ansökan – om flyttningar till särskilt boende. Uppdaterad version Fokus-rapport 2007:3*, Kalmar
34. Norberg-Schulz, C. (1985) *The concept of dwelling. On the way to figurative architecture* Electa/Rizzoli, New York
35. Almqvist, C. & Paulsson, J. (1998) *Gruppboende för åldersdementa R7:1988* Avd Bostadsplanering, CTH-Arkitektur, Göteborg
36. Socialt Udviklingscenter SUS i samarbete med COWI A/S (2003) *Fra institution til egen bolig – et inspirationshaefte*, Köpenhamn
37. Westlund, P. & Englund, M. (2007) *Boningar för äldre* Fokus-rapport 2007:1 Kalmar
38. Regnier, V (2002) *Design for assisted living Guidelines for housing the physically and mentally frail* John Wiley & sons inc. New York
39. Regnier, V (2002) *Design for assisted living Guidelines for housing the physically and mentally frail* John Wiley & sons inc. New York
40. Agahi, N., Lagergren, M., Thorslund, M. & Wånell, S-E (2005) *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskapssammanställning* Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm
41. Westlund, P. & Sjöberg, A. *Planera för mirakel – Arbeta salutogent, stärk Kasam* under utgivning på Fortbildningsförlaget AB/Tidningen Äldreomsorg

42. Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium* Natur och Kultur, Stockholm
43. Regnier, V (2002) *Design for assisted living Guidelines for housing the physically and mentally frail* John Wiley & sons inc. New York
44. Regnier, V (2002) *Design for assisted living Guidelines for housing the physically and mentally frail* John Wiley & sons inc. New York
45. Westlund, P. & Englund, M. (2007) *Boningar för äldre Fokusrapport 2007:1* Kalmar
46. Regnier, V (2002) *Design for assisted living Guidelines for housing the physically and mentally frail* John Wiley & sons inc. New York
47. Edvardsson, B., Gustafsson, A., Johnson, M.D. & Sandén, B. (2000) *New Service Development and Innovation in the New Economy* Studentlitteratur, Lund
48. Edvardsson, B., Gustafsson, A., Johnson, M.D. & Sandén, B. (2000) *New Service Development and Innovation in the New Economy* Studentlitteratur, Lund
49. Regnier, V (2002) *Design for assisted living Guidelines for housing the physically and mentally frail* John Wiley & sons inc. New York
50. Lagergren, M., Hedberg, R-M. & Dahlén, I. *Vårdbehov och insatser för de äldre 2001–2005*. SNACK-K rapport nr 12, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
51. Regnier, V (2002) *Design for assisted living Guidelines for housing the physically and mentally frail* John Wiley & sons inc. New York
52. Björnsson, C-M. (2007) *Ditt livs idé* Schibsted Förlagen, Stockholm

Utformning av olika boendemiljöer för äldre

Susanne Iwarsson

Inledning

Med stigande ålder blir hemmet den plats där äldre personer spenderar det mesta av sin tid och därmed antas boendemiljön successivt få allt större betydelse för äldres upplevelse av hälsa och livskvalitet. Äldres boende är ett mycket komplext forskningsområde som inrymmer många olika perspektiv. Föreliggande sammanställning är ett försök att sammanfatta nuvarande kunskapsläge och tillgänglig forskning.

Inledningsvis är det nödvändigt att definiera vilken eller vilka befolkningsgrupper som avses. Med "äldre" avses oftast den delen av befolkningen som är 65 år eller äldre, i nuläget ungefär en femtedel av Sveriges befolkning. Denna grova indelning, baserad på kronologisk ålder, innebär att man har att göra med en stor befolkningsgrupp som inrymmer stor individuell variation. Ett sätt att närma sig forskningsfältet är att använda en annan indelningsgrund än kronologisk ålder för att definiera olika grupper av äldre. Eftersom det är väl känt att frågor som rör äldres boendesituation i hög grad samspelar med individens funktionsförmåga tillämpas Baltes & Smiths (1999) definition av den tredje respektive fjärde åldern för föreliggande kunskapsöversikt. Enligt denna definition utgörs tredje åldern av den period i livet som karaktäriseras av god hälsa och funktionsförmåga, aktivitet och delaktighet och som vanligtvis inträder i samband med pensioneringen från arbetslivet. Fjärde åldern inträder oftast successivt, i takt med att funktionsnedsättningar gör sig påminda och påverkar aktivitet och delaktighet negativt. Detta sätt att definiera olika faser av åldrandeprocessen är alltså inte kronologiskt baserat, men för dagens äldre inträder

fjärde åldern ofta först i 85-årsåldern. Drabbas man av sjukdomar och skador tidigare i livet kan man dock inträda i fjärde åldern betydligt tidigare. Dagens debatt om äldres boende domineras ofta av fjärde ålderns behov och problem, med tydligt fokus på vård och omsorg. I ett hälsofrämjande, förebyggande perspektiv är det angeläget att också reflektera över de förhållanden som gäller för livsloppets tredje ålder.

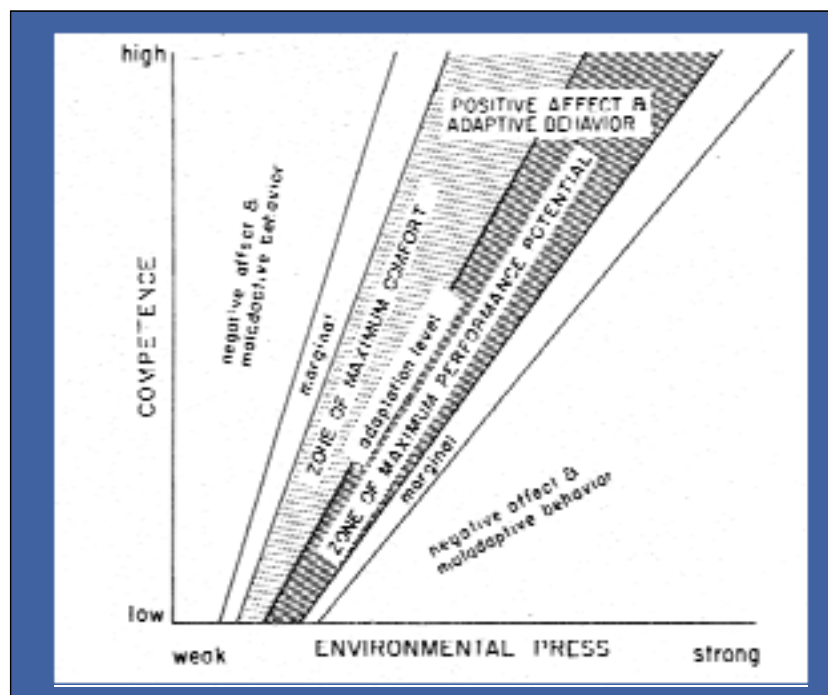
När det gäller offentlig statistik och utredningar om boendefaktorer omfattar kunskapsunderlaget främst boendetyp och bostadsstandard och det är ett känt faktum att bostäder i Väst-europa har hög standard. Det är vanligt förekommande, både inom utredningsverksamhet och i forskning, att man inte tydligt definierar olika boendefaktorer vilket är en brist som utgör en utmaning vid försök att sammanfatta kunskapsläget. Ett exempel är att bostadsstandard och tillgänglighet till fysisk miljö ibland sammanblandas, vilket leder till missvisande information och resultat. Det är också vanligt att man är oprecis i definitionen av vilka delar av den fysiska miljön som avses när man talar om boendet och bostäder; ofta avses enbart inomhusmiljön men ibland medräknas även delar av utomhusmiljön. Sådana skillnader i definitioner vållar svårigheter såväl i forskning som i utredningsverksamhet och i praktisk verksamhet. Vidare är det vanligt att man i samband med planering av bostäder för äldre betraktar antingen enbart fysiska faktorer eller enbart sådant som rör sociala kvaliteter eller förutsättningar att bedriva god vård; utredningsunderlag såväl som forskningsrapporter utgör inte sällan exempel på ensidiga perspektiv. I den allmänna debatten är det mer regel än undantag att man diskuterar äldres boende i allmänna termer, ofta med direkt koppling till vård- och omsorgsbehov och utan differentiering av olika gruppers särskilda förutsättningar och behov. Det finns alltså all anledning att utveckla och fördjupa kunskapen om det komplexa samspelet mellan den åldrande människan och boendemiljön.

Ett exempel är det faktum att kunskapen om samspelet mellan boendemiljö och hälsa och livskvalitet hos äldre svag, trots att det finns många longitudinella gerontologiska studier av hög kvalitet, både i Sverige och internationellt. De flesta studier, såväl gerontologiska som vårdinriktade, fokuserar framförallt på den åldrande människan och/eller vårdgivare, vilket innebär att det i dag finns god kunskap om medicinska, psykologiska och sociala faktorer. Följaktligen är kunskapen om personfaktorer relativt tillfredsställande. Däremot brister flertalet studier när det gäller mer detal-

jerad kunskap om miljöfaktorer, samspelet mellan människa och miljö och dess effekter på äldres hälsa och livskvalitet. Intresset för sådana studier ökar emellertid stadigt, såväl i Norden som i övriga Europa och Nordamerika, men forskningsfältet är fortfarande tämligen spretigt. Vidgar vi perspektivet till övriga delar av världen är den forskningsbaserade kunskapen i stort sett obefintlig.

Den inriktning som internationellt benämns "environmental gerontology" (miljöinriktad gerontologi) (Wahl & Weisman, 2003) tar framförallt sin utgångspunkt i Lawton & Nahemows ekologiska modell om åldrandet (1973), där relationen mellan personen och miljön är central ("person-environment fit"; "P-E fit"). En hypotes baserad på den ekologiska modellen är den s.k. mottaglighets-hypotesen som innebär att personer med låg funktionell kapacitet är mer känsliga för miljöns krav och förändringar i kravnivån (Figur 1). Lawtons teoretiska bidrag utgör en viktig utgångspunkt för forskning om tillgänglighet till fysisk miljö, inom olika discipliner och världen över. Kritisk debatt om den ekologiska modellen saknas dock inte (Scheidt & Norris-Baker, 2003). Den främsta kritiken är att modellen behandlar den åldrande människan som en passiv faktor, utan egen förmåga att påverka sin situation. Lawton publicerade senare flera arbeten (t ex 1986) där han bl.a. poängterade att den åldrande människan besitter betydande kapacitet att vara "proaktiv", dvs. att påverka sin egen situation, och att såväl objektiva som subjektiva miljöfaktorer måste beaktas i studier av samspelet människa-miljö. Pågående forskning inom området påverkas i hög grad av detta tänkesätt.

Figur 1 Den ekologiska modellen enligt Lawton & Nahemow (1973). Reproducerad med tillstånd av the American Psychological Association (APA)



När det gäller särskilda boendeformer finns det exempel på att forskare tillämpat Maslows (1970) välkända behovshierarki i fem steg, där de första, basala stegen avser grundläggande behov (t.ex. sömn, föda) medan stegen därefter avser högre mänskliga behov (t.ex. social gemenskap, självförverkligande). Ytterligare en annan teoribildning lyfter fram tre olika processer av betydelse för den äldre människans kompetens att hantera sin boendemiljö, nämligen den sociala, den personliga och den kroppsliga (Rubenstein, 1989).

Föreliggande kunskapsöversikt tar främst sina utgångspunkter i miljöinriktad gerontologi och anlägger ett folkhälsovetenskapligt perspektiv där boendet främst betraktas som en stödjande miljö för aktivitet och delaktighet. Forskning med i huvudsak omvårdnads-perspektiv omfattas inte. Fokus är själva bostaden och dess allra närmaste omgivning, dock inte offentlig gångmiljö.

Uppdraget

Regeringskansliets uppdrag var att utifrån nuvarande kunskapsläge och tillgänglig forskning analysera:

- På vilket sätt och i vilken grad den fysiska utformningen av olika boendemiljöer påverkar, eller kan påverka äldres aktivitet, delaktighet och hälsa och därmed den enskildes livskvalitet.
- Om arten av funktionsnedsättning har betydelse för den fysiska utformningen av olika boendemiljöer.
- Utformningen av olika boendemiljöer i relation till möjligheterna att stödja äldres aktivitet, delaktighet och hälsa och att erbjuda god vård och omvårdnad, god omsorg och ett socialt innehåll i vardagen.
- Olika behov av åtgärder under åldrandeprocessen i förhållande till olika boendialternativ (där flyttning till annan boendeform är en).
- Vilka konsekvenser kvarboendeprincipen har för såväl den äldre människan som samhället i stort.

Kunskapsöversikten inleds med ett avsnitt om grundläggande definitioner och metodologiska överväganden, följt av en sammanfattning av det internationella kunskapsläget avseende samspelet mellan den åldrande befolkningen och individen och boendemiljön. Därefter redovisas exempel på resultat från aktuell svensk forskning. Kunskapsöversikten avslutas med slutsatser och rekommendationer.

Grundläggande definitioner och metodologiska överväganden

I detta avsnitt sammanfattas de definitioner och metodologiska överväganden som utgör kärnan i den forskning om äldres boende, hälsa och livskvalitet som bedrivs av författaren till denna kunskapsöversikt. Därmed görs inte anspråk på att presentera en fullständig översikt, men avsnittet är en viktig grund för kommande avsnitt med exempel från pågående forskning.

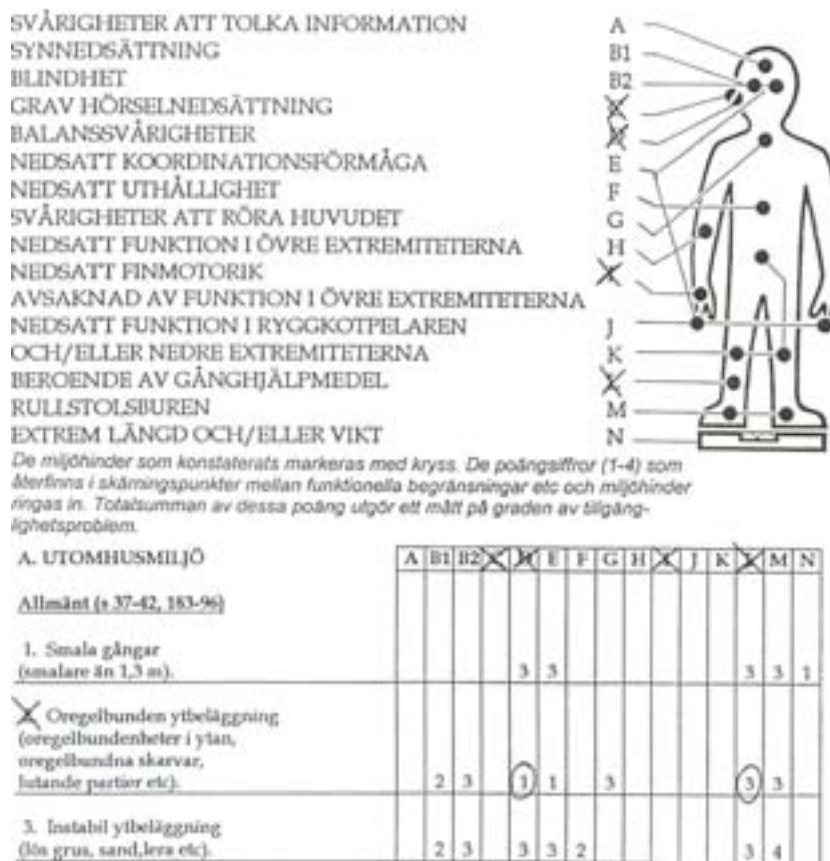
Objektiva boendefaktorer

Information om bostadsstandard utgör beskrivande information som är väsentlig i studier av äldres boende och hälsa. Mot bakgrund av att boendestandarden i de nordiska länderna generellt sett är hög är variansen i denna objektiva boendefaktor genomgående låg i studier i vår kulturella kontext. Den har följaktligen begränsat värde som variabel i mer kvalificerade statistiska analyser. En annan objektivt observerbar boendefaktor av betydelse för studier av samspillet människa-miljö är förekomsten av fysiska miljöhinder i bostaden och dess närmaste omgivningar. Miljöhinder kan inventeras med hjälp av checklistor, gärna baserade på gällande riktlinjer för god bostadsutformning. Boendemiljöer uppvisar stor variation och tillgången på giltiga och tillförlitliga observationsformulär är begränsad, vilket i sig utgör en utmaning som avspeglas i form av metodologiska brister i den internationella litteraturen. Ett begrepp som ofta används i detta sammanhang är tillgänglighet, men ofta utan tydlig definition och åtskillnad gentemot begreppet miljöhinder. Såväl teori som praktiska erfarenheter ger stöd för att definiera begreppet tillgänglighet som relationen mellan individens funktionella kapacitet och den fysiska miljöns krav/utformning. Tillgänglighet är därmed ett relativt begrepp som omfattar två komponenter: personkomponenten och miljökomponenten. Lawton & Nahemows ekologiska modell (1973) (Figur 1) fungerar väl som teoretisk utgångspunkt för denna definition och tillgänglighet kan därmed sägas vara en aspekt av "P-E fit". Tillgänglighet används allt oftare som ett objektivt begrepp, dvs. beskrivning av mötet mellan människan och miljön, där miljön beskrivs utifrån fastställda normer. Såväl person- som miljökomponenten bedöms med hjälp av professionella och tillförlitliga mät- och bedömningsmetoder. Mot bakgrund av definitionen av tillgänglighet måste bedömningar och analyser vara tillförlitliga och giltiga och innehålla följande tre steg:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Inventering av individens eller gruppens funktionella begränsningarB. Inventering av miljöns utformningC. Analys av problemen som uppstår i mötet mellan A och B. |
|--|

En viktig metodologisk utgångspunkt för forskning om tillgänglighet är det så kallade Enablerkonceptet (enable= möjliggöra) som bygger just på principen att uttrycka tillgänglighetsproblem som en relation mellan personens kapacitet och miljöns krav. Enablerkonceptet utgjorde den metodologiska utgångspunkten för instrumentet Housing Enabler, där bedömning och analys av tillgänglighetsproblem i bostaden och dess närmaste utomhusmiljö genomförs i flera steg. Först genomförs en intervju/observation för att bedöma individens funktionella begränsningar (13 bedömningspunkter) och beroende av förflyttningshjälpmedel (två bedömningspunkter) (dvs. personkomponenten av tillgänglighetsbegreppet). Steg två innebär en detaljerad observation av fysiska miljöhinder i bostaden och dess närmiljö (188 bedömningspunkter, fördelade i avsnitten utomhusmiljö, entréer, inomhusmiljö, kommunikation), baserad på gällande normer och riktlinjer för utformning av bostäder (dvs. miljökomponenten av tillgänglighetsbegreppet). Tredje steget innebär att en poängsumma som förutsäger graden av tillgänglighetsproblem i boendet beräknas, baserat på ”belastningspoäng” som finns förutbestämda i själva instrumentet (Figur 2). Förutom beräkning av den totala summan belastningspoäng medger metoden beräkning av i vilken mån enskilda miljöhinder utgör tillgänglighetsproblem, så kallade ”viktade miljöhinder”. Baserat på förekomsten av funktionella begränsningar och beroende av förflyttningshjälpmedel i den aktuella undersökningsgruppen rangordnar denna typ av analys miljöhindren i fallande ordning, från dem som vållar mest tillgänglighetsproblem till dem som vållar minst. Ett resultat av analysen är således att man kan ta fram prioriterade listor över miljöhinder baserade på kunskapen om målgruppens funktionella begränsningar. Analysresultaten tydliggör att tillgänglighet är ett relativt begrepp, eftersom problem uppstår först då miljöhinder sätts i relation till en individ eller grupp med funktionella begränsningar (Figur 1). Vidare blir skillnaden mellan förekomst av miljöhinder och förekomsten av tillgänglighetsproblem tydlig. Analyserna genomförs med hjälp av ett Windows-baserat analysverktyg och det finns också en mjukvara för datainsamling med hjälp av handdator.

Figur 2 De tre stegen i en bedömning och analys av tillgänglighetsproblem enligt Housing Enabler: Intervju/observation av individens eller gruppens funktionella begränsningar, observation av miljöns utformning samt analys av problemen som uppstår i mötet mellan profilen av funktionella begränsningar och förekomsten av miljöhinder



Subjektiva boendefaktorer

Skattning av subjektiva boendefaktorer måste självklart genomföras ur brukarens perspektiv, t.ex. med hjälp av självskattningsformulär, observationer eller kvalitativa intervjuer. I den mån subjektiva boendefaktorer ingår i gerontologiska studier ställer man oftast en eller ett par frågor om global tillfredsställelse med boendet, vilket ger begränsad information med låg varians. De allra flesta äldre är

mycket nöjda med sin aktuella boendesituation och det finns därför anledning att reflektera över ytterligare subjektiva boendefaktorer som potentiellt kan ha betydelse för äldres hälsa och livskvalitet. Ett begrepp som ofta förekommer samtidigt med begreppet tillgänglighet, t.ex. i plan- och bygglagstiftning och policydokument – och som därmed är relevant i studier av samspelet människa-miljö – är användbarhet. Baserat på erfarenheter från metodutveckling och empiriska studier definieras användbarhet som en subjektiv boendefaktor. Användbarhet innefattar således människors egna värderingar av i vilken mån önskade aktiviteter kan utföras i en given miljö och omfattar därmed inte bara person- och miljökomponenterna utan också en tredje komponent – aktivitetskomponenten. Med utgångspunkt från litteratur inom antropologi och socialgeografi har begreppet meningsbärande aspekter i hemmet ("Meaning of Home") blivit alltmer uppmärksammat inom den miljöinriktade gerontologin. Enligt teorier om platsidentitet ("place identity") har hemmet inte bara objektiva funktioner utan representerar i hög grad meningsbärande aspekter för personen som bor där. En annan typ av subjektiva boendefaktorer har sin grund i psykologiska teorier om kontrollmekanismer och hur uppfattningar om hur olika slags sådana kan förklara åldrandeprocesser. Den subjektiva boendefaktorn kontrollmekanismer i boendesituationen ("Housing-related Control Beliefs") förklarar händelser i hemmet som beroende antingen av interna (t.ex. eget beteende, den egna personligheten) eller externa mekanismer (t.ex. tur/otur, ödet, inflytande från andra personer, myndigheter).

Personfaktorer – aspekter av hälsa och livskvalitet

I forskning om äldre och deras boendemiljö återfinns en lång rad olika men relaterade faktorer som beskriver aspekter av hälsa och livskvalitet, t.ex. förmåga att utföra aktiviteter i dagligt liv (ADL), subjektivt välbefinnande, livstillfredsställelse, självskattad hälsa. Det finns en mängd definitioner och teoretiska antaganden kring dessa begrepp men mot bakgrund av uppdraget för denna kunskapsöversikt behandlas de inte vidare här. Den intresserade läsaren rekommenderas att söka sig till den omfattande litteratur som finns att tillgå.

Av de uppräknade personfaktorerna är det f.n. främst ADL-förmåga som används som utfallsvariabel eller effektmått i relation

till boendefaktorer, även om aktivitet och delaktighet i enlighet med Världshälsoorganisationens klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa tillmätts allt större betydelse. En personfaktor relaterad till hälsa och livskvalitet, specifik för det aktuella forskningsfältet, är förekomsten av fallolyckor eftersom den ofta antas ha ett tydligt samband med den fysiska boendemiljöns utformning.

Det internationella kunskapsläget

Miljögerontologiskt inriktad forskning initierades i USA för drygt 40 år sedan och det vore att gå utanför uppdragets ramar att ge en fullständig sammanfattning av kunskapsutvecklingen under denna långa tidsperiod. Några grundläggande hållpunkter är dock väsentliga för förståelsen av forskningsområdet. Först och främst är det viktigt att klargöra vad som avses med ”miljö”. Inom miljöinriktad gerontologi har den fysiska miljön alltid poängterats och studerats, men samtidigt har forskarna betonat att den fysiska miljön är intimt sammanflätad med sociala, organisatoriska och kulturella miljödimensioner. Vidare finns det många olika arenor som har betydelse för den äldre befolkningen och individen, dvs. boende, utomhusmiljö, offentliga inrättningar, kollektivtrafik, osv.

Regeringskansliets uppdrag begränsar föreliggande kunskapsöversikt till boendet, men denna del av forskningsområdet är i sig komplex och mångfacetterad. Man har studerat ordinärt boende, olika former av särskilt boende och vårdboenden, men jämförelser mellan studier försvåras av stora internationella skillnader i definitioner av olika boendeformer. Vidare förändras som bekant terminologin i detta avseende över tid och styrs i hög grad av politiska beslut. Det finns således många olika boendefaktorer och variabler av intresse, vilket i sin tur lett till en mångfacetterad metodologisk flora och uttalad tvärvetenskaplighet. Under de senaste 20 åren har intresseinriktningarna varierat. Under 1980-talet dominerades forskningen av amerikanska studier i särskilda boendeformer, med ett ökat intresse för forskning om äldres flyttningar mellan boendeformer under 1990-talet; en trend som sedan dess gått tillbaka. För närvarande dominerar forskning om äldre i ordinärt boende (Wahl & Wiesman, 2003), inte minst i Europa.

Aktuell forskning belyser dels samspelet mellan människa och miljö i generella termer, dels effekter av interventioner i äldres

hemmiljö. Ett annat sätt att beskriva denna mycket grova indelning är att en del studier framförallt lägger grunden för ett hälsofrämjande, förebyggande perspektiv på relationen mellan den äldre människan och miljön, medan andra baseras på ett riskperspektiv där utgångspunkten ofta är vårdbehov och interventioner. Exempel på andra riskperspektiv som framskymtar i forskningen är studier som rör låg bostadsstandard, risk för våld och övergrepp, störningar i form av buller, hälsorisker i form av kyla eller extrem hetta, etc. Även om sådana risker bör beaktas är de i nuläget av underordnad betydelse i ett svenskt perspektiv och berörs därför inte vidare i denna kunskapsöversikt. Nedan följer en kort sammanfattning av för uppdraget relevant forskning, baserad främst på några omfattande internationella litteraturöversikter (Chan, 2007; Kane, Chan & Kane, 2007; Oswald & Wahl, 2004; Wahl et al., 2008; Wahl & Wiesman, 2003).

Generellt om samspelet mellan den äldre människan och boendemiljön

Vetenskapliga studier som belyser samspelet mellan människa och miljö i generella termer dominerar i antal. I en översiktsartikel av kvantitativa studier konstaterar Wahl m.fl. (2008) att merparten av sådana studier fokuserar på äldre med fysiska funktionsnedsättningar, medan ytterst få studier rör personer med kognitiva sådana. De samband som studerats är vanligen mellan fysisk miljö och ADL-förmåga. En stor andel av studierna har metodologiska brister vad gäller insamling av data rörande boendefaktorer och relationen människa-miljö och avgränsningar av vilka delar av miljön som avses saknas i många studier. Flertalet har en låg grad av vetenskaplig evidens, men tendensen i de sammanvägda resultaten är att boendemiljön har betydelse för äldres förmåga att klara sina dagliga aktiviteter.

En grupp studier avser vilken betydelse den fysiska miljöns utformning har för förekomsten av fallolyckor i bostaden. Härvidlag är resultaten långt ifrån entydiga, men det finns ett visst stöd för att den fysiska miljön har betydelse för risken för att falla. Gruppen studier som främst är inriktade på interventioner i boendemiljön domineras av just fallprevention, men även studier av bostadsanpassningar utgör en betydande andel av den tillgängliga kunskapsbasen. Dessa studier ger stöd för antagandet att bostads-

anpassningar stödjer äldres aktivitetsförmåga. Ett observandum är att skattningar av bostadens användbarhet har visat sig utgöra ett mer känsligt mått på effekter av bostadsanpassningsåtgärder än det traditionella måttet ”beroende av hjälp i ADL”.

Antalet randomiserade, kontrollerade studier ökar och en relativt stor andel av studierna stödjer antagandet att bostadsanpassning respektive reduktion av fallrisker har positiva effekter. När det gäller fallprevention ska det dock poängteras att det vetenskapliga stödet för fallinriktade interventioner som innehåller en rad olika komponenter, inte bara riktade mot miljön utan också mot individen, är betydligt starkare. Även här är det värt att notera att avgränsningarna av vilka delar av boendemiljön som avses ofta är otydliga. Starkast evidens för att fallpreventiva åtgärder har avsedd effekt finns för gruppen äldre som redan fallit en eller flera gånger, medan effekten för äldre i allmänhet är mycket osäker. Ett observandum är att de senaste forskningsrönen från det europeiska forskarnätverket PROFANE (”Prevention of Falls Network Europe”) visar att en viktig anledning till att äldre inte följer råd om fallförebyggande miljöåtgärder i sina bostäder är att de inte tar till sig råd som rör risker för skador och negativa konsekvenser. Däremot är råd som handlar om en aktiv livsstil och möjligheter att fortsätta att klara sig själv är mer effektiva. Sådana resultat talar för ett mer hälsofrämjande synsätt vad gäller äldres boendemiljö.

Utöver de studier som sammanfattats ovan finns det en hel del kvalitativa studier. Dessa ger intressanta beskrivningar av hur äldre upplever olika aspekter av boendemiljön, specifikt för de individer som ingått i studien och deras aktuella kontext. Eftersom kvalitativa studier oftast omfattar ett fåtal individer, valda enligt principer som inte avser medge generaliseringar, kan resultaten emellertid sällan användas som underlag för rekommendationer som kan omsättas till praktisk verksamhet. Först efter s.k. metaanalys av flera kvalitativa studier eller genom att tillämpa blandad metodik (dvs. kvalitativa och kvantitativa metoder) kan kunskapen sammanfattas till evidensbaserade rekommendationer, men sådana studier är mycket sällsynta inom det aktuella forskningsområdet.

Mot bakgrund av att urvalsförfaranden och använd metodik varierar stort mellan studier och att jämförbarheten mellan studier genomförda i olika länder oftast är låg tvingas man konstatera att det är svårt att få en tydlig bild av kunskapsläget.

Särskilda grupperns behov

Mot bakgrund av att heterogeniteten i den äldre befolkningen är det viktigt att också reflektera över specifika förhållanden för olika grupper av äldre, utifrån såväl person- som miljöfaktorer.

En hög andel av den äldre befolkningen (särskilt i den fjärde åldern) har kognitiva funktionsnedsättningar, vanligen till följd av demenssjukdom eller efter stroke. I dagsläget är andelen personer med sådana funktionsnedsättningar mycket hög inom särskilt boende. Många gruppboenden har byggts för att passa denna grupps särskilda behov och det finns en del empirisk forskning som belyser vilken betydelse boendemiljön har för äldre med kognitiv funktionsnedsättning. Litteraturen är samstämmig avseende betydelsen av den sociala miljön och adekvat stöd från personal med särskild kompetens, medan den fysiska miljön främst har viktiga stödjande funktioner. Enligt Hoeg (2008) finns det vetenskapligt stöd för att tillgodose följande aspekter genom anpassning av den fysiska boendemiljön med hänsyn till personer med demenssjukdom: orientering och uppmärksamhet, säkerhet, stimulering, möjlighet till privat avskildhet, upprätthållande av färdigheter, autonomi och kontroll, social kontakt samt livsstil och vanor. Senare tids forskning, baserad på ett livsloppsperspektiv, indikerar också att individuell anpassning av t.ex. möblering så att den stämmer överens med tidigare bostads utseende kan vara mer effektiv som stödjande miljö än ”hemlikhet i allmänhet” (Oswald & Rowles, 2007). Det behövs dock mer forskning för att belägga dessa resultat. Vidare har forskning om äldres färguppfattning visat att förmågan att uppfatta färger inte nämnvärt påverkas av demenssjukdom, vilket innebär att färgkodning skulle kunna användas för att skapa stödjande miljöer. Det ska dock noteras att det finns studier som visat att närvaron av personal är mer effektiv än färgkodning, t.ex. för orienteringsförmågan hos personer med Alzheimers sjukdom. Det finns också några studier som visar på betydelsen av tillgång till stimulerande utemiljöer för äldre med demens. Poängteras bör dock att merparten av de studier som publicerats är beskrivande och det är därför inte möjligt att dra slutsatser om direkta orsakssamband mellan miljöfaktorer och hälsoaspekter för denna grupp äldre.

När det gäller vetenskapliga studier av samspelet mellan mänskliga och fysiska miljö bland ytterligare grupper av äldre med särskilda behov, t.ex. personer med synnedsättning, invandrare som

inte pratar svenska, personer som drabbats av kronisk sjukdom tidigt i livet, etc., kan det finnas enstaka studier att tillgå men kunskapsläget härvidlag är att betrakta som svagt. Ett sätt att förhålla sig till behoven av miljöanpassning bland äldre med särskilda behov på ett generellt plan, med stöd i Lawtons ekologiska modell, är att lägre funktionell kapacitet innebär en större känslighet för miljöns krav. I detta sammanhang är det viktigt att poängtera att äldre som befinner sig i den fjärde åldern ofta har flera slags funktionsnedsättningar samtidigt, t.ex. både synnedsättning, kognitiv funktionsnedsättning och fysisk funktionsnedsättning.

Ett observandum vad gäller kunskapsläget för olika grupper av äldre utifrån miljöfaktorer är att merparten av de studier som publicerats rör äldre som lever i stadsmiljöer. Situationen avseende kunskapen om samspelet mellan den äldre människan och boendemiljön bland dem som bor på landsbygden är således sämre. De amerikanska studier som publicerats visar dock entydigt på samband mellan sämre hälsa och infrastrukturella nackdelar, till nackdel för landsbygdens äldre.

Särskilda boendeformer

När det gäller aktuell forskning om samspelet mellan människa och fysisk miljö i särskilda boendeformer är den sparsam. Den forskning som finns att tillgå är ofta publicerad under sent 1980-tal/tidigt 1990-tal och det som finns av senare datum utgörs mestadels av sammanfattningar av policydiskussioner, resultat baserade på sekundäranalyser eller analyser som inte på ett giltigt sätt relaterar miljöfaktorer till personfaktorer. De kvalitativa studier som finns utgår ofta från omvårdnadsperspektivet. En särskild utmaning i sammanhanget är att definitionerna av olika boendeformer för äldre skiljer sig mycket mellan olika länder och kulturer, vilket inte minst gjort sig gällande i samband med arbetet att ta fram underlag för föreliggande kunskapsöversikt (S. M. Peace, juli 2008, personlig kommunikation). Under senare år har t.ex. några amerikanska, företrädesvis kvalitativa, beskrivande studier publicerats. De studier som återfinns är följaktligen svåra att jämföra och därmed är förutsättningarna för systematisk kunskapsutveckling dåliga (Kane et al., 2007).

Det kan dock vara av intresse att lyfta fram några studier med teoretiska och metodologiska implikationer. Resultaten av en

amerikansk studie belyser att Maslows behovshierarki kan vara fruktbar för planering av särskilda boendemiljöer, där högre behov kan tillgodoses först sedan basala fysiska behov och behov av säkerhet säkrats. En faktor som ofta lyfts fram när det gäller särskilt boende är att det ska vara "hemlikt". Utifrån teoretiska antaganden kan "hemlighet" uttryckas dels i konkreta termer, dels i abstrakta. Forskare inom området argumenterar för att bägge dimensionerna bör vara tillgodosedda för att man verkligen ska uppnå känslan av "hemlighet", medan man oftast endast lyckats med att tillgodose den konkreta. Detta innebär t.ex. att man med hjälp av möblering försöker efterlikna en hemmiljö, medan man inte alls tar hänsyn till individuella, mer abstrakta tolkningar och behov. En annan viktig faktor som lyfts fram är hänsynstagande till kulturella normer vid utformning av särskilt boende, eftersom de ofta får avgörande inflytande över personens förmåga att fungera i den aktuella miljön.

Vidare bör man notera att det finns flera metodologiska ansatser som verkar fruktbara för studier av särskilda boendeformer, t.ex. ett bedömningsinstrument som fångar såväl fysiska och arkitektoniska aspekter som organisation och policy, ur såväl de boendes som personalens perspektiv. En annan ansats är en flerdimensionell utvärdering av en byggnad efter det att den tagits i bruk och använts under en tidsperiod (Cutler, 2007), men hittills har dessa metoder endast applicerats i begränsad omfattning. Ett exempel ur resultaten från en amerikansk studie med denna ansats är att de boende rapporterade missnöje med att det inte fanns tillräckligt många uppställningsplatser för egen bil; en utformningsdetalj som man kanske inte i första hand tänker på när det gäller äldre personer i särskilt boende. I de studier som använt aspekter av livskvalitet som resultatmått talar resultaten samstämmigt till fördel för de särskilda boendeformer som är hemlika och av senare datum, medan vårdmiljöer av institutionskaraktär genomgående uppvisar sämre resultat. Cutler avslutar sin kritiska granskning av aktuell amerikansk forskning om särskilda boendeformer med en sammanställning av designprinciper och en rekommendation att främst basera tillskapandet av nya boendeformer på kunskap om hur äldre ser på boendefrågor generellt, inte på erfarenheter från vårdmiljöer. Tillgången på forskning om särskilda boendeformer ur europeiskt perspektiv är ytterst begränsad; det som finns att tillgå har ffa starkt fokus på omvårdnadsaspekter.

Det kan vara värt att lyfta fram en typ av boende som allt oftare berörs i den internationella vetenskapliga litteraturen, s.k. ”Naturally Occurring Retirement Communities, NORC”. Denna företeelse beskrivs som stadsdelar eller områden som utan styrning från myndigheternas sida utvecklas till områden med högre koncentration av äldre invånare. När sådana NORC bildas ser samhället till att planera för särskild service i området, vilket i sin tur leder till att ytterligare fler äldre flyttar dit. På så sätt utgör NORC ett nytt boendeanternativ som bygger på äldres egna önskemål och med samhällelig service utformad med tanke på äldres behov.

Litteratursökningen för denna kunskapsöversikt identifierade inte en enda vetenskaplig studie som syftar till jämförelser mellan olika boendemiljöer och boendeformer utifrån utformningsaspekter vad gäller möjligheterna att erbjuda vård och omsorg, socialt innehåll, mm, varken från Sverige eller något annat land. Slutligen är det viktigt att poängtera att särskilda boendeformer i hög grad också utgör arbetsmiljöer för vårdpersonal, men forskning om t.ex. tillgänglighet och användbarhet där arbetsmiljöaspekter lyfts fram saknas nästan helt.

Äldres flyttningar

Det är ett välkänt faktum att de flesta äldre vill bo kvar i sin bostad så länge som möjligt, men med tilltagande funktionsnedsättningar, ökat vård- och omsorgsbehov och otrygghet och oro önskar många äldre flytta till en annan bostad, ofta till särskilt boende. I detta sammanhang är det viktigt att poängtera att forskningen visar att såväl önskemål och behov som mekanismer i samspelet människa-miljö är mycket olika mellan den tredje och fjärde åldern. I ett nyligen publicerat bokkapitel sammanfattar Oswald och Rowles (2007) kunskapsläget avseende äldres flyttningar. De poängterar vikten av att vara medveten om att mönstret i äldres flyttningar förändras över tid, inte minst mellan tredje och fjärde åldern men sannolikt också mellan olika generationer äldre. Såväl tyska som amerikanska studier samt en relativt färsk rapport från Världshälsoorganisationen visar att äldre ofta flyttar inom närområdet och ju äldre man blir, ju viktigare blir området närmast bostaden. Samtidigt visar andra studier att antalet äldre som flyttar långt stadigt ökar, främst de som är i tredje åldern. Det är också allt vanligare att äldre har flera bostäder som de behåller långt upp i åren.

Beslutsprocessen avseende flyttning varierar också mellan olika individer; allt ifrån en längre tid av medveten bearbetning med eget inflytande till att i samband med akut sjukdom eller olycksfall bli tvungen att flytta, ibland utan att själv kunna påverka beslutet. Det är värt att notera att merparten av de vetenskapliga studier som refereras av Oswald och Rowles publicerades för cirka 15 år sedan och författarna gör i sina tolkningar ingen åtskillnad på europeiska och amerikanska studier. En aktuell översiktsartikel (Kane et al., 2007) redovisar främst beskrivande studier från USA, med data om hur många äldre som flyttar mellan olika boendeformer, deras ålder och kön, ADL-förmåga, osv. Vid försök till jämförelser mellan studier där man studerat olika slags effekter av flyttning kan man konstatera att resultaten är spretiga och visar på såväl positiva som negativa effekter.

Enligt Oswald och Rowles (2007) är det viktigt att hålla isär frivilliga och ofrivilliga flyttningar eftersom de sannolikt styrs av olika mekanismer i samspelet människa-miljö. Frivilliga flyttningar karaktäriseras av att de i högre grad påverkas av såväl personfaktorer som miljöfaktorer. I detta sammanhang är de påverkande personfaktorerna ofta positiva, främst god hälsa. Exempel på miljöfaktorer som påverkar frivilliga flyttningar är en attraktiv bostad, att komma ifrån dåliga bostadsförhållanden eller komma närmare barnen. OFrivilliga flyttningar påverkas däremot främst av negativa förändringar i personfaktorerna (t.ex. akut sjukdom, tilltagande demenssymptom) och de får inte sällan negativ inverkan på hälsa och livskvalitet. Redan under tidigt 1990-tal beskrevs äldres flyttmekanismer i termer av faktorer som "drar/lockar" respektive faktorer som "tvingar iväg". Vidare publicerade amerikanska psykologer studier som visade att äldres flyttningar ofta är resultatet av en lång beslutsprocess. Ytterligare ett sätt att beskriva olika mekanismer bakom äldres flyttningar baseras på Maslows behovshierarki (1970), där flyttningar för att uppfylla basala behov framstår som annorlunda än de som genomförs för att uppfylla högre mänskliga behov. Det måste dock påpekas att senare års amerikanska studier presenterat motstridiga resultat avseende vilka faktorer som påverkar äldres flyttningar. Senare års forskning visar på vikten av att studera äldres flyttningar ur ett livsloppsperspektiv och behovet av att öka kunskapen om den process som innebär att man efter att ha lämnat sitt hem måste återskapa känslan av tillhörighet till en ny plats. Flera nyare studier visar att äldre personer som flyttat ofta tidigare i livet har lättare för att anpassa sig till nya

boendemiljöer. En hypotes som framförts är att de lärt sig att effektivt skapa en känsla av tillhörighet till nya miljöer. Även om kunskapsläget är spretigt vad gäller äldres flyttningar kan det sammanfattas med att det är nödvändigt att vara medveten om heterogeniteten bland dagens äldre och den tilltagande komplexiteten och variabiliteten vad gäller behov och önskemål.

Resultat från stora longitudinella studier

Förutom de studier som kan betecknas som miljögerontologisk forskning bedrivs det såväl i Sverige som i andra länder många stora gerontologiska och geriatriska studier, ofta longitudinella med hög kvalitet. Det finns exempel på resultat från sådana studier som har potentiellt stor betydelse för forskning om samspelet mellan den äldre människan och boendemiljön, t.ex. studier som visar på intressanta resultat vad gäller hälsoutvecklingen över tid under åldrandeprocessen. Det faktum att ADL-förmågan förbättras även om andra hälsoaspekter utvecklats negativt har tolkats som en indikation på positiva effekter av förbättringar i den fysiska boendemiljön och mer effektiv hjälpmedelsförsörjning. Ett annat exempel är resultat som genererar viktig kunskap om orsaker till varför äldre människor flyttar, där bl.a. Lagergren (2007) i en bilaga till Äldrelegationens delbetänkande (SOU 2007:103) visat att kognitiv funktionsnedsättning, oro och nedstämdhet ligger bakom äldres flyttningar till serviceboende med heldygnssomsorg. Dessa resultat är viktiga, men om man inte samlat in tillräckligt detaljerade data om olika boendefaktorer kan man inte få fram kunskap om hur sådana påverkar äldres flyttningar. Sammanfattningsvis är problemet att stora longitudinella studier sällan omfattar de variabler som krävs för att kunna studera samspel och orsakssamband vidare och på djupet; man har god tillgång till data avseende personfaktorer men saknar relevanta och giltiga data avseende miljöfaktorer.

Exempel på resultat från aktuell svensk forskning

Under detta avsnitt presenteras sammanfattningar av resultaten från två longitudinella projekt där samspelet mellan den åldrande människan och boendemiljön studeras med flerdimensionell meto-

dik, såväl kvantitativt som kvalitativt. Projekten genomförs vid Medicinska fakulteten, Lunds universitet och leds av kunskapsöversiktens författare.

Att åldras i landsorten: Boendemiljö, daglig aktivitet och välbefinnande

Ett urval äldre i ordinärt boende i en svensk landsortskommun har följts under elva års tid (1994/95 – 2006), med avseende på olika aspekter av hälsa och boende i termer av tillfredsställelse med bostaden, förekomst av fysiska miljöhinder och tillgänglighetsproblem. Vid studiens början var de 133 personer som inkluderades 75–84 år gamla och de som kunnat nås för uppföljning har därefter intervjuats vid ytterligare två eller tre tillfällen (kvantitativ datainsamling efter sex respektive tio år; n=72 respektive n=34; kvalitativa intervjuer med 13 deltagare efter elva år). De data som samlats in med hjälp av Housing Enabler möjliggör en detaljerad redovisning av vilka miljöhinder och tillgänglighetsproblem som är vanligast förekommande i äldres bostäder i en sydsvensk landsortskommun.

Det fanns miljöhinder i alla bostäder och bland de vanligaste var t.ex. tvättställ placerade på höjd för stående och avsaknad av plats för sittande köksarbete. Bland de miljöhinder som vållade mest tillgänglighetsproblem återfanns t.ex. avsaknad av stödhandtag i hygienutrymme, högt placerade väggskåp i kök samt trappor/höga trösklar i bostadens entré. Vid sexårsuppföljningen rapporterade nästan samtliga deltagare att de var nöjda med sitt boende och få av dem hade planer på att flytta. Miljöhindren var tämligen oförändrade över tid, medan ökad förekomst av funktionella begränsningar och användning av förflyttningshjälpmedel innebar att tillgänglighetsproblemen med statistisk säkerhet ökade i omfattning.

Redan 1994/95 fanns det statistiskt säkra samband såväl mellan tillgänglighetsproblem i bostaden och beroende av hjälp i ADL som mellan subjektivt välbefinnande och tillgänglighetsproblem. Sambanden fanns vid den tidpunkten endast bland dem som bodde i bostäder med mest tillgänglighetsproblem, dvs. de deltagare som hade mer omfattande funktionella begränsningar och bodde i bostäder med mer miljöhinder var de som var mest beroende av hjälp i sina dagliga aktiviteter. Uppföljningen efter sex år visade att såväl ADL-beroende som tillgänglighetsproblem ökat över tid och

statistiskt säkra samband fanns även då bland dem som bodde i bostäder med mest tillgänglighetsproblem. Resultaten vid tioårsuppföljningen bekräftade sambandet mellan tillgänglighetsproblem och ADL-beroende och att sambandet blir starkare under åldrandeprocessen, dvs. tillgänglighetsproblemen i bostaden får större betydelse för ADL-förmågan ju äldre man blir. Det är viktigt att påpeka att detta projekt främst omfattade objektiva boendefaktorer. Den enda subjektiva boendefaktorn som ingick var tillfredsställelse med bostaden och nästan samtliga deltagare rapporterade kontinuerligt att de var nöjda eller mycket nöjda med sin bostad.

Analyserna för den studie som löpte över elva år baserades huvudsakligen på kvalitativa data, men med stöd av de kvantitativa data som samlats in vid de tidigare tillfällena. En del av studien fokuserade på äldres flyttningar och visade att frivillig, planerad flyttning i hög ålder föregås av en lång, ofta flerårig process. Processen har flera steg och karaktäriseras av förhandlingar med sig själv och andra. Resultaten visar bl.a. att samspelet människa-miljö, mer specifikt mellan det egna hälsotillståndet och boendet, förändras över tid. Man kommer till vändpunkter som intensifierar tankarna på flyttning, vanligen när beroendet av hjälp i dagliga aktiviteter blir för stort eller när man upplever att bördan på barnen blir orimlig. I nästa fas bestämmer man sig för att flytta och då är beslutet oåterkalleligt. Dessvärre är det oftast först då man vänder sig till kommunen för att höra sig för om möjligheten att få en plats i särskilt boende och då börjar de kommunala tjänstemännen att utreda behovet. Effektiviteten av beslutet drar ut på tiden vilket leder till stor frustration, särskilt för dem där kommunens tjänstemän kommer fram till att önskemålet om en plats i särskilt boende inte kan tillgodoses. Själva flyttningen karaktäriseras förvisso av blandade känslor, men upplevs oftast som mycket positiv. Även om analysen resulterade i en beskrivning av en process som var likartad för flertalet deltagare i studien var det slående hur olika deras tidigare och aktuella boendesituationer var, vilket illustrerar den individuella variationen i samspelet människa-miljö under åldrandeprocessen. Det ska också noteras att datamaterialet inte innehåller tillräckligt med information för en fördjupad beskrivning av den process som karaktäriserar ofrivilliga, oplanerade flyttningar (oftast i samband med akut sjukdom/skada), men indikerar att denna slags process ser annorlunda ut.

Att åldras i stadsmiljö: Projektet ENABLE-AGE

Under åren 2000–2004 genomfördes ett europeiskt, tvärvetenskapligt projekt med Lunds universitet som koordinator; ENABLE-AGE (se <http://www.enableage.arb.lu.se>). Projektets övergripande syfte var att undersöka hur objektiva och subjektiva boendefaktorer samspelar med de allra äldstas upplevelse av hälsa, uttryckt som autonomi, delaktighet och välbefinnande. Projektet omfattade en kartläggningsstudie, en kvalitativ intervjustudie samt en översikt över de i projektet ingående ländernas lagstiftning inom service, vård och boende för äldre.

Kartläggningsstudien genererade en databas som innehåller 1 600 variabler avseende objektiva och subjektiva aspekter av boendemiljö och hälsa hos totalt 1 918 personer i fem EU-länder (Sverige, Tyskland, England, Ungern, Lettland). Databasens detaljeringsgrad avseende boendefaktorer är helt unik, medan de data som finns avseende personfaktorer är mer traditionella och medger jämförelser med andra gerontologiska studier. Ett observandum är att datainsamlingsprocessen var mycket krävande, vilket dessvärre ledde till att en del av boendevariablerna i England och Ungern inte håller tillräckligt hög kvalitet för att kunna användas i alla analys-sammanhang.

Vid första intervjutillfället (T1) i Sverige deltog 397 ensam-boende personer i Lund, Helsingborg och Halmstad, 80–89 år gamla. Kartläggningsstudien baserades på ett intervju- och observationsformulär som bestod av såväl välbeprövade som nyare bedömnings- och självskattningsinstrument och projektspecifika frågor, medan djupintervjustudien (totalt 189 personer, varav 40 i Sverige) var inspirerad av s.k. grundad teori. Översikten av lagstiftning inom service, vård och boende för äldre baserades på granskning av litteratur, rapporter och lagar inom respektive land, följt av en strukturerad jämförelse mellan länderna.

En viktig metodologisk frågeställning av betydelse för studier av samspelet mellan äldres hälsa och boendesituation är på vilket sätt subjektiva boendefaktorer såsom tillfredsställelse med boendet, användbarhet, meningsbärande aspekter i hemmet samt kontrollmekanismer i boendesituationen kan fångas på ett giltigt och tillförlitligt sätt. En studie baserad på data insamlade med deltagarna i kartläggningsstudien ger starkt stöd för att det är relevant och giltigt att inkludera samtliga fyra subjektiva boendefaktorer i mil-

jöinriktade gerontologiska studier, även om resultatet också indikerade behov av optimering av de skattningsskalor som använts. Ett annat viktigt metodologiskt resultat är att de miljöhinder som vållar mest tillgänglighetsproblem i äldres bostäder kunnat identifieras (Tabell 1). Eftersom listan med de 61 viktigaste miljöhindren är baserad på stora mängder data avseende både person- och miljökomponenterna av tillgänglighetsbegreppet utgör den en checklista som kan användas för att identifiera miljöhinder som bör åtgärdas. Det är värt att notera att hälften av de viktigaste miljöhindren avser den närmaste utemiljön och entréer, vilket tyder på att andra delar av boendemiljön än enbart själva lägenheten är viktiga att beakta vid planering av tillgängliga bostäder. Resultatet från denna metodstudie ligger till grund för en screeningversion av instrumentet Housing Enabler som f.n. testas för tillförlitlighet och användbarhet i praktisk bostadsförsörjningsverksamhet av personal i Lunds Kommunala Fastighetsbolag.

Tabell 1. Miljöhinder som vållar mest tillgänglighetsproblem i boendet; 61 miljöhinder ur miljökomponenten i instrumentet Housing Enabler.

16 MILJÖHINDER UTOMHUS		31 MILJÖHINDER INOMHUS	
Allmänt	Smala gångar Oregelbunden ytbeläggning Instabil ytbeläggning Branta lutningar Gångvägar med trappsteg Avsaknad av taktila varningar vid nivåskillnader eller andra faror Höga trottoarkanter Branta utjämningar av trottoarkanter Avsaknad av ledstänger i branta lutningar Avsaknad av/för långt mellan vilplan i lutningar Dålig allmänbelysning längs förflyttningssvägar	Allmänt	Trappsteg/trösklar/nivåskillnader mellan rum/golvtytor Smala passager/korridor i förhållande till fast inredning/byggn Smala dörrar Otillräckliga manöverytor där vändning krävs
Parkering	Av/påstigningszoner långt från entrén	Trappor	Trappa till ovanvåning med nödvändiga bostadsfunktioner Trappa till källarplan med nödvändiga bostadsfunktioner Avsaknad av ledstänger (krävs vid båda sidor) För korta ledstänger/ledstänger med avbrott vid vilplan
Sittmöjligheter	Avsaknad av/för få sittplatser	Kök, tvättstuga, grovkök	Otillräckliga manöverytor kring vitvaror/förvaringsenheter Hyllor/förvaringsmöjligheter placerade extremt högt Arbetsyta i höjd lämplig för sittande arbete saknas För djupa hyllor
Övrigt	Soprum/soptunna kan endast nås via tröskel/trappsteg/nivåskilln Brevlåda/inkast kan endast nås via tröskel/trappsteg/nivåskilln Soptunna och/eller brevlåda svåra att nå	<i>Reglage, manöverorgan</i>	Komplexa manövrer och god precision krävs Handfunktion krävs. Mer än hälften av apparater/kontroller mycket högt placerade
14 MILJÖHINDER I ENTRÉER		Hygienutrymme	Avsaknad av sittmöjlighet i dusch/bad Avsaknad av stödhandtag vid dusch/bad och/eller WC Tvättfat placerat på höjd för stående Toalettstol med standardhöjd eller lägre Duschplats med kanter/nivåskillnad Badkar Hal golvbeläggning
Allmänt	Smala dörröppningar Höga trösklar och/eller trappsteg vid entré Otillräckligt manöverutrymme vid dörr Vilplan saknas framför entrédörrar Tunga dörrar utan automatik. Dörrar som inte stannar i öppet läge/stängs snabbt Komplicerad/ologisk öppningsprocedur	<i>Reglage, manöverorgan</i>	Komplexa manövrer och god precision krävs Handfunktion krävs. Mer än hälften av apparater/kontroller mycket högt placerade
Trappor	Trappor enda förflyttningssvägen (hiss/ramp saknas) Extremt höga, låga och/eller oregelbundna trappsteg (sättsteg) Avsaknad av ledstänger (krävs vid båda sidor) För korta ledstänger/ledstänger med avbrott vid vilplan	Reglage, manöverorgan i övriga bostaden	Komplexa manövrer och god precision krävs Handfunktion krävs. Mer än hälften av apparater/kontroller mycket högt placerade
Uteplats/ Balkong	Uteplats/balkong saknas. Smal dörröppning till uteplats/balkong Höga trösklar och/eller trappsteg till uteplats/balkong	Bostadskomplement	Förrådsutrymmen kan endast nås via trappsteg/tröskel/nivåskilln Tvättstuga kan endast nås via trappsteg/tröskel/nivåskilln Olämplig utformning av dörr till tvättstuga

Källa: Carlsson et al. (Journal of Applied Gerontology, under tryckning).

Databasen från kartläggningsstudien innehåller detaljerade data om objektiva faktorer i boendet, närmare bestämt boendestandard, förekomst av fysiska miljöhinder och tillgänglighetsproblem i bostaden och dess närmaste omgivning. Resultat baserade på 1 150 personer och deras bostäder i Sverige, Tyskland och Lettland visar att olika slag av reglage och handtag som kräver god handfunktion, i kök och hygienutrymmen, var de vanligast förekommande miljöhindren i samtliga länder. Omfattningen av tillgänglighetsproblem skiljde sig inte åt mellan de tre länderna och förändrades inte heller under en ettårig uppföljningsperiod. En betydande andel av de enskilda miljöhinder som vållade mest tillgänglighetsproblem var desamma i de tre länderna och överensstämde väl med resultaten från den ovan refererade svenska studien genomförd i Hässleholms kommun.

En väsentlig forskningsuppgift var att studera sambanden mellan objektiva och subjektiva boendefaktorer närmare. Resultaten visar på statistiskt säkerställda samband mellan omfattningen av tillgänglighetsproblem och aktivitetsrelaterade aspekter av användbarhet. Personer som bodde i mer tillgängliga bostäder skattade hemmet som mer användbart och meningsbärande i förhållande till sina dagliga aktiviteter och de uppgav lägre grad av externa kontrollmekanismer i hur de hanterade sin boendesituation. Nästa steg blev att studera sambanden mellan subjektiva och objektiva boendefaktorer å ena sidan och hälsoaspekter å den andra. Ett mycket viktigt och entydigt resultat – oavsett vilken datamängd eller ansats som valts för resultatbearbetningen – är att det är tillgänglighet (dvs. relationen mellan personens funktionella begränsningar och miljöhinder, baserad på principen ”person-environment fit”) som har betydelse för olika aspekter av äldres hälsa, inte förekomsten av miljöhinder i sig. Resultaten visar till exempel att personer som bodde i bostäder med mindre omfattande tillgänglighetsproblem och upplevde hemmet som meningsbärande och användbart samt i låg omfattning tillskrev externa kontrollmekanismer betydelse var mer oberoende i ADL och rapporterade högre välbefinnande. Även om det på detaljnivå fanns en del skillnader mellan de fem länderna visar studierna att mönstren i samspelet mellan de olika boende- och hälsovariablerna är likartat i olika europeiska länder. Vidare visar en studie som just nu är under granskning för publicering att tillgänglighetsproblem i äldres bostäder är en starkare prediktor (predikt=förutsäga) för fallolyckor än förekomsten av miljöhinder. Sammanfattningsvis indikerar resultaten från kartläggningsstudien

att tillgänglighet är en av de viktigaste faktorerna i samspelet mellan den åldrande människan och miljön. Resultaten av ytterligare studier visar dock att tillgänglighetsproblem verkar ha störst betydelse för äldre som är oberoende i ADL, medan subjektiva boendefaktorer (särskilt meningsbärande aspekter och användbarhet) har större betydelse bland dem som är beroende av hjälp i dagliga aktiviteter. Vidare visar resultaten av studier från ENABLE-AGE att såväl den objektiva boendefaktorn tillgänglighetsproblem som den subjektiva boendefaktorn externa kontrollmekanismer i boendesituationen förklarar unika proportioner av variationen i beroende av hjälp i ADL. Ett oväntat fynd är att resultaten genomgående är likartade mellan länder med stora olikheter i boendestandard och social servicenivå, t.ex. mellan Sverige och Lettland.

Projektet ENABLE-AGE bidrar också med ny kunskap om faktorer som bidrar till äldres flyttningar. Preliminära analyser av svenska data från kartläggningsstudien syftar till att identifiera vilka boendefaktorer som påverkar äldres flyttningar. Resultaten visar på statistiskt säkerställda skillnader mellan de som flyttat respektive de som inte flyttat i boendefaktorerna aktivitetsrelaterade och kognitiva/emotionella meningsbärande aspekter i hemmet, aktivitetsaspekter av användbarhet och tillgänglighetsproblem. Ett senare steg av analysen visar att aktivitetsaspekter av användbarhet och kognitiva/emotionella meningsbärande aspekter i hemmet med statistisk säkerhet påverkar äldres flyttningar.

Den kvalitativa delen av ENABLE-AGE ger insyn i hur de allra äldsta upplever boende och hälsa. De svenska resultaten beskriver att hemmet är mycket viktigt och har stor betydelse utifrån olika dimensioner: självbestämmande, självständighet, trygghet, meningsfullhet och frihet. Deltagarna i studien beskrev att och hur de tillämpar en rad olika strategier för att anpassa sig, med en stark strävan att upprätthålla aktivitetsförmågan trots tilltagande funktionella begränsningar och ökat beroende av hjälp från andra. Resultaten visar på en stark strävan efter bibehållen delaktighet i olika livssituationer även bland de allra äldsta, inte minst utanför bostaden, men att det är vanligt att man anpassar sig till nya sätt att vara delaktig när person- och miljöfaktorer medför ändrade förutsättningar.

Slutsatser och rekommendationer

Tillgången till aktuella forskningsresultat som specifikt inriktar sig på samspelet mellan den åldrande personen och boendemiljön är begränsad och resultaten av olika studier är ofta spretiga och delvis motsägelsefulla. Dessutom är många studier av äldre datum, vilket med tanke på den allt snabbare förändringstakten i samhället gör att resultaten inte per automatik kan anses giltiga för dagens äldre och deras boendesituation. Vidare är många av de studier som refereras i denna kunskapsöversikt amerikanska; det finns få svenska och europeiska studier som belyser de frågeställningar som preciseras i Regeringskansliets uppdrag. Med dessa begränsningar i åtanke kan frågeställningarna till viss del besvaras – eller åtminstone belysas – utifrån det kunskapsläge och de forskningsresultat som redovisats i denna kunskapsöversikt.

Den övergripande slutsatsen är att det är nödvändigt med en nyanserad syn på äldres boende och hälsa, där skillnaderna i förutsättningar, behov, önskemål och krav mellan tredje och fjärde ålderns äldre beaktas. Samtidigt är det nödvändigt att betona att denna indelning av åldrandet i två perioder är väldigt grov, men eftersom den baseras på funktionell kapacitet och inte på kronologisk ålder bör ett sådant synsätt vara fruktbart som utgångspunkt för framsynt planering på samhällsnivå. Det är dock angeläget att komplettera med medvetenhet om och respekt för att den individuella variationen mellan individer i olika faser av åldrandeprocessen är lika stor som mellan individer i andra faser av livet. Detta ställer höga krav på kompetens och inlevelseförmåga hos de aktörer som har ansvar för att omsätta lagstiftning och policy i praktiska åtgärder som stödjer hälsa och livskvalitet hos den enskilde individen.

Aktuella, internationellt publicerade forskningsresultat från olika länder visar tämligen entydigt att den fysiska utformningen av olika boendemiljöer påverkar äldres aktivitet och delaktighet, främst vad gäller beroende av hjälp i dagliga aktiviteter; mer tillgängliga bostäder stödjer självständighet och kan minska beroendet av hjälp. Även äldres subjektiva skattningar av bostadens användbarhet (där utformningen av fysisk miljö är en komponent) verkar ha betydelse för självständigheten i ADL. Fysiska miljöhinder och tillgänglighetsproblem i boendet har också visat sig ha betydelse för förekomsten av fallolyckor. Det är dock viktigt att poängtera att det inte är fysiska miljöhinder i sig som påverkar olika aspekter av

äldres hälsa utan tillgänglighetsproblem, dvs. individens funktionella begränsningar i relation till fysiska miljöhinder. Denna slutsats kan tyckas självklar, men det är först med senare års svensk och europeisk forskning som entydiga resultat som stärker antagandet att samspelet mellan den äldre människan och boendemiljön har betydelse för aktivitet och andra hälsoaspekter kunnat presenteras. Därutöver har det publicerats rekommendationer för hur bostäder för personer med demenssjukdomar bör utformas, även om den vetenskapliga evidensen för utformningsråden ibland kan ifrågasättas. Därmed kan man konstatera att tillgängliga bostäder är en viktig hälsofaktor för äldre, vilket också innebär att denna objektiva boendefaktor bör ha betydelse för livskvaliteten. Arten och kombinationen av funktionsnedsättningar har alltså betydelse för den fysiska utformningen av olika boendemiljöer, vilket ställer krav på gediget kunskapsunderlag och specifik kompetens hos dem som ansvarar för sådan byggnation.

När det gäller frågan om på vilket sätt och i vilken grad den fysiska utformningen av olika boendemiljöer påverkar äldres aktivitet, delaktighet och hälsa stödjer aktuella forskningsresultat Lawtons ekologiska modell och mottaglighetshypotesen, åtminstone på ett generellt plan. Det vill säga, ju lägre funktionell kapacitet individen har desto känsligare är hon/han för miljöns krav, vilket t.ex. påvisades vid baslinjeundersökningen i den svenska studien bland äldre på landsbygd. Samtidigt är orsakssambanden inte tillräckligt klarlagda, bl.a. eftersom resultaten från projektet ENABLE-AGE visar att tillgänglighetsproblem har betydelse för upplevd hälsa bland äldre som är oberoende i dagliga aktiviteter, medan subjektiva boendenaspekter har betydelse bland dem som är beroende av hjälp. Vidare påverkar också upplevelsen av extern kontroll i förhållande till boendefrågor beroendet av hjälp, vilket ökar komplexiteten ytterligare. En viktig slutsats härvidlag är att det inte enbart är objektiva boendefaktorer som har betydelse för äldres hälsa och livskvalitet utan i hög grad även subjektiva.

Kunskapen om vilka miljöhinder som vållar mest tillgänglighetsproblem i äldres bostäder (Tabell 1) kan användas inte bara för att besvara frågan om möjligheterna att stödja äldres aktivitet, delaktighet och hälsa genom evidensbaserad utformning av olika boendemiljöer, utan framförallt för att omsätta svaret i praktiken. Eftersom tillgänglighet utgör en förutsättning för ett boende som stödjer aktivitet, delaktighet, hälsa och livskvalitet bland äldre

borde ett systematiskt arbete med målet att undanröja de vanligaste tillgänglighetsproblemen i bostadsbeståndet omedelbart påbörjas.

Det vetenskapliga kunskapsläget är svagt när det gäller frågan om utformningen av olika boendemiljöer i relation till möjligheterna och att erbjuda god vård och omvårdnad, god omsorg och ett socialt innehåll i vardagen. De studier som publicerats rör ofta omvårdnadsaspekter i olika boendeformer, där främst andra miljöfaktorer än fysisk utformning lyfts fram. Inga aktuella vetenskapliga studier som fokuserar på utformningen av fysisk miljö i förhållande till vård, omsorg och socialt innehåll har återfunnits vid arbetet med denna kunskapsöversikt, varken från Sverige eller från andra länder. Det finns dock intressanta exempel på metodik som kan användas för utvärdering av olika boendeenheter ur olika perspektiv. Sådana metoder kunde med fördel anpassas till svenska förhållanden och tillämpas för att skapa kunskapsunderlag för planering och utformning av bostäder som har förutsättningar att möta kraven hos framtidens äldre.

När det gäller olika behov av åtgärder under åldrandeprocessen i förhållande till olika boendialternativ kan det vara fruktbart att utgå från indelningen av åldrandet i den tredje och den fjärde åldern. Under den tredje åldern är hälsan ofta god och många äldre har god ekonomi. De är följaktligen resursstarka och motiverade till att aktivt planera och ibland även förändra sitt boende. Eftersom tillgänglighetsproblem har betydelse för upplevd hälsa bland dem som är oberoende i ADL (vilket oftast är fallet under den tredje åldern) finns det all anledning att satsa på hälsofrämjande insatser även vad gäller boendesituationen under denna fas i livet. Politiker, kommunala tjänstemän med ansvar för boendefrågor, arkitekter, byggherrar, fastighetsbolag m.fl. bör självklart arbeta aktivt för att tillgodose behovet av tillgängliga bostäder. Ett perspektiv som sällan lyfts fram i detta sammanhang är den enskildes eget ansvar, men med tanke på att ungefär hälften av den del av Sveriges befolkning som är 65 år och äldre bor i småhus som de själva äger är det högst relevant. Eftersom många satsar på att förbättra sitt boende under tredje åldern bör det finnas en betydande potential i att satsa på information om vad man bör tänka på när man renoverar eller bygger om sin bostad för att undvika framtida tillgänglighetsproblem. Kunskapen härvidlag är låg såväl bland äldre i allmänhet som bland byggbranschens aktörer.

När det gäller flyttningar under tredje åldern är merparten frivilliga. Ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv är det

därför viktigt med information om vad man bör tänka på vid byte av bostad, särskilt om man vill flytta till en bostad som kan fungera väl även under fjärde åldern. Mot bakgrund av de forskningsresultat som finns att tillgå angående äldres flyttningar kan det vara viktigt att informera äldre i tredje åldern om vikten av att förbereda sig inför framtida förändringar i boendesituationen, t.ex. genom att tidigt och aktivt diskutera olika alternativ med anhöriga m.fl., informera sig om utbudet av olika boendialternativ, etc. Betydelsen av sådana förebyggande insatser understryks dels av de forskningsresultat som visar att låg extern kontroll av frågor som rör boendesituationen är en positiv faktor för hälsoupplevelsen bland äldre i fjärde åldern, dels av beskrivningar av hur flyttprocessen kan se ut och upplevas. Vidare ger Lawtons teoretiska arbete om vikten av äldres förmåga till ”proaktivitet” stöd för sådana insatser.

Under den fjärde åldern är det andra boendefaktorer som har betydelse för hälsan. Detta innebär att de aktörer som spelar en roll i den process som kan leda till förändringar i befintlig bostad (t.ex. bostadsanpassning) eller flyttning till en annan bostad eller boendeform bör öka sin kunskap och medvetenhet om betydelsen av hur den äldre individen upplever sin bostad utifrån t.ex. användbarhet, mening och kontroll. I en situation med betydande funktionsnedsättningar är det sannolikt andra åtgärder än anpassning av den fysiska miljön som är mest effektiva och bäst stödjer hälsa och livskvalitet. Det måste dock betonas att den forskningsbaserade kunskapen om de ofrivilliga flyttningar som sker under fjärde åldern är otillräcklig, men från praktisk verksamhet vet vi att åtgärder i den fysiska boendemiljön ofta är en grundläggande förutsättning för att möjliggöra återgång till den egna bostaden efter t.ex. ett slaganfall.

Den komplexa och variationsrika bilden är kanske det viktigaste resultatet av denna kunskapsöversikt och ligger till grund för slutsatsen att det inte verkar rimligt, varken för den äldre människan och befolkningen eller för samhället i stort, att enbart använda kvarboendepincipen som utgångspunkt för bostadsförsörjning och planering av äldres boende. Även om det inte finns några vetenskapliga studier att tillgå för att få stöd för specifika slutsatser vad gäller frågan om kvarboendepincipens konsekvenser kan man föra ett generellt resonemang baserat på föreliggande kunskapsöversikt. En övergripande och styrande princip av detta slag vilar i hög grad på antagandet att kvarboende i ordinärt boende är den bästa lösningen för flertalet äldre. Forskning visar att de flesta äldre

vill bo kvar i sin bostad så länge som möjligt, men också att det finns vändpunkter då man ändrar uppfattning och trots allt föredrar att flytta till ett annat boende. Mot bakgrund av komplexiteten och variationsrikedomen i samspelet mellan den äldre människan och boendemiljön genom en åldrandeprocess som spänner över många år är det knappast försvarbart att ta kvarboendepincipen som utgångspunkt för en framsynt och hållbar utveckling av boende för äldre. Istället är det av avgörande betydelse för äldres aktivitet, delaktighet, hälsa och livskvalitet att aktörer med ansvar för bostadsförsörjning, konkret planering av boendemiljöer och beslut, planering och genomförande av individuella åtgärder – liksom äldre själva – tillägnar sig kunskap om de mekanismer som är verksamma i det komplexa samspelet mellan människa och boendemiljö på äldre dar. Lyhördhet för individens unika situation är nödvändig och därtill krävs reella möjligheter till att få hjälp med olika åtgärder i befintlig bostad alternativt välja en annan boendeform.

Litteratur

Kunskapsöversikten baseras dels på litteratursökningar i relevanta databaser, dels på ett antal aktuella litteraturöversikter inom området. Exemplet på aktuell svensk forskning är hämtade från författarens pågående forskning. Nedan listas endast ett begränsat urval av de publikationer som använts som källmaterial. Därutöver hänvisas till publikationsförteckningar som nås via:

<http://www.med.lu.se/case>

http://www.med.lu.se/case/co_workers/susanne_iwarsson_s_research_group/publications_2007_2008__1.

<http://www.enableage.arb.lu.se>

Förfrågningar om författarens och hennes medarbetares publikationer kan ställas till karin.reinisch@med.lu.se

Baltes, P. B. & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a Fourth Age. In: V. L. Bengtson & K. W. Schaie. (Eds.). *Handbook of theories of aging* (153–173). New York: Springer.

Carlsson, G., Schilling, O., Slaug, B., Fänge, A., Ståhl, A., Nygren, C., & Iwarsson, S. (2008). Towards a screening tool for housing accessibility problems: A reduced version of the Housing Enabler. *Journal of Applied Gerontology*, under tryckning.

Cutler, L. J. (2007). Physical environments of assisted living: Research needs and challenges. *Gerontologist*, 47, 68–82.

Hoeg, D. (2008). Boliger for ældre mennesker med demens. I: Möller, K. & Knudstrup, M-A. *Trivsel i plejeboligen. En antologi om trivselfaktorer i plejeboliger*, 185–197. Odense, Danmark: Syddansk Universitetsforlag.

Kane, R. A., Chan, J., & Kane, R. L. (2007). Assisted living literature through May 2004: Taking stock. *Gerontologist*, 47, 125–140.

Lagergren, M. (2007). Flyttning till särskilt boende med heldygnsomsorg från s.k. serviceboende jämfört med ordinärt boende. I SOU 2007:103. *Bo för att leva: Seniorbostäder och trygghetsbostäder*. Bilaga 4, 195–220. Stockholm: Fritzes.

- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In: C. Eisdorfer & M. P. Lawton. (Eds.). *The psychology of adult development and aging*. Washington DC: American Psychological Association.
- Lawton, M. P. (1986). *Environment and aging* (2nd ed.). Albany, NY: Center for the Study of Aging.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Oswald, F. & Rowles, G. (2007). Beyond the relocation trauma in old age: New trends in elders' residential decisions. I: H-W. Wahl, C. Tesch-Römer & A. Hoff. *New dynamics in old age: Individual, environmental and societal perspectives*. (pp. 127–152). Amityville, NY, USA: Baywood Publishing Company, Inc.
- Oswald, F. & Wahl, H-W. (2004). Housing and health in later life. *Reviews on Environmental Health*, 19, (3–4), 223–252.
- Rubinstein, R. L. (1989). The home environments of older people: A description of the psychosocial processes linking person to place. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 44, (2), 545–553.
- Scheidt, R. J., & Norris-Baker, C. (2003). The general ecological model revisited: Evolution, current status, and continuing challenges. In H.-W. Wahl, R. Scheidt, & P. Windley. (Eds.) *Environments, gerontology and old age. Annual review of gerontology and geriatrics 2003* (pp. 34–58). New York: Springer.
- Wahl, H-W., Fänge, A., Oswald, F., Gitlin, L., & Iwarsson, S. (2008). The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: What is the empirical evidence? *Gerontologist*, under tryckning.
- Wahl, H-W., & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections on its historical, empirical and theoretical development. *Gerontologist*, 43, (5), 616–627.

Äldres boende ur ett vård- och omsorgsperspektiv

Ingalill Rahm Hallberg, professor

Inledning

I enlighet med ICF; International Classification of Functional, Disability and Health (WHO 2001) förstås människors livssituation bäst utifrån en helhetssyn, i detta fall personens situation i ett socialt, psykiskt och fysiskt sammanhang. Det gäller i all synnerhet de äldre, särskilt dem som har funktionsnedsättning i någon grad eller av något slag, från lindriga till svåra nedsättningar som begränsar deras aktiviteter och delaktighet i olika sammanhang. Ju mera nedsatt förmågan till olika aktiviteter är desto mera sårbar är personen för en illa anpassad miljö. Detta beskrevs tidigt av Lawton (se Svensson 1984) i en modell för samspelet mellan människa och miljö. Modellen bygger på två centrala begrepp; personens kompetens och miljöns krav. Modellen innebär att hög till låg kompetens sätts i relation till låga respektive höga miljökrav. Ju lägre kompetens en person har desto känsligare är han eller hon för höga miljökrav.

Lawton antog att ju lägre kompetens en person hade och desto högre krav från omgivningen, dvs. illa anpassad omgivning, desto mer sårbar blev personen för negativ utveckling, minskande funktionsförmåga och maladaptiva beteenden. Inledningsvis betonade han miljöns fysiska egenskaper medan Svensson (1984) utvecklade modellen och betonade att miljön också inkluderar sociala och mentala aspekter. En sådan utvidgning stöds inte minst av de många studier som visat att sociala tillgångar (nätverk och stöd) är kanske de viktigaste buffertmekanismerna människor har att tillgå, då de handskas med svåra situationer (Cohen & Syme 1985).

En förklaring till miljöns skadliga inverkan ligger i att begränsningar i någon funktion även innebär att reservkapaciteten begränsats eller är obefintlig, personen går på toppen av sin förmåga. Denna modell för sambandet mellan miljö och människa kunde senare användas för att förstå förekomsten av så kallat "störande beteende" hos demensdrabbade vars liv i vårdboende visade sig vara starkt präglad av sysslolöshet, få mänskliga kontakter, ofta fixerade bakom ett brickbord under långa perioder, upptill flera timmar och där de mänskliga kontakterna dominerades av fragmentering och att fysisk omvårdnad skulle äga rum (Hallberg 1990). Den fysiska omvårdnaden var övervägande uppgiftsorienterad och i mindre omfattning inriktad mot att skapa en relation till den äldre. Beteende som uppfattades störande av personalen var delvis ett uttryck för självstimulering men också en reaktion eller protest mot det som pågick.

I en senare avhandling visades att vårdens kvalitet och innehåll och patienternas beteende förändrades markant när personalen fick tillgång till handledning och stöd för att införa individualiserad vård, dvs. att anpassa vården och den totala livsmiljön till personens historia och nuvarande funktion (Edberg 1999). Det innebar också att mötet mellan vårdare och patient fick en annan karaktär mot mera ömsesidighet och mindre tvång och fysiska angrepp på varandra (Hallberg m.fl. 1995, Edberg 1999). Således är det väl känt sedan länge att det finns ett betydelsefullt samband mellan mänskliga och miljö vilket blir ännu mera betydelsefullt när människans förmåga och reservkapacitet begränsats av någon anledning, fysiskt, psykiskt eller socialt. Detta gäller inte minst äldre och särskilt de äldre som har att leva med betydande funktionsnedsättningar. Frågan om boende måste ses i detta sammanhang. Den kan således inte isoleras från individens förutsättningar, totalt. Frågan om det optimala boendet under de senare skeendena av åldrandeprocessen måste förstås utifrån de individuella förutsättningarna, fysiskt, socialt, existentiellt och psykiskt och utifrån de kontextuella förutsättningarna som hindrar eller främjar individens aktiviteter och delaktighet i ett socialt och samhälleligt perspektiv. Den fortsatta framställningen bygger på dessa utgångspunkter.

Optimalt boende under åldrandeprocessen

I analogi med ovan beskrivna antaganden måste även frågan om boende problematiseras. Den blir särskilt problematisk i de fall frågan om boende används för att postulera att det bästa för individen är att bo kvar där man bott tidigare, dvs. hemma. Ett optimalt boende i en fas behöver inte vara liktydigt med ett optimalt boende i en annan fas av livet och åldrandet, oavsett hur mycket bostadsanpassning som genomförts. Detta får inte tolkas som att bostadsanpassning inte ska genomföras. Bostäder ska rimligen byggas så att personer med funktionsbegränsningar både ska kunna leva där, ta sig ut och ta sig dit, oavsett ålder. Det är emellertid problematiskt och möjligen ångestväckande att konsekvent i den offentliga debatten framställa det s.k. "kvarboendet" som det bästa för alla. Ändrat boende under åldrandets olika skeenden framställs därmed implicit som skadligt i en eller annan mening. Antagligen avses då att det skulle vara negativt för de äldres livskvalitet även om det inte sägs ut tydligt.

Det förekommer också att begrepp blandas ihop t.ex. sådana som handlar om äldres vilja till oberoende, vilja till kontroll över det egna livet, autonomi etc. används som om de vore knutna till bostaden, dvs. att man bor kvar hemma i motsats till att bo i mera kollektiva boendeformer alternativt särskilt boende. Därmed antar man att man inte kan vara autonom, bli respekterad, ha kontroll över sitt liv om man bor i en kollektiv boendeform. Det är väl känt att äldre ända fram till det sista skedet av livet oftast vill ha kontroll, vara oberoende, vara respekterad och autonom (Andersson m.fl. 2008, Hallberg 2004). Dessa upplevelser är möjligen de viktigaste aspekterna i känslan av att vara hemma eller hemmastadd. Upplevelsen av att vara "hemma" kan hotas även i den egna bostaden, där man tillbringat de senaste 30–40 åren av sitt liv, om bostaden känns som ett "fångelse", en plats där osäkerhet, otrygghet eller liknande dominerar till följd av att man inte längre har kontroll, tillit till sin förmåga och därmed inte kan agera på ett oberoende sätt (Se Westerberg, 2008.: Ellen Nilsson, 99, är fånge i sin egen lägenhet. Hon vågar inte gå ut och är för pigg för vårdboende). Utmaningen ligger således i att oavsett boendeform tillhandahålla en omgivning, fysiskt och socialt, som respekterar vårdtagarens integritet, autonomi, säkerhet och vilja till kontroll och eget revir.

De särskilda boendena har uppenbarligen inte lyckats med detta uppdrag (Karlsson m.fl. subm a, Hauge och Heggen 2007). Risken för övertramp i dessa aspekter finns emellertid även i de fall man har vård och omsorg i det egna hemmet (Karlsson m.fl. subm a) och tycks övervägande vara relaterad till bemötande och hänsyn till vårdtagarens önskemål och vilja, oavsett boende. Olika skeden av livet ställer olika krav på boendet. Innehållet skall oavsett boende stödja eget bestämmande och kontroll över livssituationen.

Begreppet kvarboende

Begreppet kvarboende har en lång historia i diskussionen om äldres vård och omsorg och kan dels spåras tillbaka till 1950-talet (Bravell 2008), dels till den period då ädelreformen genomfördes. I den diskussion som pågick i samband med ädelreformens (1992) införande diskuterades kvarboendepincipen utifrån huruvida äldre skulle flyttas mellan olika typer av institutionella boenden t.ex. från ett gruppboende till ett boende för vård i livets slut eller från ett boende till ett boende för personer med demenssjukdom. I rapporten Ansvaret för äldreomsorgen (Socialdepartementet 1989 sid. 13) anges som ett av de dåvarande strukturella och funktionella problemen att äldre personer tvingas att i onödan flytta mellan olika boende- och vårdformer. Således används både begreppet boende och begreppet vårdform. Det finns sannolikt olika tolkningar av vad som avsågs med denna formulering. Teoretiskt och empiriskt är det rimligt att utgå ifrån att ett optimalt boende varierar i åldrandeprocessens olika skeden. Det innebär inte nödvändigtvis att den äldre skall flytta mellan vårdformer men att vård och omsorg erbjuder en större flexibilitet som är anpassat efter den äldres behov. Det finns en betydande risk att denna fråga blandas ihop med frågan om finansiering, dvs. hur ska boendet finansieras. I den mån en större flexibilitet i olika boendeformer utvecklas för äldre är det rimligt att finansieringsfrågan behandlas separat från samhällets utbud av boendeformer.

Åldrandet innan funktionsnedsättningar begränsar det dagliga livet

Åldrandet är som bekant ett livslångt projekt men i det här arbetet kommer jag enbart att beröra den period som följer efter pensioneringen och allra mest den period som omedelbart föregår eller perioden då funktionsnedsättningar har uppstått och är av sådan art och grad att hjälp krävs från andra för att hantera det dagliga livets aktiviteter och för att underhålla och vårda den egna boendemiljön. Den period som föregår sådana funktionsnedsättningar är viktig eftersom det kanske är under den perioden som de största effekterna av förebyggande insatser kan uppnås. Den fortsatta texten omfattar även livets slut.

Jag utgår också från att ett av de viktigaste målen för den offentliga vården och omsorgen till de äldre är att bidra med insatser som höjer eller åtminstone bidrar till att bevara en god livskvalitet för personen i fråga och inte bara att kompensera genom att ta över sådana aktiviteter som personen inte längre själv kan utföra t.ex. praktiska aktiviteter relaterade till dagligt liv. Därmed krävs kunskap om vad som bidrar till livskvalitet på äldre dagar och kunskap om hur man kan intervensera i förhållande till sådana problem som medför låg livskvalitet.

Olika skeden med skilda problem och möjligheter

Man kan säga att livet efter pensioneringen fram till att man avlider omfattar olika skeden som innebär olika problem och möjligheter. Under den inledande perioden efter pensioneringen är en övervägande andel av de äldre friska, aktiva och har en mycket god livskvalitet. I våra material är det endast en liten andel i denna grupp som har låg livskvalitet (Hellström m.fl. 2004a).

Denna period följs ofta av en period med ökad sjuklighet och successivt tillkommer inte sällan flera sjukdomar, vilket innebär en komplex medicinsk behandlingssituation och en större sårbarhet för olika typer av stress t.ex. lunginflammation, värmebölja, influensa eller liknande som kan sätta ned den äldres hälsa väsentligt. Denna period innebär inte nödvändigtvis en nedsatt livskvalitet (Ferring m.fl. 2004), men det är en period då egenvård och förebyggande hälsoarbete är viktigt för att bevara en god livskvalitet.

Faktorer av betydelse för äldres livskvalitet

I en av våra studier omfattande 385 äldre (medelålder 85 år) undersöktes vad som skiljde dem åt som hade hög, låg eller medelhög livskvalitet mätt med en validerad mätmetod. De med låg livskvalitet (18 procent) var som väntat äldst, skattade sin hälsa lågt, hade flera hälsoproblem, låg tillgång på socialt stöd och var mindre fysiskt aktiva än de båda andra grupperna. De som hade hög livskvalitet (47 procent) skattade sin hälsa som god eller excellent, var fysiskt mera aktiva, nöjda med sitt sociala stöd och hade hög känsla av sammanhang¹. Den grupp som hade medelhög livskvalitet (34 procent) skattade sin hälsa som skaplig eller moderat, de var mindre fysiskt aktiva, hade lägre tillgång till socialt stöd och lägre känsla av sammanhang jämfört med dem som hade hög livskvalitet och bättre än de som hade låg livskvalitet. Totalt var cirka en tredjedel av den undersökta gruppen i riskzonen för låg till mycket låg livskvalitet (Borglin m.fl. 2006).

Resultaten belyser ett antal faktorer av betydelse för äldres livskvalitet, vilka relaterar både till omgivningsfaktorer dvs. miljö och till personens upplevelse av sin situation, livsstil och beteende. Samtliga aspekter är viktiga i utformningen av vård och omsorg om målet är att uppnå så god livskvalitet som möjligt. De har också betydelse för boendet, framför allt möjligheten till att vara fysiskt och socialt aktiv. Resultaten ligger också i samklang med en intervjustudie med fokus på hur personer 80 år och äldre såg på innebörden i ett gott liv. Ett gott liv bestämdes i hög grad av att kunna behålla bilden av sig själv och sitt liv som meningsfullt. Särskilt betonades tillgång till signifikanta andra, att man levde i nuet medveten om att livet var begränsat och gick mot sitt slut, att man accepterade och anpassade sig till sina förutsättningar men att man fortsatt deltog aktivt i livet och upplevde sin vardag som meningsfull, hade kontroll och kände sig oberoende och fri (Borglin m.fl. 2005a).

Att känna sig fri och oberoende är emellertid inte det samma som att vara det. I ett ännu opublicerat material omfattande 4 337 äldre 75+ fick respondenterna besvara ett antal frågor om vad de upplevde som viktigt att göra respektive vad de faktiskt gjorde. Totalt fanns en lista på 17 olika aktiviteter. Efter statistisk analys kunde dessa grupperas i inomhusaktiviteter, utomhusaktiviteter

¹ Känsla av sammanhang är ett begrepp som utvecklats av Aaron Antonovsky och fenomenet har visat sig vara en viktig faktor i att hantera svåra situationer genom hela livet.

och sociala aktiviteter. Av de enskilda aktiviteterna var titta på TV (89 procent) läsa (87 procent), umgås med vänner och släktingar (84 procent), lätt motion (78 procent), vistas utomhus (72 procent) viktigast. De vanligaste aktiviteterna var emellertid att titta på TV (92 procent), läsa (84 procent), lyssna till musik (64 procent), lätt motion (63 procent), och umgänge med släkt och vänner (63 procent) de vanligaste. De största skillnaderna mellan vad som var viktigt respektive vad som gjordes återfanns i utomhusaktiviteter och sociala aktiviteter. Skillnaderna blev större ju lägre livskvalitet man rapporterade (Stenzelius manus).

En meningsfull tillvaro

Ovan nämnda studier och flera med dem understryker betydelsen av meningsfullhet, aktivt deltagande i "livet" och upplevelsen av oberoende². På den negativa sidan finns inskränkningar i aktiviteter som är betydelsefulla, bristande socialt stöd och förekomsten av olika hälsoproblem. Dessa aspekter, de positiva såväl som de negativa, har betydelse för boendet och för livsmiljön i stort i den meningen att tillgången till betydelsefulla andra, att fortsatt uppleva sig delaktig och att leva i ett meningsfullt sammanhang är centrala för att uppleva sig själv som meningsfull. Resultaten visar också att sociala aktiviteter och aktiviteter utanför hemmet är de som man utöver mindre än önskvärt vilket möjligen kan tillskrivas inte bara fysiska hinder utan även hinder som har med trygghet och säkerhet att göra.

Resultaten ska ställas mot dem från en studie där äldres upplevelser av relationer, ensamhet och rädsla undersöktes (Jakobsson & Hallberg 2005). Studien omfattade äldre mellan 75–104 år och visade att 22 procent av männen och 53 procent av kvinnorna inte gick ut kvälls- eller nattetid och att 23 procent av männen och 50 procent av kvinnorna inte öppnade sin dörr om de inte visste vem som stod utanför. Båda dessa aspekter demonstrerar en risk för att både män men mest kvinnor inskränker möjligheterna till social samvaro och aktiviteter utanför hemmet, troligen av rädsla för att de skall råka illa ut, dvs. en bristande tilltro till samhället och att de kan röra sig säkert utanför sitt eget hem.

² I flera av våra studier har det blivit tydligt att det är en betydande skillnad mellan att vara oberoende och uppleva sig oberoende. Personer som tar emot hjälp från andra kan mycket väl uppleva sig oberoende vilket torde vara ett viktigt mål för vård och omsorg.

Andelen som kände sig ensamma eller var rädda var högre för kvinnor än för män men ändå inte alarmerande höga (mellan 7–18 procent). Andelen som varit utsatta för någon brottslig handling var låg (mellan 4–5 procent) och stod inte i relation till de inskränkningar som man valt att göra. Att inte öppna sin dörr om man inte vet vem som står utanför har sannolikt blivit vanligare under senare år eftersom rapporteringen om brott i bostaden mot äldre blivit vanligare i media.

De negativa konsekvenserna av ovan beskrivna problematik förstärks antagligen ytterligare av att en stor andel äldre (65+) bor i ensamhushåll (50 procent kvinnor respektive 25 procent män). Att man bor ensam i sitt hushåll betyder inte att man känner sig ensam och inte heller att man har ett mindre socialt nätverk. Det innebär emellertid att det blir svårare att leva ett aktivt och socialt liv om man inskränker sitt liv utanför hemmet. Det innebär också att man är mera utlämnad om man behöver hjälp av något slag, tillfälligt eller varaktigt. Det sociala nätverkets skyddande effekt i förhållande till funktionsnedsättning har demonstrerats i longitudinella studier (Unger m.fl. 1999). Tillsammans pekar dessa aspekter både mot samhället i ett trygghets- och tillgänglighetsperspektiv och på boendet som en möjlig begränsande och isolerande faktor.

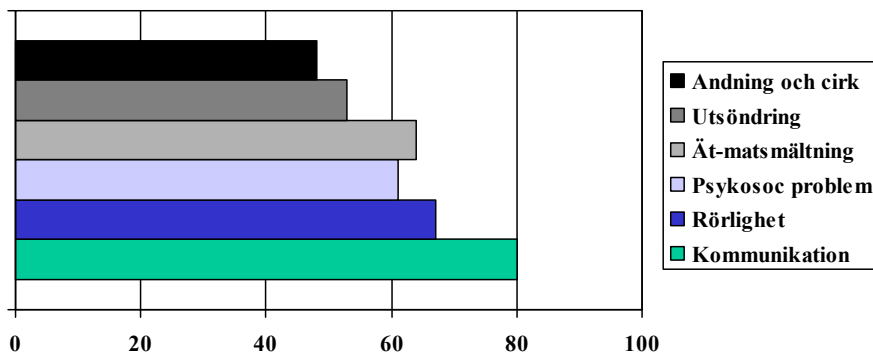
Hälsoproblem och livskvalitet

Ytterligare en aspekt som visade sig har stor betydelse för livskvaliteten var förekomsten av hälsoproblem av olika slag. Det är vanligt att äldre rapporterar olika hälsoproblem som smärta från rörelseapparaten, nedsatt rörlighet, hörsel- och synproblem, yrsel, trötthet, oro, ångest, nedstämdhet, sömnproblem etc. Tibblin m.fl. (1990) ställde samman en förteckning över 30 hälsoproblem, vilka har visat sig vara betydelsefulla i förståelsen av livskvalitet. I en befolkningsbaserad studie som genomförts omfattande hemma-boende äldre 75–99 år rapporterade man i genomsnitt 10 hälsoproblem (Hellström & Hallberg 2001), endast 3 procent rapporterade inga problem alls. Flera av dessa hälsoproblem har visat sig ha betydelse för livskvalitet och bekräftats i senare studier.

För att uppnå en större förståelse av förekomst och hur hälsoproblemen eventuellt hänger samman har ett fördjupat analytiskt arbete genomförts. Hälsoproblemen visade sig hänga samman i begripliga mönster och samtidig förekomst, vilket innebär att de

kan förstärka varandra och att ensidigt fokus på t.ex. smärta kan innebära att faktorer som påverkar smärta t.ex. rörlighet missas.

Figur 1 Hälsoproblem redovisade i cluster och förekomst bland äldre (%). Inom varje cluster finns flera problem som samvarierar med varandra. Förekomst baseras på att något av de ingående problemen rapporterats av respondenterna



De olika klustren av hälsoproblem kunde förstås i sådana som var relaterade till kommunikationsförmågan (t.ex. tal, syn, hörsel), till rörlighet (t.ex. gång, balans, smärta) psykosociala problem (oro, nedstämdhet etc.), problem relaterade till ätande och matsmältning, till elimination (förmåga att kontrollera urin och avföring) samt andning och cirkulation (andfåddhet, svullna ben etc.). Problem inom någon av de variabler som ingår i områdena vara vanliga (Figur 1).

De områden som hade starkast prediktiv betydelse för låg livskvalitet var problem med rörlighet, psykosociala problem, problem med ätande och matsmältning samt eliminationsproblem (Stenzelius m.fl. 2005). Generellt var förekomsten högre för kvinnor än män. Resultaten pekar på betydelsen av hälsofrämjande aktiviteter tidigt i åldrandeprocessen och med fokus inte bara på sjukdomar utan också på sådana problem som inte nödvändigtvis hänger samman med sjukdom utan kan vara relaterade till kroppens allmänna åldrande.

Preventiva insatser

Flera studier har genomförts för att studera effekten av preventiva insatser, särskilt i Danmark där det sedan länge råder en skyldighet att bedriva förebyggande hembesök. Resultaten av sådana studier har också rapporterats i systematiska litteraturoversikter. Även om resultaten inte varit helt konsistenta visar de att förebyggande hembesök kan reducera dödlighet och institutionalisering bland äldre (Elkan m.fl. 2001, Hallberg & Kristensson 2004). I senare studier har man i Danmark funnit att effekterna är olika för män och kvinnor, vilket förstärker behovet av att anpassa insatser till mäns och kvinnors olika preferenser. Regelbundna promenader (Simonsick m.fl. 2005) men även ren styrketräning har visat sig effektiva i att fördröja funktionsnedsättningar.

Det behövs emellertid fler studier om effekter av förebyggande aktiviteter, särskilt om innehållet, när och hur denna typ av insatser blir mest ändamålsenliga och relaterat till mäns respektive kvinnors preferenser. Det kan möjligen också behövas mera riktade insatser till personer som är i riskzonen mera uppenbart än att bara för att de har uppnått en viss ålder. En andel av de äldre (65+) lever ett liv präglat av upprepade sjukhusvistelser, öppenvårdsbesök etc. En betydande andel av sjukhusinläggningarna är akuta och därmed en indikator på att något inträffat som gjort att tillvaron inte längre kan bemästras.

I en studie omfattande alla äldre (65+) som varit akut eller planerat inlagda på sjukhus under ett år visade det sig att omkring 15 procent av dem hade tre eller flera inläggningar på sjukhus under året (3–15 inläggningar). Dessa personer (15 procent) konsumerade totalt 35 procent av alla inläggningar inom gruppen. Som väntat hade dessa i högre grad flera diagnoser och de hade också fler kontakter med andra vårdgivare än de som hade 1–2 inläggningar under året (Condelius m.fl. 2007). Man kan inte av studien dra slutsatser om vårdens kvalitet, men möjligen kan man ställa sig frågan om vården till denna grupp av multisjuka skulle kunna vara organiserad på ett mera proaktivt sätt, kanske med tillgång till geriatrisk expertis, så att särskilt de akuta inläggningarna kunde minimeras.

Akuta inläggningar är rimligen ett uttryck för att individens livssituation blivit ohanterlig och med det följer oro och stress för hälsan och framtiden. Sammantaget kan resultaten tolkas som att även innan man får funktionsnedsättningar av sådan art och grad

att man behöver hjälp från andra har omgivningsfaktorer stor betydelse för den äldre. De har t.ex. betydelse för hur trygg och säker (fysiskt och psykiskt) man känner sig inför att röra sig utanför det egna hemmet, tillgång till relevanta personer, aktiviteter och därmed kunna upprätthålla relationer och aktiviteter av betydelse samt även det sätt som hälso- och sjukvården är organiserad och fungerar på när den äldre utvecklat en eller flera sjukdomar som kräver återkommande behandling. Det senare understryks inte minst av de studier som Gurner (2001) gjort för att kartlägga multisjukas väg genom vården.

När funktionsnedsättningar begränsar det dagliga livets aktiviteter

En tredje fas i åldrandet är den som kännetecknas av funktionsnedsättningar av sådan art och grad att man inte längre klarar av att upprätthålla det dagliga livets aktiviteter på egen hand. Till det dagliga livets aktiviteter hör sådant som att underhålla och vårda den egna bostaden (IADL; instrumentella aktiviteter för dagligt liv), sköta den personliga omvårdnaden (PADL; personliga aktiviteter för dagligt liv) och delta i aktiviteter som tillför vardagen det lilla extra och som är viktigt för den äldre. I vetenskapliga sammanhang såväl som i biståndsbedömningar omfattas i allmänhet endast IADL och PADL och därmed utesluts sådana aktiviteter som är viktiga för att upprätthålla ett liv som upplevs meningsfullt socialt och för aktiviteter av olika slag.

Det finns också en könsrelaterad problematik vid bedömningar av IADL och PADL. I bedömning av förmåga till IADL ingår områden som vanligen upprätthålls av kvinnan i hushållet, medan sådana som vanligen upprätthålls av män (skötsel av bostaden utvändigt etc.) inte ingår i bedömningen. Det i sin tur kan verka både negativt och positivt i jämförelse mellan hur offentlig vård tilldelas män respektive kvinnor. Kvinnor har lång erfarenhet av att sköta hushållet, medan män mycket väl kan klara sådana aktiviteter ur ett strikt funktionellt perspektiv men saknar den erfarenhet och kunskap som krävs. Det kan innebära att kvinnor inte får men män får bistånd givet samma faktiska förmåga.

Beroendet av hjälp

För den äldre är funktionsnedsättningar som innebär att man måste ta emot hjälp från andra ett avgörande steg mot sänkt livskvalitet. I de studier som genomförts i vår forskargrupp ses en mera nedsatt livskvalitet bland dem som behöver hjälp från andra för att klara vardagliga aktiviteter jämfört med dem som klarar sig på egen hand (Hellström & Hallberg 2001, Borglin m.fl. 2005b, Stenzelius m.fl. 2005). I våra studier har det också visat sig att mätning med olika instrument för ADL förmåga³ inte fångar de tidigaste faserna av funktionsnedsättning. En enkel fråga som ”I vilken omfattning tycker du att din hälsa hindrar dig från att göra det du skulle vilja?” visade sig vara mera känslig för att fånga in dem med nedsatt livstillfredsställelse än ett klassiskt ADL instrument (Fagerström m.fl. 2007). Det är måhända i detta skede som förebyggande insatser är särskilt viktiga och den fas då samtal om hur man tänker sig och ser på framtiden borde föras t.ex. med behandlande läkare. I en systematisk litteraturgenomgång (Stuck m.fl. 1999) fann man att de viktigaste riskfaktorerna för funktionsnedsättning var kognitiv nedsättning, depression, flera sjukdomar, ökad eller minskad BMI, lågt socialt nätverk, inskränkningar i funktion i nedre extremiteter, låg fysisk aktivitet, dålig självskattad hälsa, rökning och synnedsättning. Det påpekades i studien att i ingen av studierna hade man inkluderat omgivningsfaktorer som tänkbara orsaker till funktionsnedsättningar. Det kan möjligen förklaras av att ICF ännu inte sjunkit in i medvetandet hos forskarna. Resultaten pekar emellertid på inom vilka områden som rehabilitering och funktionsbevarande interventioner bör ingå tidigt i åldrandeprocessen, men även för förutsättningarna att leva ett aktivt liv.

Den tidpunkt då varaktiga funktionsnedsättningar debuterar förefaller vara någonstans före eller runt 80 års ålder. I en internationell genomgång av litteraturen uppgavs att omkring 10–15 procent av tiden från 65 år och till man dog levdes med en funktionsnedsättning av sådant slag att man inte längre kunde upprätthålla det dagliga livets aktiviteter (Kinsella & Velkoff 2001). Inom ramen för ”the Swedish National Study on Aging and Care” (SNAC)⁴, vårdsystemdelen visade en kartläggning att de som beviljats bistånd i genomsnitt var 80 år eller strax däröver (opublicerat material). Denna period har antagligen i flera fall

³ Till exempel Katz ADL index (Hulter-Åsberg & Sonn 1989)

⁴ Se www.snac.org

föregåtts av en period med funktionsnedsättning som man försökt klara på egen hand eller med hjälp av närstående. Funktionsnedsättning har således troligen funnits något år innan man fått kommunalt bistånd. Det ska också hållas i minnet att detta gäller för de kohorter som nu är aktuella för offentlig vård och omsorg. Det innebär inte att resultaten är giltiga för nästa generation eller för de stora grupper som föddes mellan 1940–49 och som kommer att debutera med funktionsnedsättningar någonstans från 2020 och framåt. Pågående longitudinella studier kan möjligen bättre svara på den frågan framöver. Det finns i dagsläget motsägelsefulla resultat, både positivt och negativt (Thorslund & Parker 2005).

Förklaringen till en eventuell negativ utveckling skulle kunna vara att de medicinska, tekniska och farmakologiska landvinningarna gör det möjligt att behandla sådant som tidigare ledde till död och därmed förbättras överlevnaden. Det innebär inte nödvändigtvis att personerna som överlever botas. Snarare har de kanske att leva med inskränkningar eller ”rester” som antingen härrör från sjukdomen eller från behandlingens negativa effekter och som i sig inskränker personens funktionsförmåga. Oavsett hur utvecklingen för dessa stora födelsekohorter blir, innebär de stora utmaningar för samhället och för de närstående de år då de ska lämna livet, en period som vanligen föregås av några år då man inte klarar sig på egen hand.

Hälsoproblem

En viktig faktor för nedsatt livskvalitet är som tidigare nämnts den höga förekomsten av olika hälsoproblem och förekomsten är klart högre bland dem som inte klarar sitt dagliga liv på egen hand. Sådant som långvarig smärta, nedsatt rörlighet, trötthet är uppenbarligen betydelsefulla för att förklara nedsatt livskvalitet hos denna grupp (Borglin m.fl. 2005b). De med hjälp för dagligt liv hade i genomsnitt 10 hälsoproblem medan de som klarade sig på egen hand i genomsnitt hade 4 hälsoproblem. De med hjälp rapporterade i genomsnitt 3 sjukdomar jämfört 1 för dem som klarade sig själv.

De variabler som bäst förklarade låg livskvalitet hos dem med hjälp var ensamboende, smärta, trötthet, sömnproblem, depression och ensamhet jämfört med de andra för vilka antal sjukdomar,

smärta, sömnproblem, depression och ensamhet förklarade nedsatt livskvalitet (Hellström m.fl. 2004a, Hellström & Hallberg 2004). Även i studierna av Stenzelius m.fl. (2005) hade de som var beroende av hjälp från andra mera nedsatt livskvalitet än dem som klarade sig på egen hand. Problem relaterade till elimination, rörlighet, kommunikationsproblem samt psykosociala problem hade en signifikant relation till hjälp med såväl PADL som IADL.

Sammantaget tycks betydelsen av sjukdomar som sådana tona bort och förekomst av hälsoproblem och nedsatt funktionsförmåga för dagligt liv tona fram som förklaring till låg livskvalitet i takt med att man behöver hjälp från andra för dagligt liv. Det innebär att vad som är viktigt under en fas av livet och under vissa omständigheter blir oviktigt i en annan fas. Andra faktorer tonar fram som viktiga för att behålla upplevelsen av ett gott liv. Det pekar också på betydelsen av att vård och omsorg till äldre utgår från ett palliativt synsätt, vilket bland annat innebär symtomlindring dvs. lindring av hälsoproblem.

Begreppen palliativ vård respektive vård i livets slut

Det är viktigt att hålla isär begreppet vård i livets slut från begreppet palliativ vård (Hallberg 2006). Ett palliativt synsätt innebär att lindra lidande; fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt och är applicerbart när bot inte längre är möjlig. Det innebär också att förstärka sådant som innebär livskvalitet. Till skillnad från vård i livets slut kan palliativ vård pågå i många år medan det förstnämnda pågår under en kortare period och först när man börjar inse att livet går mot sitt slut. Mer och mer har principerna för palliativ vård lyfts fram som ett lämpligt arbetssätt i förhållande till personer med kroniska sjukdomar (Zwerdling m.fl. 2005).

Den mesta forskningen om palliativ vård har rört personer med cancersjukdomar, vilket inrymmer särskilda problem. Palliativ vård som förebild för god vård och omsorg till äldre har uppenbarligen ännu inte tagit fäste i den kommunala vården och omsorgen, där fokus tycks vara koncentrerat till att kompensera för ADL-nedsättningar, särskilt förmågan till personlig omvårdnad. I en studie av Karlsson m.fl. (subm b) visade det sig att den sämsta överrensstämmelsen mellan vad som noterats i biståndsbedömningen (enligt SNACs vårdsystemdel) och vad den äldre uppgav i en personlig intervju var just inom områden som var relaterade till hälso-

problem som smärta, yrsel, oro, nedstämdhet och till sociala behov. Skillnaderna i bedömning mellan den äldre och biståndsbedömningen var hänförlig till slumpen snarare än att det skulle vara en systematisk över- eller underskattning av den som gjort bedömningen inför beslutet.

Närståendes roll i äldres vård och omsorg

Närstående spelar en betydande roll i äldres vård och omsorg, särskilt för dem som bor kvar i sitt eget hem. Det finns olika sätt att beräkna deras insatser. Johansson m.fl. (1991) rapporterade att omfattningen av närståendes insatser i ekonomiska termer var dubbelt så stor som den offentliga vårdens och omsorgens insatser. Såväl Johansson (2003) som Sundström m.fl. (2002) menar att den informella vården⁵ ökat i omfattning under senare år. I allmänhet genomförs studier av detta slag som tvärsnittsstudier vilket försvårar stabila slutsatser om huruvida det faktiskt skett en ökning eller om det är andra faktorer som förklarar siffrorna.

Studier från vår grupp antyder att det skett förskjutningar mot fler närstående involverade. Hellström (2003) rapporterade i en befolkningsbaserad studie omfattande 448 äldre 75+ som bodde i eget hem att 45,1 procent av dem hade hjälp enbart från närstående medan 39,1 procent hade hjälp både från närstående och den offentliga vården och omsorgen. Endast formell vård gavs till 14,3 procent. Således hade 84,2 procent av dem som bodde i eget hem hjälp från närstående medan motsvarande siffra var 53,4 procent som hade insatser från den offentliga sektorn. En likartad studie (Hellström 2003) i ett annat geografiskt område (1 247 personer 75+) visade att 48,6 procent hade hjälp enbart från närstående och 30,2 procent hade hjälp både från närstående och den offentliga sektorn dvs. totalt 78,8 procent hade insatser från närstående. Hjälpen enbart från den offentliga sektorn gavs till 21,2 procent, dvs. totalt 51,4 procent hade offentlig hjälp.

Sammantaget är det uppenbart att de närstående spelar en avgörande roll i vården och omsorgen till de äldre, särskilt för de äldre som bor kvar i eget hem. Det fanns en betydande skillnad mellan dem som hade både informell och formell hjälp å ena sidan

⁵ Begreppet informell vård innebär insatser från makar, barn, barnbarn, syskon, grannar etc. dvs. personer som inte handlar utifrån en anställning eller en organisation. Formell vård är den som utgår från den offentliga sektorn.

och dem med enbart formell hjälp respektive hjälp enbart av närstående å den andra. De förstnämnda hade mera omfattande insatser både för IADL och för PADL. De som hade enbart formell hjälp hade mindre IADL insatser och mer PADL insatser än de som hade hjälp enbart från närstående. Således var det en tydlig skillnad i vårdbehov mellan dem som hade en kombination av både formell och informell vård där de största vårdbehoven fanns (Hellström & Hallberg 2004). De som hade antingen enbart formell eller enbart informell hjälp var mera likvärdiga. Resultaten är intressanta så till vida att den officiella politiken är att närståendes insatser ska vara ett komplement till den offentliga sektorns, medan resultaten pekar i motsatt riktning.

I takt med att platser i särskilt boende minskar kommer det troligen att bli ett fortsatt ökat tryck på närstående. Personer med stora vårdbehov kan antagligen bo kvar hemma förutsatt att det finns närstående som träder in och hjälper till. Trycket på närstående ökar om den äldre endast beviljas insatser i det egna boendet.

Det är en allmän uppfattning att kvinnor dominerar som hjälpare till de äldre. Johansson (1991) rapporterade att 2/3 av all hjälp gavs av kvinnor. Förklaringen till det kan bland annat vara att äktenskap i allmänhet bildas mellan män som är några år äldre än de kvinnor de lever tillsammans med. Männen lever något kortare än kvinnorna och är äldre vilket innebär att deras sjuklighet och vårdbehov infinner sig medan hustrun ännu är vid förhållandevis god hälsa. Förklaringen behöver således inte ligga i socialt konstruerade könsroller enbart.

Det finns också mätproblem som kan påverka resultaten. Det handlar om huruvida man fokuserar endast IADL aktiviteter i hushållet eller inkluderar sådant som rör bostaden och mera tydligt relaterade till manliga roller t.ex. trädgård, underhåll av bostaden etc. I sådant fall får man en könsrollsbasead bild av närståendes insatser som är missvisande för mäns insatser i förhållande till de äldre.

I likhet med andras studier har vår forskning visat att omfattande hjälp och sådan hjälp som kräver dagliga insatser, vanligen personlig omvårdnad, äger rum främst mellan äkta makar, oftast hustrun i förhållande till maken. Detta förklaras antagligen mest av att omfattande hjälp kräver att man bor mycket nära varandra eller i samma hushåll. Hjälp med hemmets skötsel och sådan personlig omvårdnad som inte kräver dagliga insatser sker oftare från barn till

föräldrar. Indikationer finns också på att barnbarn kan spela en roll i sådana aktiviteter. Barnbarnen har i allmänhet uppnått ungdomsåren när deras far- eller morföräldrar har uppnått den ålder då hjälp från andra krävs för att klara det dagliga livet.

Forskningen om närstående som vårdar eller hjälper en äldre har ofta tagit ett ensidigt perspektiv av att det enbart skulle vara en börda, upphov till stress och ohälsa. Den bilden finns och är säkert riktig, men den speglar inte hela innebörden i att som närstående vårda en annan person. För att kunna utforma stödet till närstående på ett adekvat sätt krävs också kunskap om tillfredsställelse och hur man mer eller mindre framgångsrikt hanterar denna uppgift. Vårdandet kan också vara en källa till tillfredsställelse och ett sätt att stå upp för det äktenskapliga kontraktet eller ge tillbaka till föräldrar det man själv fått under sin uppväxt.

En viktig fråga är hur det offentliga systemet förhåller sig till de närstående som vårdar/hjälper en äldre. I en avhandling om informell vård undersöktes olika aspekter av vårdandet (Kristensson Ekwall 2004). Resultaten visade att involveringen i att hjälpa en närstående var en successiv process från att man började anpassa sitt eget liv för att vara till hands, till regelbunden kontakt för att bevaka den äldres hälsa och situation, hjälpa till med kontakter t.ex. med hälso- och sjukvården, till att man involverades eller tog över IADL och PADL aktiviteter och medicinsk behandling samt att man försökte bidra till att förbättra den äldres funktionsförmåga. Intressant nog var det de tidiga, mera subtila insatserna som sammanföll med låg livskvalitet, vilket kan vara ett uttryck för en omställning. Således är närståendes roll betydligt mera omfattande än att bara hjälpa till med IADL och PADL, vilket har stor betydelse för hur de bemöts särskilt i hälso- och sjukvården men även i den kommunala vården och omsorgen. Information och kunskap förmedlade av professionella kan vara vägledande för hur de ska förhålla sig.

Ytterligare studier i nämnda avhandling handlade om konstruktiva respektive negativa hanteringsstrategier. Strategier som innebar att den som vårdade också såg till sina egna behov och inte gav upp sina egna intressen innebar bättre livskvalitet. Bristande information, praktiskt och medicinskt sammanföll med låg livskvalitet. Sammantaget var en mera problemorienterad hållning bättre i meningen bättre livskvalitet än mera emotionellt orienterade hanteringsstrategier.

Även tillfredsställelse med att vårda undersöktes liksom upplevelsen av vad som var svårt i vårdandet. Resultaten visade att det var skillnader mellan män och kvinnor. Män angav oftare att vårdandet vidgade deras vyer och fick dem att växa. De som var mest nöjda med vårdandet var oftare män, använde oftare problemorienterad coping, hjälpte till fler timmar per vecka och tyckte inte lika ofta att vården var krävande. Sammantaget är bilden av att vårda mera komplex än att det bara skulle vara en börda. Kvinnor är emellertid mera sårbara än männen, vilket möjligen kan ha att göra med att kvinnor ofta varit involverad i olika vårdande uppgifter under stora delar av livet.

Den viktigaste praktiska betydelsen av studier om informell vård är att de som vårdar måste få egen tid och stöd att upprätthålla också sina personliga intressen. De ska få både praktisk kunskap och allmän information om den äldres hälsa. De ska också få hjälp genom att diskutera även sin egen situation och i den meningen känslomässigt stöd oberoende av om de finns i samma hushåll.

Vård och omsorg i eget hem eller i särskilt boende?

Andelen 65 år och äldre som 2007 fick kommunalt bistånd uppgick till 16 %. Fördelningen mellan ordinärt och särskilt boende var 2007 10 procent som fick insatser i ordinärt boende medan 6 procent fick insatser i särskilt boende. Det ska uppmärksammas att siffror från 2007 inte är jämförbara med tidigare års siffror bland annat till följd av att insatser som tidigare inte ingått i statistiken ingår från 2007. Det rör särskilt insatser i ordinärt boende (Socialstyrelsen 2008). Fördelningen mellan hjälp i det ordinära boendet respektive det särskilda boendet för perioden 2000–06 förändrades från 7,9 till 8,9 procent (ordinärt boende) respektive från 7,7 till 6,2 procent (särskilt boende). Av skäl som nämnts tidigare är andelen högre ju äldre man blir. Motsvarande siffror för personer 80+ varierade från 18,3 procent år 2000 till 20,9 procent som fick hemtjänst 2006 respektive från 20,2 till 16,2 procent i särskilt boende (Socialstyrelsen 2007). Således har andelen i särskilt boende minskat bland såväl yngre äldre som äldre.

Dessa siffror demonstrerar att en betydande andel 80+ inte har några kommunala insatser. Andelen 2007 som hade insatser i ordinärt eller särskilt boende uppgick till 39 procent. En del av dem har antagligen hjälp från närstående medan andra klarar sig på egen

hand. Siffrorna baserar sig på offentlig statistik som rapporterats från kommunerna på gruppnivå, vilket är osäkra mått. Granskar man enskilda kommuners rapportering över flera år kan man se fluktuationer som är svåra att förklara på annat sätt än varierande metod och felaktigheter i hur man tagit fram siffrorna.

Brist på individbaserad statistik

Det faktum att Sverige inte har någon fullständig individbaserad statistik på kommunal nivå är problematisk då det omöjliggör en helhetsbild över den offentliga sektorns insatser för de äldre. Såväl kommunerna som landstingen är viktiga aktörer i förhållande till de äldre och till deras insatser kommer också privata aktörer och insatser från det civila samhället, närstående m.fl. En effektiv samhällsplanering kräver en bild över hela systemets funktion, i all synnerhet det offentliga systemet. I avsaknad av en sådan helhetsbild över äldres vård och omsorg kan man inte få en bild över om låga kostnader i en del av systemet är kostnadsdrivande i en annan del av systemet eller omvänt om höga kostnader i t.ex. kommunerna faktiskt blir kostnadsbesparande i landstingens hälso- och sjukvård och kanske även totalt kostnadsbesparande för samhället. Effekter av olika åtgärder i systemens olika delar kan inte studeras om inte den äldre, som individ, kan följas genom hela det offentliga systemet.

Inom ramen för SNAC (www.snac.org) har ett individbaserat system byggts upp i några kommuner och som gör det möjligt att tillsammans med landstingens befintliga individbaserade statistik beskriva äldres vård och omsorg som helhet. Det har emellertid visat sig vara komplicerat att vidmakthålla ett sådant system om det inte är en integrerad del i kommunernas verksamhet på samma sätt som det är en integrerad del i landstingens verksamhet.

För en effektiv uppföljning och en mera trovärdig samhällsplanering vore det högst önskvärt att kommunerna ålades att föra individbaserad statistik i vilken även basala funktionsmått ingick. Det skulle sannolikt också gagna biståndsbedömningarna i ett rättvis- och säkerhetsperspektiv. Kommunernas och landstingens verksamhet i förhållande till de äldre är kommuniserande kärl. Förändringar i en del av verksamheten återverkar på andra delar av verksamheten riktad till äldre. Bristen på statistik på individnivå

gör det möjligt att vidmakthålla myter om varandras sätt att arbeta och också att förskjuta kostnader mellan varandra.

Biståndsbedömning

För att få tillgång till kommunala insatser krävs i de flesta fall någon form av beslut om insats som fattas av en kommunal företrädare efter en bedömning av behovet. Innehållet i bedömningen är synnerligen viktigt för att få en tillförlitlig bild av vilka hinder som finns för att upprätthålla ett rimligt dagligt liv. Ur rättvisesynpunkt är det också angeläget att alla bedöms på lika villkor. Det i sin tur kräver att bedömningen sker enligt en någorlunda standardiserad modell. Så sker i många länder men ännu inte i vårt land. Det är också oklart vad beslutet egentligen grundas på, befintliga resurser eller den äldres behov?

Karlsson m.fl. (subm b) genomförde en intervjustudie omfattande äldre som nyligen hade fått ett beslut om bistånd och använde då samma frågeområden som ingår i SNACs vårdsystemdel. Jämförelse mellan hur den äldre bedömde sina funktioner och hur den som beslutade hade bedömt visade varierande överensstämmelse – övervägande modest sådan. Högst överensstämmelse fanns för samboende och hjälp från make/a följt av IADL och PADL. I dessa variabler varierade emellertid överensstämmelsen mellan god och moderat, vilket antydde att även i dessa variabler var bedömningen långt ifrån tillfredsställande. Dålig överensstämmelse sågs som tidigare nämnts i områden som rörde socialt liv och hälsoproblem.

Det fanns inga entydiga mönster av över- eller underskattning, vilket snarast indikerar att det är bristen på systematik som förklarar resultaten. Bristerna i bedömningarna har rimligen konsekvenser för insatserna, särskilt uteblivna insatser i de fall problem inte uppmärksammas. Antagligen har även det faktum att två olika lagstiftningar styr kommunernas verksamhet betydelse för resultat av detta slag.

Biståndsbedömningen ur den äldres perspektiv

Från den äldres perspektiv är den period då biståndsbedömningen och beslut fattas om kommunala insatser en turbulent och sårbar

period. Janlöv (2006) intervjuade äldre, deras närstående och biståndsbedömare i anslutning till att bedömning genomförts. Syftet var att undersöka de äldres upplevelse av inflytande över beslut som fattats och därpå följande insatser. Hon fann att den äldre var mest uppfylld av den vändpunkt som nu inträtt. "Nedräkningen har börjat" karaktäriserade deras berättelser om de förluster som livet nu innebar; hur man kämpade för att bibehålla funktioner och oron för vad som skulle komma nästa gång? Ambivalensen gentemot hjälp från anhöriga var tydlig och handlade på ena sidan om behovet av att ta emot deras hjälp och på andra sidan om att inte överbelasta dem och därmed riskera den relation man hade till varandra.

Den enskilde var övervägande omedveten om innebörden i bedömningen och beslutet och uppfattade att man blivit informerad om en provkarta av möjliga tjänster och vilka man kunde få. När hjälpen väl kommit till stånd fick man vara nöjd och anpassa sig samtidigt som man tyckte synd om personalen för att de stresgade.

Intervjuerna med anhöriga demonstrerade att de mestadels kände sig osedda i samband med bedömningen och att de levde ett liv där de fick balansera mellan den äldres behov av hjälp och de krav som ställdes från andra delar av deras liv t.ex. den närmaste familjen. Sammantaget tycktes utrymmet för inflytande litet och aktiviteter som främjar livskvalitet, ett aktivt, socialt liv med delaktighet i samhället framträdde inte och inte heller betydelsen av anhörigas roll i förhållande till den äldres liv.

Biståndsbeslut och vårdkonsumtion

Inom ramen för SNAC har biståndsbeslut och vårdkonsumtion följts över tid och hur dessa insatser samverkar med vårdkonsumtion i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Under perioden 2002–05 var fördelningen på beslut om hjälp i det ordinära boendet respektive det särskilda boendet i allmänhet sådant att cirka 70 procent av besluten rörde insatser i det ordinära boendet och 30 procent plats i särskilt boende (Tabell 1). Siffrorna var relativt stabila över åren.

De som fick beslut om insatser i det ordinära boendet var i genomsnitt 80,4 år medan de som fick plats i särskilt boende i genomsnitt var 83,6 år. De största skillnaderna mellan de båda

grupperna var emellertid relaterade till ADL förmåga och kognitiv förmåga där de som fick plats i särskilt boende hade en svår nedsättning kognitivt i 43,4 procent av fallen medan de med insatser i ordinärt boende hade en svår nedsättning i 9,5 procent av fallen. Ingen nedsättning alls förekom i 27 procent av fallen i särskilt boende jämfört med 60,9 procent av fallen i ordinärt boende. Det fanns således en tydlig och stabil trend i att särskilt boende särskilt användes för dem med svår kognitiv nedsättning och kraftigt nedsatt ADL förmåga (se även Karlsson m.fl. 2008 a).

Tabell 1 Fördelning ordinärt och särskilt boende för de som beviljats nytt bistånd ett bestämt år; 2001–2005, ålder, ADL förmåga, 1–10 (ingen nedsättning – svår nedsättning), samt kognitiv nedsättning enligt Berger skalan och i förhållande till boende

Årtal beslut	N	Ord %	Särsk %	Ålder Ord	Ålder särsk	ADL ord	ADL särsk	Ingen kogn neds Ord %	Ingen kogn neds Särsk %	Svår kogn neds Ord %	Svår kogn neds Särsk %
2001	218	54,1	45,9	80,9	83,9	4,7	7,1	64,0	22,4	11,6	46,6
2002	327	70,3	29,7	80,5	83,3	4,1	6,3	64,3	29,3	7,1	29,3
2003	318	68,6	31,4	80,6	84,1	4,5	7,5	68,8	28,0	10,6	42,0
2004	314	75,5	24,5	80,1	84,1	4,8	7,0	75,8	26,1	7,5	38,6
2005	209	70,3	29,7	80,1	82,2	4,1	7,2	69,8	37,7	9,5	42,9
Totalt	1 469	67,5	32,5	80,4	83,6	4,5	7,0	70,4	30,0	9,5	43,4

Denna trend har konsekvenser ur minst två olika perspektiv. Den ena är att personer som inte har någon kognitiv nedsättning, men är fysiskt instabila, otrygga, ängsliga och har svårt att på egen hand upprätthålla ett socialt liv blir hänvisade till att leva sitt liv inom husets fyra väggar. Den andra är att den övervägande delen av dem som får plats i särskilt boende har en så långt framskriden kognitiv nedsättning att de har svårt att bidra till att det särskilda boendet blir en social och aktiv livsmiljö. En större variation inom det särskilda boendet skulle möjligen göra det till en mera "levande" miljö till förmån för alla som bor där och även för personalen som arbetar där. Det behövs också andra kollektiva boendeformer med tillgång till stöd och medicinsk kompetens där det sekundär- och tertiärpreventiva arbetet kan upprätthållas.

Vård i hemmet eller särskilt boende – vilket är bäst?

I en jämförande studie mellan äldre som hade hjälp i det ordinära boendet respektive det särskilda boendet visades att man i allmänhet var nöjd med den hjälp man fick. Kvaliteten i hjälpen hade inget samband med de äldres livskvalitet men med deras funktionella förmåga. Den hade heller inget samband med om man fick hjälp hemma eller i särskilt boende.

De aspekter av vården som fick sämst utvärdering av de äldre var för dem som fick hjälp i det ordinära boendet inflytande, förmåga att utföra hushållsarbete, den tid personalen hade att tillgå, att man höll tiderna, deras förmåga till social och personlig omvårdnad, kontinuitet och antal personer som var involverade. För dem som hade hjälp i särskilt boende var missnöjet störst med tid för vårdtagarna, inflytande, förmåga till medicinsk omvårdnad, sociala insatser, personliga relationer, kontinuitet, antal personer involverade, att personalen kom när det behövdes, respekt och att de var tysta. Generellt var missnöjet större bland dem som bodde i särskilt boende än bland dem som fick hjälp i det ordinära boendet (Karlsson m.fl. subm a).

Studier av detta slag brukar överlag ge mycket höga värden för tillfredsställelse vilket antagligen mera är ett uttryck för den beroenderelation man befinner sig i än att kvaliteten är så god som det framstår. Således finns det sannolikt en hel del att göra för att förbättra kvaliteten främst när det gäller kontinuitet, personalens kunskap och bemötande av de äldre, men även deras praktiska och medicinska kompetens. För den äldre tycks utmaningen ligga i att balansera beroende och känslan av kontroll över sin egen livssituation.

Resultaten ovan liksom tidigare studier i vår grupp ger inget stöd för den ofta framförda uppfattningen att det är bäst för alla äldre att bo kvar i sitt eget hem eller för att okritiskt ha som mål för sin forskning att äldre ska bo kvar i sitt eget hem till varje pris. Det kan mycket väl vara en ideologisk uppfattning eller en kommunalekonomisk ståndpunkt eftersom det är billigare för kommunerna. För den äldre är det mera komplicerat. Frågar man i syfte att bedriva forskning om hur äldre eller yngre ser på vård i hemmet eller i särskilt boende blir det självklara svaret att man vill bo kvar hemma så länge det går. Men innebörden i den försåtliga andra delen av meningen ”så länge det går” är öppen för olika tolkningar

och innebär inte att man vill bo kvar till varje pris. Svaret är också beroende av vilka alternativ som finns att tillgå.

Ytterligare ett forskningsproblem rör frågan om det prediktiva värdet av det svar man får på en fråga som kräver att den svarande ska föreställa sig hur det är när omständigheterna är radikalt annorlunda än de nuvarande. Forskning från personer som varit svårt sjuka, utsatta för svåra olyckor eller liknande demonstrerar tydligt att personernas värderingar ändras med nya erfarenheter. Det är svårt för att inte säga omöjligt att som oberoende äldre leva sig in i hur det ska bli när man inte längre klarar sig på egen hand. Den tillfrågade kan inte förutse sin egen anpassning till nya omständigheter.

Ur vetenskaplig synvinkel har vi inte funnit något stöd för att det skulle, givet samma funktionsförmåga och sociala nätverk, vara bättre i meningen högre livskvalitet med insatser i det ordinära boendet jämfört med det särskilda boendet. I den ovan redovisade studien av Karlsson m.fl. (subm a) hade respondenterna i ordinärt och särskilt boende samma nivå av livskvalitet trots att de som bodde i särskilt boende var mera kritiska mot vårdens kvalitet. Liknande resultat uppnåddes i en studie av Hellström m.fl. (2004b) där ingen av de olika statistiska analyserna kunde förklara låg livskvalitet med vård i ordinärt respektive särskilt boende. Förklaringen till låg livskvalitet låg i graden av funktionsförmåga, antal hälsoproblem och socialt nätverk.

Detta ska inte tolkas som att fler bör få tillgång till särskilt boende i dess nuvarande form. Det ska emellertid tolkas som att äldres egna önskemål när de är funktionsnedsatta ska vara mera styrande. Det ska också tolkas som att gapet mellan att få vård och omsorg i det ordinära boendet jämfört med det särskilda boendet är för stort och att alternativa boendeformer däremellan skulle främja de äldres livskvalitet. Det kan också tolkas som att tiden före det att man får kommunala insatser i särskilt boende måhända skulle kunna främjas av andra typer av boenden och mera proaktiva än reaktiva insatser relaterade till hälsa och funktionsförmåga. Hur ett sådant utbud skall finansieras är en separat fråga.

Vårdkonsumtion i relation till kommunal vård och omsorg

En viktig fråga för diskussionen om hur de sista levnadsåren tillbringas och hur boendet i vid mening bäst organiseras är frågan om

hur hälso- och sjukvården är organiserad och fungerar i förhållande till de äldre. Kunskapen om hur insatser till äldre i ordinärt eller särskilt boende i relation till vårdinsatser i landstingens regi är för närvarande alltför bristfällig. Bristen på individbaserad statistik försvårar belysningen av denna interaktion. Karlsson m.fl., (2008b) studerade vårdkonsumtion i landstingets hälso- och sjukvård under ett kalenderår för personer i ordinärt respektive särskilt boende. De som hade insatser i ordinärt boende hade varit inlagda under året i 32–39 procent av fallen, oftare om de hade både informella och formella insatser (39 procent) i hemmet jämfört med 26 procent bland dem som vårdades i särskilt boende. Antalet inläggningar under året varierade mellan 1–12 om man bodde hemma (genomsnitt 2) medan det varierade mellan 1–10 (genomsnitt 1) om man bodde i särskilt boende.

Intressant nog hade 87 procent av dem i särskilt boende kontakt med öppen vård, mestadels primärvård och i genomsnitt 2 besök under året. Av dem som hade kommunala insatser i ordinärt boende hade 77 procent besökt den öppna vården. De hade oftare besökt både primärvården och specialistmottagningar på sjukhus. Siffrorna väcker många funderingar men mera forskning krävs för att förklara vad som ligger bakom resultaten. De demonstrerar emellertid behovet av att reflektera över hur medicinsk/geriatrisk vård och geriatrisk specialiserad omvårdnad av äldre i kommunal vård genomförs och organiseras.

Resultaten väcker frågor om inte alla borde ha haft kontakt med läkare under året. Det väcker också frågor om varför en större andel av dem som har kommunala insatser i det ordinära boendet blir inlagda trots att de faktiskt har en mindre nedsatt funktionsförmåga och färre hälsoproblem än dem i särskilt boende. Sammantaget demonstrerar resultaten också att frågan om boende för äldre inte kan skiljas från frågor om tillgänglighet i vård, särskilt tillgång till kompetent hälso- och sjukvård. Dessa resultat och tolkningen av dem stöds också av andra studier som genomförts i vår grupp. I studierna av Condelius m.fl. (2008, resubm) framgick att de som hade kommunal vård och omsorg jämfört med dem 65 år och äldre i samma kommun men utan kommunala insatser hade fler återkommande inläggningar under studieåret, de hade också längre vårdtider och fler diagnoser (enligt ICD).

De som hade vård och omsorg i det ordinära boendet hade fler inläggningar på sjukhus jämfört med dem som bodde i särskilt boende. De hade också längre vårdtider, flera läkarbesök i öppen

vård och stod för 65 procent av alla studerade inläggningar (totalt 8 040 inläggningar), medan de i särskilt boende stod för 35 procent av inläggningarna. Ett av de mera intressanta fynden i dessa studier var också att det fanns en grupp med 3 eller flera inläggningar under året (3–15). Denna grupp återfanns oberoende av om man inte hade kommunala insatser (14 procent), hade kommunala insatser (18,3 procent). Som väntat var det en större andel av dem som hade insatser i ordinärt boende, 21,2 procent respektive 13,8 procent för dem i särskilt boende som var återkommande inlagda på sjukhus.

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det viktigt att nå denna grupp och analysera huruvida vården skulle kunna organiseras och utföras på ett mera proaktivt sätt. Det är inte bara en samhällsekonomisk fråga utan också en viktig fråga för den enskilde och dennes livskvalitet. Särskilt som majoriteten av dessa inläggningar var akuta och därmed har de mest troligt också inneburit en situation av lidande för personen i fråga. Det finns också studier som visar att oron är stor efter en sjukhusvistelse vilket troligen mest förklaras av att personen oroar sig för om det skall hända igen och hur det skall bli då.

De sjukdomar eller diagnosgrupper som dominerade var relaterade till cirkulationssjukdomar (70,7 procent), respirationssystemet (36,8 procent), symtom eller onormala fynd som inte ingår i andra delar av klassifikationssystemet (35,7 procent), cancer (29,4 procent) samt endokrina, näringsrelaterade eller metabola tillstånd (27,9 procent). Således är det övervägande kroniska sjukdomar som orsakar upprepade inläggningar. Fallskador som ofta diskuteras i den allmänna debatten var vanligt bland dem som hade endast en inläggning, men den vanligaste inläggningsorsaken var även i denna grupp sjukdomar relaterade till cirkulationssystemet. Därmed inte sagt att fallskador inte ska förebyggas men förbättrad vård till äldre handlar även och i hög grad om hur de kroniska sjukdomarna följs och kontrolleras. För det krävs att de äldre möter personer som har kunskap och kompetens nog att kunna känna igen och åtgärda problem innan de har fått sådan omfattning att akuta insatser krävs.

I en observationsstudie där olika typer av omvårdnadsåtgärder i hemsjukvården studerades för tidsåtgång och vem som utförde dem fann vi att av 2 980 åtgärder var det endast 611 som genomfördes av sjuksköterska, dvs. 20 procent av alla åtgärder. Resten genomfördes av omvårdnadspersonal med undersköterskeutbildning eller kortare utbildning. De åtgärder som huvudsakligen

genomfördes av sjuksköterskor var vårdplanering, information till anhöriga, suturtagning, påsdialys, venös provtagning, förberedelse av läkemedel, intravenösa injektioner, sond eller motsvarande, akuta hembesök, intyg och säkerställande av läkarordination. I alla övriga insatser var det antingen annan omvårdnadspersonal eller en ungefärlig lika fördelning mellan sjuksköterska och annan omvårdnadspersonal som genomförde dem (opublicerat material). Otillräcklig kompetens kan påverka möjligheterna för att i tid upptäcka och åtgärda problem, t.ex. i samband med sårvård som nästan uteslutande sköttes av annan omvårdnadspersonal.

Analysen av vårdkonsumtion över tid pågår och är i skrivande stund inte avslutad. Men de preliminära resultaten som härstammar från tre kohorter; de som fick beslut om insatser 2001, 2002 respektive 2003, demonstrerar liknande resultat som ovan, dvs. antal inläggningar är genomgående högre för dem som får insatser i ordinärt boende. Av dem som ingick i studierna hade 43 procent varit inlagda under första året efter beslut och under tre års uppföljning hade 63 procent varit inlagda på sjukhus. Trenden var också tydlig mot en minskad frekvens av sjukhusinläggningar över de tre åren och även minskat antal besök hos läkare i öppen vård. Antalet inläggningar var signifikant högre för dem i ordinärt boende under de två första uppföljningsåren jämfört med dem i särskilt boende men var lika år tre.

Sammantaget är det en stabil trend mot lägre omfattning av hälso- och sjukvårdsinsatser över tid och ett stabilt mönster av högre konsumtion för dem i ordinärt boende. Materialet är ännu inte fullt ut analyserat. Bland annat krävs en djupare analys av effekten av dödlighet. Inom 3 år hade 47 procent av de undersökta personerna avlidit och deras genomsnittliga överlevnad efter beslut var endast 301 dagar. Resultaten väcker också frågan om huruvida de kommunala insatserna kommer för sent in i processen. Studier av Kristensson m.fl. (2007, 2008) indikerar att perioden före bistånd, särskilt de sista 4–5 månaderna innebär hög konsumtion av sjukhusvård, särskilt akuta inläggningar. Även i det materialet återfinns en grupp med hög konsumtion. Det i sin tur förstärker behovet av en fastare uppföljning av dem som är i riskzonen för återkommande akuta inläggningar oftast till följd av kroniska sjukdomar.

Vård i livets slut

Frågeställningar som rör livets slut är särskilt relevanta för den äldre befolkningen eftersom de allra flesta dör vid hög ålder eller åtminstone efter sin pensionering. För inte så länge sedan hade de flesta länder en hög spädbarnsdödlighet och därefter avled personer i en födelsekohort successivt under vuxenlivet så att den andel som uppnådde pensionsålder eller hög ålder var förhållandevis liten.

Överlevnadskurvan för kohorter födda senare under 1900-talet har ändrats så att den största andelen av dem överlever till hög ålder. Spädbarnsdödligheten har sjunkit dramatiskt och även dödligheten under vuxenlivet har gått ned. Överlevnadskurvan har därmed rektangulariserats och avslutas ganska tvärt i hög ålder, 50 procent av dem som dog 2005 var 80 år eller äldre och ytterligare en andel var 65+ (se Bravell 2008). Därmed blir döden och döende i högsta grad en fråga av hög angelägenhet för den äldre befolkningen. Det är därför anmärkningsvärt att så lite forskning riktats mot frågor som rör de äldres syn på döden och döendet och på kvalitet i livet och vården och omsorgen under denna period. Dessa frågor berör i högsta grad även boendet och delaktighet i omvärlden.

Äldres syn på döden och döendet

Från longitudinella studier är det känt att det sista levnadsåret i de flesta fall präglas av en successiv nedsättning funktionellt men även i meningen livskvalitet (Andersson 2007, Bravell 2008). För att ge högkvalitativ vård och omsorg och för att kunna erbjuda en bra livsmiljö krävs kunskap om hur äldre personer ser på den sista perioden av livet och hur de ser på döden och döendet⁶. Med sådan kunskap kan man utveckla principer för hur vården under den sista fasen i livet ska utformas. Vår såväl som andras forskning har demonstrerat att äldre är väl medvetna om att den kvarvarande perioden av livet är begränsad (se t.ex. Hallberg, 2004). Det har också varit påtagligt att de inte tänkt på döden med ångest vilket illustreras av citat från två intervjuer som genomförts med äldre (85+).

⁶ Med döden avses i denna text den tidpunkt, omedelbart före och efter att döden inträtt medan döendet avser den period som föregår döden och som kan vara kortare eller längre ibland upp till någon/några månader.

Jag tänker inte på döden. Jag tänker då och då att den återstående tiden blir mindre och mindre men själva döden tänker jag inte på

När den (döden) kommer så kommer den. Jag är förberedd varje dag numera. Man vet inte vilken dag det blir men det är så man känner. Man vet inte heller hur det känns men det är en naturlig sak. När man är i min ålder måste man vara förberedd. I själva verket har jag haft tur i livet.

Det är tänkbart att detta förklaras av ett successivt accepterande och försonande med livets villkor, att livet går mot sitt slut och har ett slut.

I en översikt över forskningen om äldres syn på döden och döendet visade det sig att det var mycket litet forskning som omfattade äldre själva och deras syn på döden och döendet och ångest inför döden. Den mesta forskningen hade genomförts i USA. Det fanns inga longitudinella studier som kunde skildra om synen på döden eller ångest inför döden förändrades under livets gång. De studier som hade genomförts var tvärsnittsstudier där ångest inför döden jämförts mellan yngre och äldre. Som väntat var den lägre bland äldre trots att sannolikheten för att den äldre snart ska dö är betydligt högre än för de yngre. Det fanns också ganska entydiga resultat som tydde på att en sårbar, mindre robust personlighet genom livet innebar en högre grad av ångest inför döden. Intressant nog visade inte socialt nätverk en entydigt skyddande funktion vilket möjligen kan förklaras av att döden i hög grad är en fråga om att skiljas åt. Inte heller kön visade sig ha någon större betydelse.

Litteraturoversikten (Hallberg 2004) omfattade både kvalitativa och kvantitativa studier och kunde därmed skildra både djupdykningar i äldres uppfattningar och bredd i urval och frågeställningar, som studerades med formulär av olika slag. Studierna som ingick skilde emellertid sällan mellan frågor som rörde döden respektive frågor som rörde döendet, vilket är problematiskt med tanke på att ångest för döden och det som på följer döden kan ha stor betydelse för ångest inför själva döendet. De få studier som fokuserat döden och efter döden har inte nödvändigtvis varit relaterade till en religiös övertygelse men ändå omfattat tankar om att något följer på döden eller att livet hänger samman på ett meningsfullt sätt med en fortsättning. I ovan nämnda intervjuer kom det till uttryck på olika sätt:

Jo, jag skall säga dig – så här – om du tittar på en blomma – den befruktas, du vet, honblomman, och resultatet av det blir ett frö som faller till marken och någonting växer fram ur det – det är livet efter detta. Det är den nya plantan och den gamla dör, försvinner, ruttar. Det är samma sak med människor, livet efter mig är mina barn. Så som människor resonerar – det skulle finnas miljoner grisar, hästar, människor och allting....

Ja, jag följer den väg, du vet, den religion jag startade med, och jag tror att den syn som innebär att det finns något efter detta är mänskliga konstruktioner av olika slag och de säger mig ingenting. Men jag tror att det finns några saker som säger mig att det kan vara en kort eller längre individuell närvaro (efter döden) och det är någonting – jag kan inte säga att jag tror på det men det är möjligt att det kan vara så...

Den mening som i litteraturoversikten tillskrevs döden har stora likheter med Eriksons teori (Erikson m.fl. 1986) om jag-integritet. I litteraturstudien kom det till uttryck i termer av generationer som binds samman, att fullborda livets cirkel, binda samman det förgångna, nuet och framtiden och där framtiden också representerade "efter döden". Det var också markant att de som ingått i studierna inte längre upplevde livet som meningsfullt.

Resultaten från litteraturstudien kan tyckas ligga långt från vård och omsorg, men jag menar att resultat av detta slag borde vara styrande och själva kärnan i vård och omsorg i den meningen att de äldres perspektiv och de frågor som är en del i deras vardag ska styra vården och omsorgens innehåll i vilket boendet är en del.

En annan betydelse handlar om att få verbalisera sina tankar och känslor vilket snarast tycks hindras av omvärldens svårigheter att handskas med döden och döendet än de äldres vilja att tala om döden och döendet och hur de vill ha det under sin sista fas i livet (se Ottosson 1999). Detta har även kommit fram i andra studier (Borglin m.fl. 2005a, Whitaker 2004) liksom betydelsen av att närstående får tillfälle att verbalisera sin oro för döden och döendet. Whitaker (2004) beskriver bland annat hur upplevelsen av att följa den äldres döende på nära håll, den fysiska nedgången och förändringen väcker den närståendes oro för åldrandets innebörd. Därmed ökar risken för att närståendes ångest inför sin död och sitt åldrande återverkar på åtgärder som rör den äldre och som kanske inte alls ligger i linje med vad den äldre önskar för sin sista period i livet.

Ängslan för döendet snarare än döden i sig

Ängslan för döendet bland äldre är betydligt mera framträdande än ängslan för döden som sådan. Det handlar om flera olika orosmoln. Den preliminära analysen av våra intervjuer tillsammans med litteraturgenomgången visar på åtminstone fem olika rädslor av stor vikt för vård och omsorg till äldre.

Rädslan för att bli dement är extremt framträdande och leder till eftertanke om hur vården av demensdrabbade framstår för äldre.

Men det finns saker i livet som är värre (än smärta), demens är en sådan. Vi känner nog alla någon som har drabbats av det – och det vore mycket värre. Jag tänker att det vore det allra värsta som kunde drabba mig – jag är inte säker på att de som drabbas lider lika mycket som de som ser det från utsidan. Jag hoppas att jag behåller ett uns av förstånd. Att sitta i en rullstol och sådant det är okey men att behålla förnuftet och kontrollen över mina tankar....

En annan källa till oro rör den förödmjukelse, avskyvärdhet och bristande värdighet som man uppfattar att åldrandet innebär, som hänger samman med den kroppsliga nedbrytningen och som man uppfattar hör ihop med döendet. Denna känsla inför den åldrande och döende kroppen kan måhända påverkas av de ungdoms- och skönhetsideal som präglar samtiden. De stämmer till eftertanke omkring nutidens värderingar.

Jag är mycket oroad över det, hemskt att ligga där, hjälplös med blöjor och allt, alla problem. Jag tänker att det är mycket obehagligt och nuförtiden får du inte komma någonstans. För i tiden kunde du komma till något ställe men nu får du stanna hemma tills du dör. Jag önskar att det kommer plötsligt och naturligtvis är jag medlem i rätten till vår död. Jag skälver vid blotta tanken – att det skall komma någon hit och hjälpa mig. Det är hjälplöshet, alltihop. Man blir avskyvärd för andra. De har inga känslor för mig – det är bara deras jobb.

Citatet demonstrerar även ett tredje orosmoln som rör förlusten av kontroll över den egna situationen och beroendet av andra för små och stora ting i vardagen. Det är en uppenbar utmaning för den offentliga vården att hjälpa äldre som behöver vård och omsorg över den tröskel som handlar om att acceptera beroende och ändå bevara sin värdighet.

Beroende och att vara hjälplös. Jag har klarat mig själv hela livet och jag tycker att det skulle vara hemskt. Jag skulle göra av med mig om jag inte klarade mig själv – det skulle jag – och min fru tycker likadant. Hon vill definitivt inte bli en grönsak.

Ett fjärde orosmoln är kanske det som vi oftast tänker på när det gäller döden och döendet och det är olika aspekter av fysiskt lidande. Det kan vara smärta, andnöd, trötthet, svårigheter med näringsintag – det som vanligen hänförs till symtomkontroll och som handlar om olika hälsoproblem som kan vara mer eller mindre plågsamma. Dessa problem oroar man sig också för om än inte lika uttalat som de tidigare nämnda.

Slutligen det sista och femte orosmolnet som kommit till uttryck i intervjuerna och i litteraturgenomgången är det som kanske är själva essensen i döden. Nämligen att skiljas från andra, de som står en nära, från det man tycker om, från själva livet och det som är kärt i livet. Således handlar inte god vård i livets slut bara om symtomkontroll utan även om att hantera existentiella frågor, balansera relationen till närstående, upprätthålla den äldres värdighet, den äldres behov av att lägga livet och oavslutade saker tillrätta, det som ligger i att fullborda livet, balansera behovet av hjälp emot upplevelsen av att känna sig som en börda för andra och behovet av att känna sig meningsfull i förhållande till andra.

Det var intressant att det också i genomgången av litteraturen kom fram resultat som innebar att uppfattningar som tas för givna inte alltid var så självklara. Dit hörde uppfattningen om att alla vill dö snabbt och plötsligt så att man slapp vara medveten och plågas. Mot det stod en uppfattning om att det var viktigt att ha tid att förbereda sig, avsluta saker och ting på ett bra sätt. Dit hörde också uppfattningen om att man skulle dö i kretsen av sin nära och kära. Problemet låg snarare i att balansera närhet till de sina mot att inte känna sig som en börda för dem och den faktiska separationen. Mot det stod rädslan för att vara ensam in i döden och rädslan för att känna sig övergiven.

Anhörigas upplevelser

Även för anhöriga är det viktigt att vara förberedd så att man skiljs åt i sorg men kan tänka tillbaka på den perioden med känslan av att det blev en fin sista stund tillsammans.

Jag hade min mamma i mina armar när hon dog. Jag satt där på sängkanten och höll henne i mina armar när hon dog. Hon kämpade lite, rosslade till på slutet. Det var en stor upplevelse faktiskt. Jag vet inte – jag känner mig inte rädd för att dö för det var ingenting. Det var som att födas. Det är så banalt, varje dag dör massor av människor och

massor föds. Men för mig var det något särskilt. Det kändes högtidligt helt enkelt.

I en avhandling av Andersson (2007) kunde upplevelsen hos anhöriga till äldre som avlidit förstås som att man var en följeslagare på övergången mot den oundvikliga döden. Man uppfattade att man hade huvudansvaret för den äldres vård oavsett var den äldre än befann sig och hade behov av att känna sig erkänd och uppmärksam av personalen.

Före sin bortgång intervjuades även de äldre och för dem var det viktigt att fortsatt leva ett värdigt liv, uppskatta och njuta av det lilla man fortfarande kunde njuta av, känna sig hemma vilket inte nödvändigtvis innebar att bo hemma, men att ha kontroll över sitt boende/hem, att fortsatt betyda något för andra och leva i ett sammanhang.

Resultat av genomförda studier

Resultaten från de olika studier som genomförts och omfattat äldre tyder på behov av att leva ett aktivt liv, av delaktighet och av gemenskap med andra. Boendet såväl som livet i boendet och den vård och omsorg man får ska rimligen därmed styras av de faktorer som beskrivits ovan. Det stämmer väl överens med principerna för palliativ vård⁷, men det är ovanligt att de principerna lyfts fram som styrande för äldres vård och omsorg. Innebörden i begreppet behöver emellertid också utvecklas och anpassas så att det stämmer väl överens med vad som är centrala problem och glädjeämnen för äldre, fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt.

De principer som allmänt förknippas med begreppet palliativ vård är främst utvecklade för personer som har cancer i terminalt skede och den mesta forskningen omkring döendet har skett inom cancervården. Det finns emellertid skillnader relaterade till bland annat symtomförekomst men även relaterade till var i livet man befinner sig och vilka frågor man existentiellt brottas med under den fasen.

Palliativ vård som modell för vård till personer med demenssjukdom tycks ha fått betydligt mera uppmärksamhet i litteraturen

⁷ Begreppet palliativ vård är i princip tillämpligt vid kroniska tillstånd och skall inte likställas med vård i livets slut. Palliativ vård kan pågå i flera år medan vård i livets slut är aktuell från det man börja ana att döden är förhållandevis nära till dess att död inträder. Det kan vara månader till dagar.

än vård till äldre i allmänhet, oavsett vilka sjukdomar personen har. Det finns emellertid ett fåtal experimentella studier där dess betydelse studerats (Sampson m.fl. 2005), vilket innebär att även inom detta område är kunskapen begränsad om hur vården och omsorgen ska utformas (Birch & Draper 2008; Blasi m.fl. 2002).

Vården av personer med demenssjukdom influerad av principerna för palliativ vård har undersökts och presenterats i en svensk avhandling (Albinsson 2002). Resultaten visar på ett antal brister relaterade till ledarskap, bristande fokus på existentiella frågor, bristande stöd till närstående och till personalen. Således fattas det både utveckling av vad som kännetecknar ett palliativt förhållnings-sätt i vården och omsorgen av äldre, försök som visar på fördelar och eventuella nackdelar, dvs. kunskap och kanske framför allt en övertygelse om att vården och omsorgen till äldre i allmänhet inklusive äldre med demenssjukdom ska bedrivas utifrån principer som omfattar mera än kompensation för praktiska hinder att upprätthålla dagligt liv. Sådan kunskap och en sådan övertygelse omfattar såväl boendet (var, hur och framförallt med vilket innehåll), som omgivningen i stort och i all synnerhet vården och omsorgens innehåll. För närvarande tycks vården och omsorgen främst ha som sikte att kompensera för nedsättningar i IADL och PADL.

Vård och omsorg sista levnadsåret

Den palliativa vårdens principer för genomförande av kommunal vård och omsorg får stöd även sett utifrån hur länge personerna lever efter det att de fått beslut om bistånd i det egna hemmet eller i det särskilda boendet. Med utgångspunkt från SNAC-data i de skånska kommunerna har frågan studerats vid flera tillfällen.

Jakobsson & Hallberg (2006) studerade två olika kohorter, de som fick ett nytt biståndsbeslut 2001 respektive 2002. Dödligheten var lika de båda åren, 30 respektive 31 procent hade avlidit inom 2 år efter beslutet. De som avled levde i genomsnitt endast 223 dagar efter beslutet. Kohorten från 2001 följdes under 3 år och av dem hade 44 procent avlidit inom de tre första åren. De levde i genomsnitt 304 dagar efter beslutet.

Condellius m.fl. (arbete i progress) undersökte dödlighet under en period av tre år och fann att 47 procent avlidit inom den perio-

den. De som avled levde i genomsnitt 301 dagar (standardavvikelse 224 dagar).

Resultaten stämmer väl överens även med de analyser som nu pågår av det longitudinella materialet. Det visade sig i de preliminära analyserna att dödligheten räknat i antal personer var större under de studerade åren bland dem som bodde hemma med insatser från kommunerna jämfört med dem i särskilt boende. I relativa tal är emellertid dödligheten större bland dem som bor i särskilt boende (Tabell 2).

Det ska framhållas att i de skånska kommuner som ingår i SNAC drivs även hemsjukvården av kommunerna. En betydande andel av dem som har kommunala insatser har både hemsjukvård och hemtjänst. Även i andra studier har man funnit att omsättningen i termer av dödlighet är stor vilket ytterligare understryker betydelsen av att äldres vård och omsorg bedrivs enligt principerna för palliativ vård.

Det sista levnadsåret är en särskilt känslig period för de äldre ur flera perspektiv, inte minst för att det i studier framgår att det under det året, särskilt det sista halvåret skett en sänkning av livskvaliteten vilket sannolikt förklaras av en tilltagande funktionsnedsättning, ett ökande antal hälsoproblem och kanske en nedsatt vilja att leva längre. God vård i det skedet väcker i allra högsta grad frågan om boende eftersom vård- och omsorgsinsatser i de flesta fall blir mera omfattande och i vissa fall även mera avancerade insatser som smärtlindring eller andra åtgärder som har till syfte att lindra lidande. Kanske är denna fas av livet den då förflyttningar är minst önskvärda. Det gäller förflyttningar mellan såväl olika boende som mellan olika vårdformer inklusive återkommande inläggningar på sjukhus. Utmaningen för närstående och för den kommunala vården och omsorgen är att kunna bereda högkvalitativ vård och omsorg i livets slut på den plats där den äldre befinner sig.

Tabell 2 Överlevnad under totalt tre år efter biståndsbeslut beroende av kommunal vård och omsorg i särskilt respektive ordinärt boende

År för beslut;	2001	2002	2003	2004
Beviljad ordinärt –respektive särskilt boende	118-100	230-97	218-100	237-77
Avled inom 1 år – %	23,9	23,9	23,3	23,9
Varav ord (%)	21 (18)	58 (25)	41 (19)	48 (20)
Varav särskilt (%)	31 (31)	20 (21)	33 (33)	27 (35)
Genomsnittligt antal dgr till död	153	122	158	165
Avled inom 2 år – %	15,6	12,2	14,5	12,7

Varav ord (%)	20 (17)	25 (11)	31 (14)	30 (13)
Varav särsk (%)	14 (14)	15 (16)	15 (15)	10 (13)
Genomsnittligt dgr till död	524	554	541	534
Avled inom 3 år – %	9,2	10,1	9,7	7,0
Varav ord (%)	11 (9)	16 (7)	18 (8)	14 (6)
Varav särsk (%)	9 (9)	17 (18)	13 (13)	8 (10)
Andel avlidna över 3 år fördelat på ord/särskilt boende	44 %/54 %	42 %/55 %	41 %/61 %	39 %/58 %

Det ordinära boendet som vårdplats blir i de flesta fall även en angelägenhet för närstående och påkallar kommunikation och förmedling av kunskap mellan närstående och de offentliga vårdgivarna och i båda riktningarna. I en japansk studie (2008) undersöktes tillfredsställelse med vården i de fall man haft tillgång till hemsjukvård till den äldre som vid undersökningstillfället var avliden. Tillfredsställelse med vården förklarades framför allt av vårdens kvalitet och relationen till doktorn oavsett om man känt oro inför hemsjukvård eller inte. Tillfredsställelse bland dem som känt oro förklarades emellertid av flera variabler utöver de ovan nämnda. Dit hörde den äldres smärtfrihet, fridfull död, den närståendes välbefinnande och att behov av insatser från hemsjukvården tillgodosattes och att så skett i enlighet med deras behov och önskemål (Akiyama m.fl. 2008). Det finns ingen anledning att tro att resultaten skulle vara särskilt annorlunda om studien hade genomförts i Sverige.

Den praktiska betydelsen av resultaten är framför allt att det finns ett genomtänkt samarbete mellan det offentliga, dvs. kommunernas vård och omsorg och hemsjukvård, landstingens medicinska vård samt de närstående som är involverade i den äldres situation. De närstående ska förstås i ett brett perspektiv, dvs. inte bara de som eventuellt bor i samma hushåll utan även de som står den äldre nära, vill bidra, kan bidra och som finns i den äldres nära krets.

Det är väl känt att sista levnadsåret ur hälso- och sjukvårdens synvinkel innebär höga kostnader, vilket förklaras av återkommande inläggningar på sjukhus och andra kontakter. Det är inte självklart att det höjer den äldres livskvalitet. Det kan även verka i motsatt riktning. Det är en utmaning att tänka sig att vården, företrädesvis, i detta skede ska komma till den äldre, särskilt i de fall då man redan har tillgång till kontinuerliga offentliga insatser i det ordinära eller det särskilda boendet.

Vårdkontakter under sista levnadsåret

Inom ramen för SNAC har det sista levnadsåret studerats beroende av om vården skett i det ordinära respektive det särskilda boendet och även för platsen där man avlider. Andersson m.fl. (2006) fann att av dem som avled ($n=1\,198$) hade 82 procent av dem som fick insatser i det ordinära boendet varit inlagda på sjukhus under sista

levnadsåret. I genomsnitt hade de varit inlagda 2,4 gånger vilket varierade mellan 1–9 episoder och i genomsnitt var de inlagda 20 dagar under det studerade året. De hade också varit på läkarbesök (genomsnitt 8) och haft andra vårdkontakter (3). För dem som bodde i särskilt boende var motsvarande siffror 1,8 inläggningar som varierade mellan 1–9 bland de 51 procent som hade varit inlagda på sjukhus under sista levnadsåret. Antalet vård dagar var i genomsnitt 9 och antal läkarbesök 5 medan andra vårdkontakter i genomsnitt var 2. Således var det en betydligt större konsumtion bland dem som hade kommunala insatser i det ordinära boendet.

En tolkning av resultaten skulle kunna vara att det särskilda boendet bättre klarar av att tillgodose de äldres behov av medicinska insatser under det sista levnadsåret än den kommunala vården i det ordinära boendet. En motsatt tolkning kan också göras. I den mån man anser att sista levnadsåret ska präglas av trygghet, att problem ska uppmärksammas och om möjligt åtgärdas och förebyggas och med så lite störningar som möjligt kan man möjligen i båda fallen, men särskilt när det gäller det ordinära boendet (oftast inklusive hemsjukvård), dra slutsatsen att det finns betydande utrymme för kvalitetsförbättringar. Detta understryks särskilt av att merparten av alla vårdepisoder skedde under de sista 4–5 veckorna av livet och i all synnerhet under den sista levnadsveckan oberoende av om man hade insatser i ordinärt eller i särskilt boende. Detta återspeglas också i att de som bodde i ordinärt boende dog på sjukhus i 38,6 procent av fallen jämfört med 17,3 procent av dem i särskilt boende.

I en pågående analys har platsen för den äldres dödsfall i förhållande till vård i särskilt respektive ordinärt boende ytterligare granskats och då över flera år. Ett ganska stabilt mönster (Tabell 3) återfinns i de preliminära analyserna. Totalt avled mellan 36,7 och 46,8 procent av vård och omsorgstagarna på sjukhus under de studerade åren. För dem som fick insatser i det ordinära boendet varierade andelen mellan 47,4–50,6 procent jämfört med 18,0–40,4 procent av dem som bodde i särskilt boende.

År 2003 visar en kraftig avvikelse för dem i särskilt boende. Om man utgår från de övriga åren ligger andelen som dör på sjukhus runt 20 procent. Det ska noteras att det dessutom finns en andel som varit inne på sjukhus och avlidit i nära anslutning till vistelsen på sjukhus. Inte sällan ser man rapporter som hävdar att andelen som avlider på sjukhus sjunkit kraftigt sedan ädelreformen infördes

vilket torde vara en missvisande jämförelse då stora delar av demensvården och vården av äldre bedrevs på kliniker och avdelningar för långvarig vård dvs. sjukhus. Den vården överfördes till kommunerna i samband med ädelreformen och fick därmed ett annat namn. För detta århundrade torde den viktigaste frågan vara i vilken mån den offentliga vården klarar att ge god vård i livet slut på den plats där den äldre befinner sig.

Tabell 3 Platsen för dödsfall hos äldre personer som avlider på sjukhus i relation till kommunala insatser i ordinärt respektive särskilt boende

	Antal avlidna på sjukhus/avlidna	Varav i ordinärt boende %	Varav i särskilt boende %	Totalt på sjukhus %
2002	36 av 98	47,4	22,0	36,7
2003	58 av 124	50,6	40,4	46,8
2004	58 av 155	50,0	18,0	37,4
2005	64 av 165	49,1	19,3	38,3
Totalt på sjukhus inkl år 2001	226 av 560	50,0	25,0	40,4

Det är troligt att bland dem som avlidit på sjukhus också finns en grupp med flera återkommande inläggningar. Det är rimligt att tänka sig att det vore bättre för den äldre att få vård och omsorg av sådan art och kvalitet att de kan tillbringa de sista veckorna och dagarna av sitt liv på den plats där de redan har varaktiga insatser. Det skulle innebära att kompetensen kommer till eller finns nära personen.

Vård- och omsorgspersonalen om varför äldre dör på sjukhus

Resultaten från analyserna ovan har diskuterats med vård- och omsorgspersonal i berörda kommuner. De för i allmänhet fram några olika förklaringar till att de äldre kommer till sjukhus i livets slutskede. Dit hör att anhöriga trycker på om transport till sjukhus, vilket möjligen kan förklaras av att de anhöriga är dåligt förberedda på att den äldres liv går mot sitt slut. En annan förklaring rör bristande tillgång på läkare som antingen inte har tid eller är oerfarna och inte vågar ta beslut eller att den ordinarie läkaren inte är tillgänglig. En tredje förklaring är personalens egen kompetens som inte upplevs som tillräcklig.

Som utomstående betraktare infinner sig ytterligare en möjlig förklaring nämligen att döden tycks komma som en överraskning både för anhöriga, personalen på plats och för behandlande läkare. Samtal med den äldre, dennes närstående om deras önskemål under sista levnadsperioden tycks inte vara en del av behandlingen i den ordinarie behandlarrelationen trots att det är väl känt att man inte lever så länge till när man passerat 85 eller 90 års ålder. Tidigare forskning har visat att äldre föredrar att tala om hur de vill ha sin sista levnadsperiod, medan behandlande läkare undviker ämnet (Ottosson 1999, sid. 297). Sådana samtal kan möjligen underlätta möjligheterna till en död, så fridfull som det går att åstadkomma. Något som sjukhusens akutmottagningar knappas kan tillhandahålla.

Sammanfattning – nutid och framtid för den äldre befolkningen?

I den tidigare texten har jag försökt demonstrera de problem och utmaningar som kännetecknar de äldstas situation. De kan förstås utifrån de faser av åldrandet som beskrivits ovan. Det är viktigt att hålla i minnet att även under den långa period som följer efter pensioneringen fram till att man avlider är villkoren mycket olika för äldre. Måhända är det den period då befolkningen är som mest heterogen.

Att bibehålla hälsa och välbefinnande

I den tidigaste fasen av åldrandet, perioden efter pensioneringen fram till att varaktiga funktionsnedsättningar börjar uppträda, är det främst två aspekter som är betydelsefulla för att bibehålla hälsa och välbefinnande. Det ena är den äldres förhållande till sin egen hälsa och livsstil. Det andra är hälso- och sjukvårdens förhållande till dem som redan utvecklat komplexa hälsoproblem utan funktionsnedsättningar och som därför är återkommande besökare/patienter i landstingens hälso- och sjukvård.

Förhållandet till den egna hälsan och den egna livsstilen rör såväl fysiska, psykiska som sociala aktiviteter, särskilt utanför den egna bostaden. Tillgången till aktiviteter, tryggheten i att röra sig i samhället och utbudet och möjligheter till social samvaro är centrala

för att upprätthålla en hälsosam livsstil. Förändringen av det egna boendet från ett boende som varit riktat mot en större familj (barn och senare barnbarn) ska förändras till ett boende som är mindre krävande ur synvinkeln underhåll och bättre anpassat till eventuella funktionsnedsättningar. Seniorboende med tillgång till service, aktiviteter, fysiskt, socialt och mentalt och vårdinsatser vid behov kan antagligen förbättra den äldres hälsa, livskvalitet och funktionsförmåga.

Dessa åtgärder, byte av bostad, aktiv och meningsfull vardag är kanske allra mest en fråga för den enskilde och inte för den kommunala vården och omsorgen. Tillgången till aktiviteter, socialt och fysiskt, och service är viktiga. Det är emellertid viktiga frågor för kommunal planering och utbudet och tillgängligheten i aktiviteter, fysiskt och socialt. Det är också en balansgång mellan att arrangera aktiviteter och boende för äldre som inte leder till segregation av äldre i förhållande till yngre i samhället.

Denna period är också i högsta grad en fråga för landstingens hälso- och sjukvård, särskilt primärvården. De behöver förhålla sig till de stora och återkommande behov av medicinska och specialiserade omvårdnadsbehov som en grupp av de äldre har till följd av kroniska sjukdomar. Det behovet kvarstår som visats i den tidigare texten genom hela åldrandeprocessen fram till döden. Det är inte nödvändigtvis samma personer men det finns en grupp med större medicinska och specialiserade vårdbehov oavsett om de har kommunal vård och omsorg, och oavsett om vård och omsorg sker i ordinärt eller särskilt boende. Den nuvarande organisationen är inte optimal ur deras synvinkel och leder till akuta insatser som måhända skulle kunna ha förhindrats med en mera proaktiv och specialkompetent vård och behandling. Seniorboende bör i likhet med andra boende erbjuda möjligheten att bo kvar till och med livets slut vilket mest är beroende av samhällets utbud av vård och omsorgsinsatser av mera kvalificerad och sekundär och tertiärförebyggande insatser på den plats där den äldre befinner sig. Det kräver att hälso- och sjukvården är flexibel.

Möjligheter till ett aktivt liv vid funktionsnedsättningar

I nästa skede, när funktionsnedsättningar tillkommit, är det lika viktigt som tidigare att ha förutsättningar att upprätthålla ett aktivt liv; fysiskt, psykiskt och socialt, vilket ställer större krav på omgiv-

ningen och större närhet till dessa aktiviteter. Bostäder och utbud av aktiviteter på nära håll som främjar en hälsosam livsstil blir ännu viktigare för att den äldre ska kunna leva ett liv som främjar bevarad funktionsförmåga och livskvalitet. Aktiviteter och möjligheter till ett socialt liv har två dimensioner, varav umgänget och aktiviteter tillsammans med barn och barnbarn är en.

Den andra dimensionen är minst lika viktig och omfattar umgänget med jämnåriga. Den riskerar att bli mera begränsad till följd av nedsatt hälsa hos dem själva och hos jämnåriga och att fler och fler i samma ålder redan avlidit. Detta blir också i hög grad en kvinnofråga, eftersom kvinnor lever längre och i högre utsträckning blivit änkor. Bostäder som erbjuder möjligheter till gemenskap och avskildhet och tillgång till aktiviteter kan fylla en viktig funktion både för livskvalitet och för att behålla funktioner så länge som möjligt. Det är lättare att dra sig tillbaka från livet när man befinner sig ensam i en lägenhet eller villa och där alla andra finns någon annanstans, än det är om gemenskap finns på nära håll. Det vore olyckligt att kalla en sådan boendeform för mellanboende då det implicit betyder att man befinner sig mellan två boenden. Trygghetsboende är måhända ett bättre begrepp och trygghet är en viktig aspekt av sådana boende. Begreppet trygghetsboende är emellertid inte optimalt eftersom den kanske viktigaste ingrediensen är att erbjuda en boendeform med kollektiva möjligheter i vilken den äldre kan leva så aktivt, fysiskt och socialt som funktionsförmågan och intresse medger och helst innebär möjligheter till att tänja på gränserna för det möjliga för att motverka en alltför snabb negativ utveckling.

I detta skede av åldrandet behövs också ett aktivt hälsobefrämjande och förebyggande arbete riktat till de boende. Det ska omfatta inte bara de som redan har omfattande hälsoproblem och kroniska sjukdomar utan också de äldre som ännu befinner sig i början av denna utveckling. Högre tillgång till äldrespecialiserad kompetens från sjukgymnaster, hälsopedagoger och sjuksköterskor borde vara en självklarhet i denna typ av boende liksom tillgång till serviceinsatser som nu sker via fixar-Malte eller liknande. Det är inte för sent att förhöja funktionsförmågan, varför specialiserade sjukgymnaster och hälsopedagoger är viktiga. Kontakten med närstående är också viktig i detta skede i den mån den äldre inte motsetter sig en sådan kontakt. Närstående, barn och ibland barnbarn är i de flesta fall involverade och har behov av kunskap och information.

Finansieringsfrågan är betydelsefull så till vida att det måste klart framgå både för de äldre, blivande äldre och närstående vad man kan förvänta sig från det offentliga skattefinansierade systemet och vad man måste ta ansvar för själv. Ett allmänt intryck i dag är att befolkningen har förväntningar som inte stämmer med vad äldre får eller kan förvänta sig att få. Det beror inte på befolkningen utan på att kommunerna är för otydliga med vad de erbjuder och hur de fattar beslut och vem som kan få vad, inte minst hur närstående vägs in i besluten. Således krävs i min mening, ett mycket tydligare budskap till befolkningen om den offentliga vården och omsorgen, samtidigt kommer utbudet och valfriheten att öka och andra aktörer kan medverka i att erbjuda tjänster till de äldre.

I livets slut

Den boendeform som utgör det s.k. trygghetsboendet ska rimligen kunna vara ett boende till livets slut. Det underlättas om det redan från början finns tillgång till specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal, som lärt känna den äldre och dennes närstående. Det innebär också att den traditionella kommunala hemtjänsten och hemsjukvården ska ges i boendet på lika villkor som i andra boendeformer.

Tillgången till kvalificerad personal och service på platsen kan innebära både mindre hälso- och sjukvårdsinsatser, särskilt i form av sjukhusinläggningar, och att särskilda boendeformer kan undvikas. Det kräver emellertid en flexibilitet i tillgången till kvalificerad personal t.ex. team som är specialiserade på vård i livets slut. Av den tidigare texten hoppas jag att det framgått att jag menar att principerna för palliativ vård, bättre utvecklat och anpassat för äldres behov och värderingar, ska vara vägledande under hela processen mot livets slut. Jag delar den uppfattning som Zwerdling m.fl. (2005) framför, att dessa principer passar särskilt väl som vägledare för vården och behandlingen av äldre och personer med kroniska sjukdomar.

För äldre med komplexa behov, små marginaler och en successiv utveckling mot fler och fler hälsoproblem är det troligen mera kostnadseffektivt med hög kompetens nära den äldre jämfört med det nuvarande, som innebär att den höga kompetensen finns på distans. Med hög kompetens menar jag inte nödvändigtvis läkare. Specialiserad vårdpersonal, t.ex. sjukgymnaster, sjuksköterskor

men även hälsopedagoger är troligen tillräckligt. De i sin tur kan upprätthålla kontakten med den behandlande läkaren.

Som anförts i den tidigare texten är det också angeläget att samtala med den äldre om hur han/hon ser på livets slut, eventuella källor till oro och särskilt önskemål för den sista fasen. Helst ska det samtalet också öppnas upp mot närstående så att döden inte ses som ett misslyckande utan ett så bra avslut som möjligt på ett långt liv.

Det särskilda boendet i sin nuvarande form är problematiskt särskilt för att det samlar en stor andel äldre med så svårt nedsatt kognitiv förmåga att de har svårt att tillsammans skapa ett aktivt fysiskt och socialt liv. Det är troligen inte hela förklaringen till att miljön ibland upplevs som skrämmande. Ytterligare en förklaring kan vara det ensidiga fokus som hemtjänst såväl som vård och omsorg tagit mot att kompensera för nedsatt förmåga till PADL och IADL. Det är menligt för andra mänskliga behov som också omfattar att vara socialt och fysiskt aktiv och att livet upplevs meningsfullt. I det särskilda boendet vilar det mera på personalen att initiera och genomföra och vidmakthålla sådana aktiviteter.

Det behövs en ideologisk diskussion om innebörden i högkvalitativ vård och omsorg till äldre. Även i fallet det särskilda boendet och för personer med demenssjukdom av mer eller mindre avancerad grad kan principerna för palliativ vård vara vägledande så som det ofta framförts i den vetenskapliga litteraturen. Det behövs troligen också en förändring så att det särskilda boendet inte blir en miljö enbart för personer med demenssjukdom på en moderat eller grav nivå. Personer med stora vårdbehov även av annat slag och behov som inte kan tillgodoses i ett så kallat trygghetsboende behöver få tillgång till kompetent personal dygnet runt.

Sammanfattningsvis menar jag att trygghetsboende kan avlasta behovet av särskilda boenden, minska vårdkonsumtion särskilt i akutvården och framför allt gagna livskvalitet och funktionsförmåga för äldre med funktionsnedsättningar. Förutsättningen är emellertid att såväl utformning som innehåll bejakar och skapar förutsättningar för den äldre att leva ett fysiskt aktivt liv och ett liv i ett socialt och meningsfullt sammanhang. Det kräver också att behovet av kvalificerade vård- och behandlingsinsatser finns att tillgå, både sekundärt och tertiärt förebyggande insatser och aktiv uppföljning inklusive sådana interventioner som gör att den äldres livskvalitet främjas. Det omfattar också insatser som bidrar till att den äldres funktionsförmåga hålls på högsta möjliga nivå. Frågan

om hur ett sådant utbud skall finansieras måste ses separat från behovet.

Tack

Ett varmt tack till alla mina medarbetare under åren för de studier som refereras till här, till de äldre som deltagit i studierna och till de finansiärer som bidragit till att genomföra studierna.

Referenser

- Akiyama, A., Numata, K., Mikami, H. (2008) Factors enabling home death of the elderly in an institution specializing in home medical care: Analysis of apprehension of the bereaved family. *Geriatric Gerontology International* 8, 73–79.
- Albinsson, L. (2002). A palliative approach to dementia care. Leadership and organisation, existential issues and family support. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 1196, Uppsala Universitet
- Andersson, M. (2007) Äldre personers sista tid i livet, livskvalitet, vård, omsorg och närståendes situation. *Lund University Dissertations, the Medical Faculty*.
- Andersson, M., Hallberg, IR., Edberg, A-K. (2006) Health care consumption and place of death among old people with public home care or in special accommodation in their last year of life. *Aging, Clinical and Experimental Research*. 19(3), 228–39
- Andersson, M., Hallberg, IR., Edberg, A-K. (2008) Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life. *Int J of Nurs Stud* 45(6) 818–828
- Blasi, ZV., Hurley, AC., Volicer, L. (2002) End-of-life care in dementia; a review of problems, prospects and solutions in practice. *Journal of American Medical Directives Association*. 3, 57–65
- Birch, D., Draper, J. (2008) A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 1144–1163.
- Borglin, G., Edberg, A-K., Hallberg, IR. (2005a) The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging studies* 42, 147–158.
- Borglin, G., Jakobsson, U., Hallberg, IR. (2005b) Self-reported health complaints and their prediction of overall and health related quality of life among elderly people. *Int J of Nursing Studies*, 42; 147–158.

- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A-K., Hallberg, IR. (2006) Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday life activities and sense of coherence. *Health and Social Care in the Community*. 14(2), 136–146.
- Bravell ME, (2008). Hjälpmönster bland de allra äldsta. Faktorer som påverkar informellt och formellt hjälpmönster bland de allra äldsta. Socialstyrelsen och Hälsohögskolan i Jönköping. www.socialstyrelsen.se
- Cohen, S & Syme SL. eds (1985) *Social Support and Health*. Academic Press Inc, New York
- Condellius, A., Edberg, A-K., Jakobsson, U., Hallberg, IR. (2008) Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 46; 41–55.
- Condellius, A., Edberg, A_K., Hallberg, IR., Jakobsson, U. Utilisation of medical health care among people 65+ – comparison between those receiving public care at home versus those in special accommodation. Resubmitted
- Edberg, A-K. 1999. The nurse-patient encounter and the patients' state. Effects of individual care and clinical group supervision in dementia care. Lund University Dissertations, the Medical Faculty
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Robinson, J., Hewitt, M., Blair, M., Williams, D., Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people; systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 323, 1–9.
- Erikson, EH., Erikson, JM., Kivnick HQ. (1986) *Vital Involvement in Old Age. The Experience of Old Age in Our Time*. WW Norton & Company, New York.
- Fagerström, C., Holst, G., Hallberg IR. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 44; 181–201.
- Ferring, D., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., Thissen, F., Weber, G., Hallberg, IR. (2004). Life satisfaction of older people in six European countries: Findings from the European study on adult wellbeing. *European Journal of Aging*. 1;15–25

- Gurner, U. (2001) *Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+ – Behov och konsumtion av slutenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser.* Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2001;6 Stockholm.
- Hallberg, I.R. (1990). *Vocally Disruptive Behaviour in Severely Demented Patients in Relation to Institutional Care Provided.* Umeå University Medical Dissertations. New series No 261. Umeå.
- Hallberg, I.R., Holst, G., Nordmark, Å., Edberg, A-K. (1995). *Cooperation during morning care between nurses and severely demented institutionalized patients.* *Clinical Nursing Research* 4, 78–104.
- Hallberg, IR (2004). *Death and dying from old people's point of view. A literature review.* *Aging Clinical and Experimental Research* 16(2) 87–103.
- Hallberg, IR., Kristensson, J. (2004) *Preventive home care of frail older people; A review of recent case management studies.* *International Journal of Older People Nursing.* (13,6b), 112–120.
- Hallberg, IR. (2006) *Palliative care as a framework for older people's long-term care.* *International Journal of Palliative Nursing*, 12(5), 224–229.
- Hauge, S., Heggen, K. (2008) *The nursing home as a home; a field study of residents' daily life in common living rooms.* *Journal of Clinical Nursing*.17; 460-7
- Hellström, Y. Hallberg, IR. (2001) *Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and life quality.* *Journal of Health & Social Care in the Community.* 9(2) 61–71.
- Hellström, Y. (2003) *Quality of life in older people receiving ADL help. Help, help providers and complaints.* Lund University Dissertations, the Medical Faculty
- Hellström, Y, Hallberg, IR. (2004) *Determinants and characteristics of help provision for old people living at home and in relation to quality of life.* *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 18,1–9

- Hellström, Y., Persson, G., Hallberg, IR. (2004a) Quality of life and health complaints in elderly people living in their own homes, with or without daily help. *Journal of Advanced Nursing*. 48(6), 584–593.
- Hellström, Y., Andersson M., Hallberg, IR. (2004b) Quality of life among old people receiving help from informal and/or formal helpers in their own home or special accommodations. *Health and Social Care in the Community*. 12(6) 504–516.
- Hulter-Åsberg K., & Sonn, U. (1989). The cumulative structure of personal and instrumental ADL: A study of elderly people in a health service district. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 21, 171–177.
- Jakobsson, U., Hallberg, IR. (2005) Loneliness fear and quality of life among elderly in Sweden. A gender perspective. *Aging Clinical and Experimental Research*. 17(6), 494–501
- Jakobsson, U., Hallberg, IR. (2006) Mortality among elderly receiving long-term care; a longitudinal cohort study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 18:503-11
- Janlöv, A-C (2006) Participation in needs assessment of older people prior to public home help. Older persons' their family members' and assessing home help officers' experience. Lund University Dissertations, the Medical Faculty.
- Johansson (1991) Caring for the next of kin; On informal care of the elderly in Sweden. Department of Social Medicine. Faculty of Medicine, Uppsala University.
- Johansson, L., Sundström, G., & Hassing, L. (2003). State provision down, off-spring's up: the reverse substitution of old-age care in Sweden. *Aging & Society*, 23, 269–280.
- Karlsson, S., Edberg, A-K., Westergren, A., Hallberg, IR. (2008a) functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs public care only. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 22, 136–148.
- Karlsson, S., Edberg, A-K., Westergren, A., Hallberg, IR. (2008b) Older people receiving public long term care in relation to consumption of medical health care and informal care. *The Open Geriatric Medicine Journal* 1, 1–9

- Karlsson, S., Edberg, A-K., Jakobsson, U., Hallberg, IR. Care satisfaction among older people receiving municipal care and service, at home or in special accommodation. Subm a
- Karlsson, S., Edberg, A-K., Hallberg, IR. Personnel's and older people's assessment of functional ability, health complaints and received care and service. Subm b
- Kristensson Ekwall, A. (2004) Informal caregiving at old age, content, coping, difficulties and satisfaction. Lund University Dissertations, the Medical Faculty.
- Kinsella, K& Velkoff, VA. (2001). An aging world 2001. www.census.gov
- Kristensson, J., Hallberg, IR., Jakobsson, U. (2007) Health care consumption in men and women aged 65 and above in the two years preceding decision about long-term municipal care. *Journal of Health and Social Care in the Community*. 15(5), 474–85.
- Kristensson, J., Hallberg, IR., Lundborg, P. (2008) Healthcare costs for people aged 65 and above two years prior to them receiving long term municipal care. *Aging and Experimental Research*. In press
- Ottosson, JO, red (1999). Patient Läkarerelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Natur och Kultur och SBU, Natur och Kultur, Stockholm
- Sampson EL, Ritchie CW, Lai R, Raven PW, Blanchard MR (2005) A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. *International Psychogeriatrics* 17(1): 31–40
- Simonsick EM., Guralnik, JM., Volpato, S., Balfour, J., Fried, LP. (2005) Just get out the door! Importance of walking outside the home maintaining mobility: findings from the women's health and aging study. *JAGS* 53, 198–203.
- Socialstyrelsen (2007). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2007. Stockholm, Socialstyrelsen (2008) Äldre – vård och omsorg år 2007. kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Statistik Socialtjänst 2008:7, Socialstyrelsen, Stockholm.

- Stenzelius, K., Westergren, A., Thorneman, G., Hallberg, IR. (2005) Patterns of health complaints among elderly 75+ in relation to quality of life and need of help. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.40, 85–102
- Stenzelius, K. Importance and performance of leisure and daily activities among older people. Manuscript
- Stuck, AE., Walthert, JM., Nikolaus, T., Bula, CJ., Hohmann, C., Beck, JC. (1999) Risk factors for functional status decline in community living elderly people; A systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 48, 445–469
- Sundström, G., Johansson, L., & Hassing, L.B. (2002). The shifting balance of long term care in Sweden. *Gerontologist*, 42, 350–355.
- Svensson, T. 1984 Aging and environment, Institutional aspects. Linköping Studies in Education Dissertations No21, Linköping University.
- Socialdepartementet DS 1989;27 Ansvaret för äldreomsorgen. Rapport från äldredelegationen, Stockholm
- Tibblin, G., Bengtsson, C., Furunes, B., Lapidus, L. (1990). Symptoms by age and Sex. The population studies of men and women in Gothenburg. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 8, 9–17.
- Thorslund, M., Parker, M (2005). Hur mår de äldre egentligen? Motstridiga forskningsresultat tyder både på förbättrad och försämrad hälsa. *Läkartidningen* 102, (43) 3119–24.
- Unger, JB., McAvay, G., Bruce, ML., Berkman, L., Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons; MacArthur studies on successful aging. *Journal of Gerontology, Social Sciences*. 543, S245–S251.
- Westerberg, O. (2008) Ellen Nilsson är fånge i sin egen lägenhet. Hon vågar inte gå ut och är för pigg för att få vårdboende. *Sydsvenska Dagbladet* 1/3 2008.
- Whitaker, A. (2004) Livets sista boning. Anhörigskap, åldrande och död på sjukhem. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan

World Health Organization. (2001). International Classification of Functional, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO

Zwerdling, T., Hamann K., & Meyers, F. (2005). Extending palliative care is there a role for preventive medicine? *Journal of Palliative Medicine*, 8, 486–489.

Äldre personers flyttningar och boendepreferenser

Marianne Abramsson och Thomas Niedomysl

Förord

Föreliggande rapport som färdigställts på uppdrag av Äldreboendedelegationen är resultatet av studier som gjorts vid Institutet för framtidsstudier och Institutet för studier om äldre och åldrande vid Linköpings universitet. Syftet med studien var att studera äldre personers flyttningar och boendepreferenser för att med utgångspunkt i dessa dra slutsatser om hur dessa kommer att se ut i framtiden. Andelen äldre ökar och år 2050 kommer andelen över 65 år att närma sig 2,5 miljoner invånare i Sverige. Deras val och preferenser kan därför komma att ha stor betydelse för vad som händer på bostadsmarknaden i olika regioner liksom vilka krav som kommer att ställas på bostadsformer, boendemiljöer och olika vård- och omsorgstjänster.

Studien bygger dels på tidigare forskning kring flyttningar, bostadsval och boendepreferenser i åldersgruppen över 55 år, dels på nya studier i syfte att fördjupa kunskaperna om äldres behov och agerande på bostadsmarknaden.

Studien har utförts av Marianne Abramsson, Institutet för studier om äldre och åldrande, Linköpings universitet och Thomas Niedomysl, Institutet för framtidsstudier på initiativ av undertecknad.

Stockholm 26 september 2008

Bo Malmberg
Institutet för framtidsstudier

Författare

Marianne Abramsson är filosofie doktor i kulturgeografi och är forskare vid Institutet för studier om äldre och åldrande i Norrköping vid Linköpings universitet. Hennes forskningsområde är bostadsmarknaden och välfärdsstaten och hon bedriver nu forskning om äldres boendepreferenser, bostadsval och bostadsomflyttningar.

e-post: marianne.abramsson@isv.liu.se

Thomas Nedomysl är filosofie doktor i kulturgeografi och är forskare vid Institutet för framtidsstudier i Stockholm. Hans forskningsintresse rör framförallt befolknings- och regionala utvecklingsfrågor, med ett särskilt fokus på flyttningar inom Sverige. Hans forskning behandlar även frågor om internationella flyttningar och platsmarknadsföring.

e-post: thomas.nedomysl@framtidstudier.se

Introduktion

Intresset för hur äldre personer flyttar och för deras boendepreferenser har blivit större i takt med att deras andel av befolkningen ökar. Hur de äldre agerar kan, på basis av deras antal, få konsekvenser för såväl bostadsmarknaden som helhet, bostadsmarknadens aktörer samt för samhällsekonomin. Det är således inte en slump att studier om äldres flyttningar, boendeförhållanden och bostadsbehov har initierats inte bara i Sverige utan även i andra länder (Bonvalet och Ogg 2007; Gaymu et al. 2006; Gierveld, de Valk och Blommesteijn 2001; Grundy 2001; SOU 2007:103; Tomassini et al. 2004; Walters 2002; Ytrehus och Fyhn 2006).

Av olika åldersgrupper är det de äldre som rör på sig allra minst. De flyttar mera sällan över längre avstånd och mellan bostäder jämfört med såväl ungdomar som barnfamiljer. Att bo kvar i en bostad där man har bott under en längre tid är det dominerande mönstret bland äldre. Kvarboende har också dominerat politiskt och har möjliggjorts genom en väl utbyggd hemtjänst och hemsjukvård som gjort det möjligt för allt fler att bo i det egna hemmet ända till livets slut. Detta har säkert varit en önskan bland många äldre men på senare tid har diskussionerna kommit att handla om variationerna i gruppen äldre och att det finns äldre som vid långvarig ohälsa och ökande ålder upplever sig som ensamma och otrygga i sitt boende. Det är således en heterogen grupp, i bostadssammanhang oftast definierad som 55 år och äldre, med olika behov, önskemål och livsstilar. Definierad på så sätt blir det naturligt att också se till olika bostadsbehov. Medan en majoritet mest sannolikt kommer att bo kvar på samma plats och i samma bostad finns det andra som söker sig ett nytt boende på en ny plats långt bort eller nära. Det kan vara till ett boende som kan vara bekvämt utan större krav på skötsel och underhåll eller ett tidigare fritidsboende, en släktgård eller en ny bostad i en för hushållet attraktiv miljö, nära barn eller andra släktingar. I samband med att barnen flyttar ut eller man går i pension minskar restriktionerna kring boendet vad gäller t ex geografiskt avstånd till arbete, barnens skola och övriga aktiviteter. Å andra sidan kan pensionen också leda till ett inkomstbortfall som istället kan begränsa valmöjligheterna på bostadsmarknaden.

Syfte, metod och material

Syftet med studien som presenteras här är att utifrån de kunskaper vi har i dag om äldres flyttningar och boendepreferenser dra slutsatser om hur dessa kommer att se ut i framtiden och hur vi kan förvänta oss att äldre kommer att agera på bostadsmarknaden.

Först ges en teoretisk bakgrund till ämnet inkluderande referenser till studier från andra länder om äldres boende. Därefter presenteras resultat från ett par empiriska studier kring äldres flyttningar och boendepreferenser. I en avslutande diskussion dras slutsatser om framtidens boende för äldre utifrån dessa.

Forskningsmaterialet utgörs av svensk och internationell vetenskaplig publikation samt ett empiriskt material i form av en enkätstudie om äldre personers flyttningar liksom intervjustudier med äldre om deras boende, boendepreferenser och hur de ser på sitt boende som äldre.

Äldres bostadsomflyttningar

Det finns en rad teorier om äldre och åldrande och om hur individer agerar när de blir äldre. En del av dessa kan användas även för att förstå äldres boendesituation, bostadsval och mobilitet. Bostadsomflyttningar hänger oftast samman med att livet på något sätt förändras, t.ex. att man bildar familj, skiljer sig eller förlorar sin partner eller att hälsan sviktar och på så sätt omöjliggör kvarboende. Teorier kring sådana flyttningar under livscykeln utvecklades av Rossi på 1950-talet (Rossi 1955). Generellt så vet vi att äldre personer bor kvar i den bostad de har haft under en längre tid och att de ogärna flyttar. Det är påtagligt att äldre flyttar mindre jämfört med yngre åldersgrupper och så har det traditionellt sett ut (Fransson 2004; Golledge och Stimson 1997; Gottschalk, Boll Hansen och Gleerup 2005). Bostaden är ofta resultatet av många års investeringar, inte minst mentalt och socialt, och ett sätt att enligt Rubinstein och Parmelee bibehålla det förflutna. När annat omkring personen förändras är platsen oftast relativt konstant och ett område där man har fortsatt nytta av de kunskaper man har förvärvat över tid (Rubinstein och Parmelee 1992). Tiden är en avgörande faktor, desto längre man har bott på en plats ju mer avvaktande är man till att lämna den (Cadwallader 1992; Clark 1982; Clark och Dieleman 1996).

Även andra teorier om åldrande kan relateras till äldre människors önskan att undvika förändringar och vara kvar i en omgivning de känner väl (Herbert och Thomas 1990; Knipscheer, van Groenou och Leene 2000; Wiseman och Roseman 1979). Kontinuitet, avståndstagande och foglighet är då ledorden för äldres beteende. Andra teorier däremot tar upp förbättrad hälsa, ökad medellivslängd och en aktiv livsstil som snarare understryker den möjlighet äldre har att förändra sitt liv och börja om på nytt, vilket t.ex. skulle kunna vara att välja en ny boendeform eller boendemiljö (Herbert och Thomas 1990; Novak 1997; Thornstam 2005; Thorson 2000; Wiseman och Roseman 1979). Hagberg har diskuterat och summerat en del av dessa teorier kring åldrandet i relation till boendesituationen (Hagberg 2005). Andra modeller som på liknande sätt syftar till att förstå äldres flyttningar har presenterats (Longino Jr 2001).

På senare år har 40-talisterna allmänt diskuterats i olika sammanhang t.ex. vad avser konsumtionsmönster men även avseende vilka krav de kommer att ställa på det omgivande samhället. I ett antal studier har den här gruppens bostadsomflyttningar samt boendepreferenser studerats i Sverige och andra länder (Abramsson och Berg 2004; Biggs et al. 2007; Bonvalet och Ogg 2007). Generellt har gruppen högre inkomster än äldre kohorter, högre utbildningsnivå och högre skilsmässofrekvens (det senare innebär att de redan tidigare har brutit upp från ett boende). Det är också den första gruppen som i större utsträckning bodde i egna lägenheter när de lämnade föräldrahemmet, dvs. de flyttade inte hemifrån främst i samband med giftermål eller bodde som inneboende. Har man flyttat flera gånger tidigare i livet blir ytterligare en flytt senare i livet inte ett så stort steg (Urry 2001; Bonvalet och Ogg 2007).

Förändringar som kan leda till att man omprövar sin bostadsituation när man blir äldre är t.ex. då barnen har lämnat föräldrahemmet och man inte längre primärt behöver väga in också deras intressen i boendesituationen. En annan förändring inträder då man går i pension och avståndet till arbetsplatsen inte heller är avgörande för valet av bostad utan även i det här fallet minskar antalet restriktioner som har präglat ett tidigare bostadsval, beroende på inkomst, familjesituation och i vilken utsträckning man är knuten till bostaden och platsen. Försämrade hälsa eller förändrade ekonomiska förhållanden i samband med pension kan däremot reducera valmöjligheterna på bostadsmarknaden. Gruppen äldre inkluderar också en stor grupp ensamstående kvinnor med liten pension.

Att det finns ett ökat intresse för äldres boendesituation har varit tydligt sedan i början av 2000-talet då t.ex. antalet seniorboenden i olika former har ökat. Det har också skett en geografisk spridning då den typen av bostäder tidigare främst förekom i storstäderna men nu också återfinns i mindre kommuner och på mindre orter. Det finns således nu en efterfrågan och betalningsvilja även där. I många, framför allt mindre, kommuner har det tidigare saknats alternativ till enfamiljshusen för dem som vill flytta från sin bostad men som ändå vill bo kvar i det lokala bostadsområdet. I några kommuner har man, som ett resultat av förbättrad ekonomi under senare år, kunnat bygga tillgängliga (dvs. i markplan eller med hiss) bostäder i hyres- eller bostadsrätt och man ser att dessa i stor utsträckning hyrs eller köps av äldre hushåll som söker ett alternativ till villan eller till andra bostäder med sämre tillgänglighet. Det har således funnits ett uppdämt bostadsbehov som inte tidigare har kunnat tillfredsställas.

Olika boendeformer för äldre – ett ökande intresse

Vi kan konstatera att det stora flertalet äldre bor i vanliga bostäder i hyres-, bostads-, eller äganderätt och inte i bostäder särskilt avsedda för äldre. Sådana har funnits under lång tid men har i första hand varit avsedda för dem med någon form av hjälp- eller vårdbehov eller för särskilda grupper. Under senare år har intresset ökat för boendeformer särskilt för äldre t.ex. seniorboenden i olika former, dvs. kategoribostäder inom det ordinära bostadsbeståndet. Dessa har i sin nuvarande form funnits sedan i slutet av 1980-talet och finns i hyres- eller bostadsrätt, ett antal kollektivhus och på senare år även som kooperativ hyresrätt (Paulsson 2008).

Seniorboende finns dels som en del i det ordinarie utbudet av bostäder i olika bostadsområden där det enda som utmärker dem är *åldersfaktorn*, dvs. att man ska ha uppnått en viss ålder samt ej ha hemmaboende barn, *tillgängligheten*, dvs. att bostaden ska vara tillgänglig även för personer med nedsatt rörelseförmåga och i vissa fall att det finns tillgång till *gemensambetsutrymmen*. Dels fanns det redan från början boenden där centrala lägen, närhet till service och kommunikationer, mer påkostad inredning, övernattningsslägenheter för gäster, bastu etc. var en del i boendet som därmed var dyrare. Den här typen av boenden har på senare år också i större utsträckning kommit att erbjudas av kommunala bostadsföretag i

allt fler kommuner i landet. Det har också byggts seniorboenden i anslutning till vård- och omsorgsboende med möjlighet att utnyttja den service och verksamhet som finns där. Man kan anta att de här boendena lockar olika grupper av äldre.

Tanken med boendet är att det ska skapas en gemenskap mellan de boende. Servicenivån i boendet varierar men gemensamma aktiviteter är i huvudsak upp till de boende själva att organisera och arrangera ibland med hjälp av en seniorvård anställd av bostadsföretaget. Denna hjälper till att starta och hålla igång verksamheter inom de boendes olika intresseområden såsom läsecirklar, föredrag, resor, café dagar etc. Det finns en skillnad mellan bostadsrätt och hyresrätt där verksamheten i en bostadsrättsförening uppstår mer spontant i syfte att generellt hålla föreningen igång (Nilsson Motevasel 2006; SABO 2007). I en del seniorboenden finns det lokaler för olika företag eller verksamheter och det finns exempel på boenden där restauranger, frisörer och fotvård har etablerat sig. Ofta är de då öppna inte bara för de boende utan även för utomstående (SABO 2007). I andra förmedlar bostadsföretaget kontakter med företag för t.ex. catering, städning, resor, semesterlägenheter, biluthyrning etc. som man då kan få tillgång till ett reducerat pris.

Det som särskilt har uppmärksammats på senare år är att det finns ett behov av olika typer av boenden för äldre mellan kvarboendet i vanlig hyresrätt eller småhus och det särskilda boendet till vilket man inte kan flytta utan biståndsbedömning, och där i dag flertalet av de boende är i stort behov av medicinsk vård och omsorg. Det finns också exempel på nya former av boenden för äldre aktörer på bostadsmarknaden såsom nybyggnation av mindre villor (70–110 m²) med lättskötta trädgårdar liksom sammanlutningar av individer och hushåll som går samman och planerar för ett boende såväl genom helt privata alternativ som i form av bostads- eller hyresrätter i samverkan med olika bostadsföretag.

Studier har också visat på att det finns ett ökat behov av boendeformer bland äldre som inte längre vill bo kvar i till exempel en villa, som de upplever inte längre passar dem (Abramsson och Berg 2004). Seniorboendet eller motsvarande kan då erbjuda ett alternativ då man räknar med att boendet kommer att vara ganska lugnt, något som poängteras på olika sätt.

Den demografiska förändringen förklarar till viss del det ökade intresset för seniorboenden men antagandena om att den växande andelen äldre också skulle ställa större krav på sitt boende, liksom

på andra områden, och ha en större betalningsvilja och förmåga är också en del av förklaringen till det ökade intresset inte minst från bostadsföretagens sida. Ett antal rapporter har diskuterat attityd- och livsstilsförändringar bland 40-talisterna (Majanen et al. 2007; Malmberg och Lindh 2000; SABO 2000; Vinnova 2008).

Allteftersom välfärdsstaten utvecklades under 1900-talet kom basbehoven att tillfredsställas för det stora flertalet och frågor om livskvalitet har kommit att få ett allt större utrymme även inom boendesektorn. Detta kan beskrivas som en värdeförskjutning där andra värden har kommit att ges större betydelse (Inglehart 1997). Att "bara" bo är inte längre tillräckligt utan boendet tillskrivs nu också en rad andra värden. Det finns en del tecken på att bostaden allt mer kommit att bli en "konsumtionsvara" som byts ut allteftersom behov och preferenser förändras över livscykeln. Framför allt är inte det egna huset som många flyttar till i samband med familjebildning nödvändigtvis det livsprojekt det en gång var utan man är beredd att byta ut det mot ett annat boende som passar livssituationen bättre, även om de flesta bor kvar i många år. Särskilt diskuteras 40-talisterna i sådana sammanhang och det är således inte en slump att intresset för olika seniorboendeformer från bostadsföretagens sida har ökat på senare år. Det är en intressant kundgrupp för bostadsföretagen och för medelålders och äldre ger ett ökat utbud större möjligheter att välja bland olika boendeformer som passar för den fas i livet man befinner sig. Att det finns ett sådant intresse har visat sig i tidigare studier (Abramsson och Berg 2004) liksom i det ökande antalet boenden som har byggts med äldre i fokus.

Särskilt boende – ett vård- och omsorgsboende

Av alla över 65 år bor drygt 6 % i särskilt boende, eller vård- och omsorgsboende. Majoriteten av dessa är över 80 år och kan inte längre bo kvar i eget boende. Flertalet är multisjuka eller har någon form av demenssjukdom. I flera kommuner med brist på den här typen av boende pågår det nu en utbyggnad för att täcka behov som redan finns. Under de närmsta åren kommer de allra äldsta, den gruppen som är i störst behov av den här typen av boende, inte att öka i antal men i ett längre perspektiv kommer behoven att öka igen då gruppen blir större.

I korttidsboenden som ofta ryms inom det särskilda boendet samlas olika grupper alltifrån dem med behov av växelboende under kortare eller längre tid (ibland under flera år) och rehabilitering till dem som kommer in för att vara där under sin allra sista tid. Det är på så vis ett problematiskt boende där en rad olika behov möts under samma tak och behöver hanteras av samma personal.

Äldres flyttningar – resultat från en enkätstudie

Information om varför äldre svenskar flyttar är hämtad från en enkätundersökning som genomfördes våren 2007. I undersökningen hade personer valts ut som under 2006 flyttat längre än 20 kilometer (riktigt kortväga flyttningar ingår alltså inte). I det material som analyseras i föreliggande studie ingår endast respondenter i åldrarna 55–74 år, totalt sett 1 832 personer (svarsfrekvens 61 %). Enkäten bestod av ett fyrtiotal frågor som möjliggör analyser av de viktigaste orsakerna till att äldre flyttar, men ger även möjlighet att gå närmare in på frågor som rör upplevt resultat av flytten och faktorer som påverkade beslutet att flytta. Vi kan också få en inblick i hur själva boendet förändrats i samband med flytten exempelvis om man väljer att flytta från villaboende till ett mindre boende i hyres- eller bostadsrätt och om boendekostnaderna ökat eller minskat. Ytterligare information om enkätstudien går att finna i Niedomysl och Malmberg samt Niedomysl (Niedomysl 2008; Niedomysl och Malmberg 2008). I de följande analyserna har respondenterna delats in i två åldersgrupper: 55–64 år och 65–74 år. I vissa fall görs även jämförelser med en yngre ålderskategori (45–54 år).

Varför flyttar de äldre?

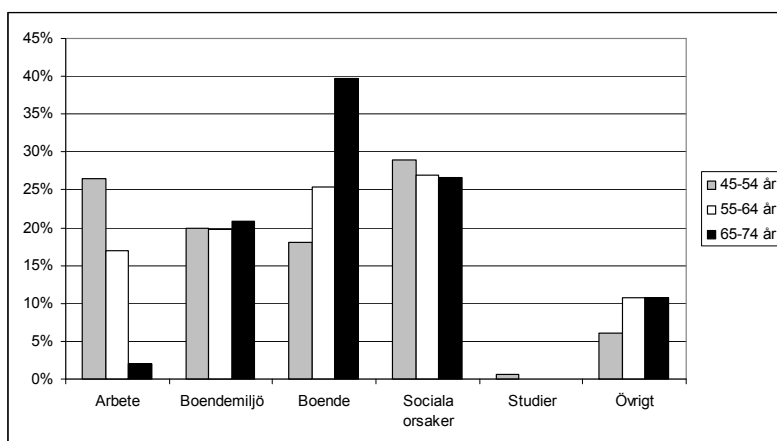
Att flytta är en stor händelse i de flesta människors liv, en händelse som kan utlösas och påverkas av en mängd olika faktorer. Det är därför inte en alldeles enkel sak att analysera varför människor flyttar. Exempelvis kan orsakerna till varför en flyttare väljer att flytta *från* en plats skilja sig från orsaker som gör att samma flyttare väljer att flytta *till* en plats. Därutöver kan det nämnas att vissa personer uppger flera orsaker medan andra personer kanske endast väljer att nämna en orsak (även om det vanligtvis finns flera bak-

omliggande faktorer som påverkar beslutet att flytta). I föreliggande analys har vi gjort det enkelt för oss och låtit respondenterna, med sina egna ord, svara på den öppna frågan "Vilken var den viktigaste orsaken till att du flyttade?". Dessa svar, som respondenterna själva skrev ned, har därefter analyserats och sammanställts i sex olika övergripande kategorier av flyttmotiv. Ser man till hela gruppen av äldre flyttare (55–74 år) finner man att den vanligaste orsaken till flytt är boende (30 %). Tätt därefter följer sociala orsaker (27 %) och boendemiljö (20 %). En något förvånande stor andel har uppgett arbete som den viktigaste orsaken till flytt (12 %) och cirka 11 % har angett svårkategoriserade svar som hamnat i kategorin "övriga orsaker". Men detta är en väldigt generaliserad bild. Vi skall i det följande därför analysera flyttmotiven mer ingående.

I figur 1 nedan visas de viktigaste flyttmotiven fördelade på tre ålderskategorier (45–54, 55–64 och 65–74 år). Då uppvisas en betydligt större variation. Den yngsta åldersgruppen (45–54 år) har en stor andel arbetsrelaterade flyttare (26 %) medan den äldsta åldersgruppen (65–74 år) endast har 2 % som angett arbete (i de flesta fall handlar det vad gäller de äldre om att pensionering från arbete möjliggjort/tvingat fram en flytt, men det kan även relatera till flyttarens partner). Oavsett ålder så tycks *boendemiljöns* betydelse vara framträdande vilket uppgetts av cirka 20 % i samtliga tre ålderskategorier. Med boendemiljö avses flyttare som uppgett att de flyttat pga. att de ville byta miljö, ville komma i åtnjutande av kultur och service i stadsmiljö, flytta till landet/komma närmare naturen eller annat som rör boendemiljön. Den mest iögonfallande skillnaden finns dock vad gäller *boende* (framförallt personer som angett att de ville flytta till en mindre/mer lättskött bostad, få en större bostad, bostadsekonomi, grannar eller annat bostadsrelaterat). I den äldsta åldersgruppen har hela 40 % uppgett boende som den viktigaste orsaken till flytt (varav en stor andel, 16 % angett att de flyttade till mindre/enklare boende), vilket skall jämföras med 25 % för dem i åldrarna 55–64 år och 18 % för dem i åldrarna 45–54 år som uppgett boende som den viktigast orsaken. En annan mycket viktig orsak till flytt rör *sociala orsaker* (framförallt bildande eller upplösande av hushåll, flytta närmare släkt/vänner eller annan social orsak). Även om andelen flyttare som angett detta som orsak inte tycks skilja sig mycket mellan åldersgrupperna (varierar mellan 29 % och 27 %) så finns det intressanta skillnader om man går djupare in på vad flyttarna svarat. I den yngsta ålders-

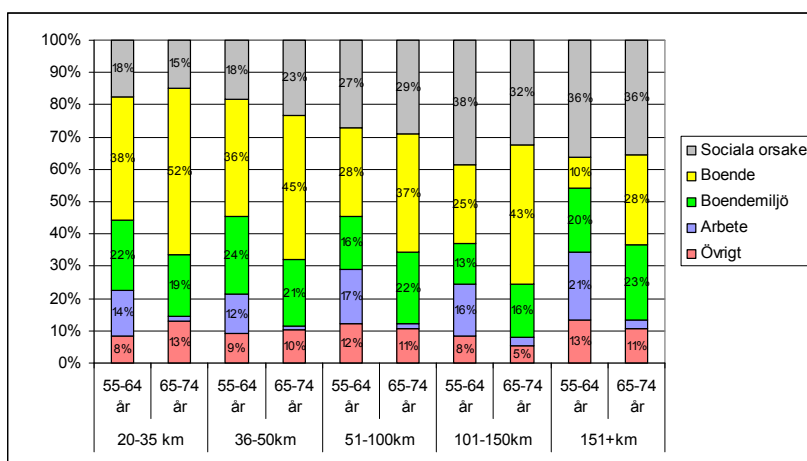
gruppen (45–54 år) handlar majoriteten av svaren om hushållsbildning (vilket inte alls är framträdande för de äldre åldersgrupperna). I den äldsta åldersgruppen handlar svaren istället mestadels (21 %) om att man flyttat för att komma nära familj och anhöriga (i åldersgruppen 55–64 år är motsvarande siffra 14 % och för 45–54 åringarna 7 %). Några större könsmissiga skillnader i flyttmotiv går inte att finna mellan de två äldsta åldersgrupperna. Med ett undantag. Det är betydligt vanligare att kvinnor i åldern 65–74 år uppger sociala orsaker som förklaring till varför de flyttat (31 %) jämfört med de jämnåriga männen (22 %). Männen i sin tur uppger oftare boendemiljö som skäl till flytt.

Figur 1 Viktigaste orsaken till flytt



Även om utrymmet i denna rapport är begränsat finns det skäl att fördjupa analysen av flyttmotiven ytterligare. Anledningen är att flyttningar skiljer sig väldigt mycket från varandra beroende på hur långt man flyttar. En kortare flytt är sannolikt inte lika omvälvande som en längre flytt och de sker heller inte av samma orsaker. I figur 2 visas därför flyttmotiven i relation till vilket avstånd som flytten skett över (fem kategorier från 20–35 km till 150+ km).

Figur 2 Viktigaste orsaken till flytt över olika flyttavstånd



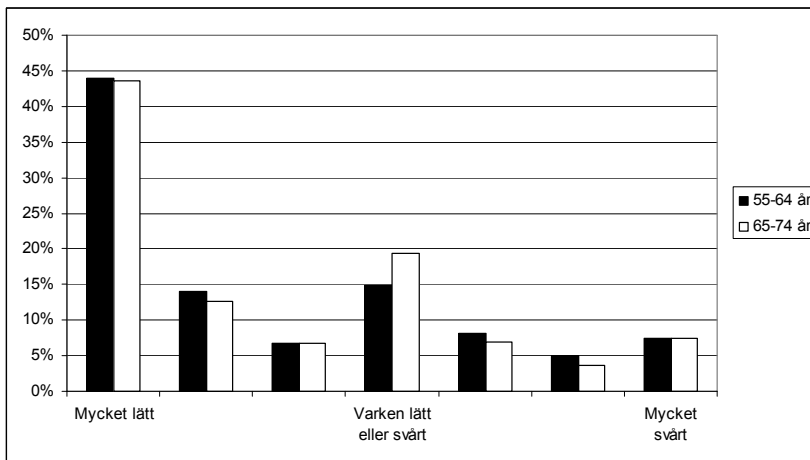
Några intressanta skillnader är noterbara (även om det kan nämnas att yngre flyttare uppvisar större variation vad gäller flyttmotiv över olika avstånd). Först och främst är det tydligt att andelen svar som rör sociala orsaker ökar markant ju längre flytten är. För riktigt långväga flyttningar utgör de mer än en tredjedel av orsakerna. Boende uppvisar motsatt mönster – åtminstone för flyttare i åldern 55–64 år – där andelen boenderelaterade flyttningar är vanligast över korta avstånd. Detta gäller dock inte i samma utsträckning för flyttare i åldern 65–74 år. För denna åldersgrupp tycks bostaden vara av konstant stor betydelse oavsett avstånd (de allra längsta flyttningarna dock undantagna där boendeflyttningarna utgör 28 % vilket skall jämföras med 52 % för de allra kortaste flyttningarna). I övrigt verkar det som om flyttmotiven inte varierar särskilt mycket över avstånd, men då bör man komma ihåg att vi här har använt oss av ganska generaliserade kategorier av flyttmotiv.

Är flyttarna nöjda med resultatet av flytten?

Även om beslutet att flytta är ett stort beslut så visar enkätresultatet att en klar majoritet av flyttarna upplever att det var ett lätt eller till och med mycket lätt beslut att fatta (figur 3). Det finns naturligtvis flyttare som upplever att det var ett mycket svårt beslut, men de är i minoritet. Några skillnader mellan de två ålders-

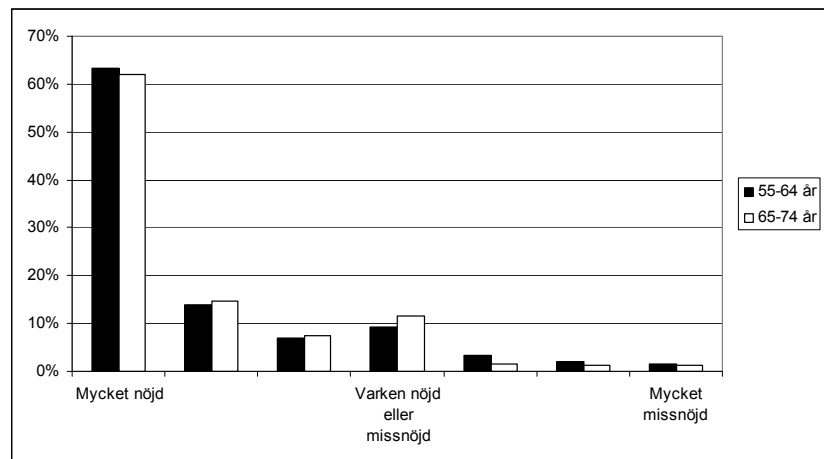
grupperna (55–64 och 65–74 år) är inte märkbara och detsamma gäller skillnader mellan män och kvinnor.

Figur 3 Var det lätt eller svårt att ta beslutet att flytta?



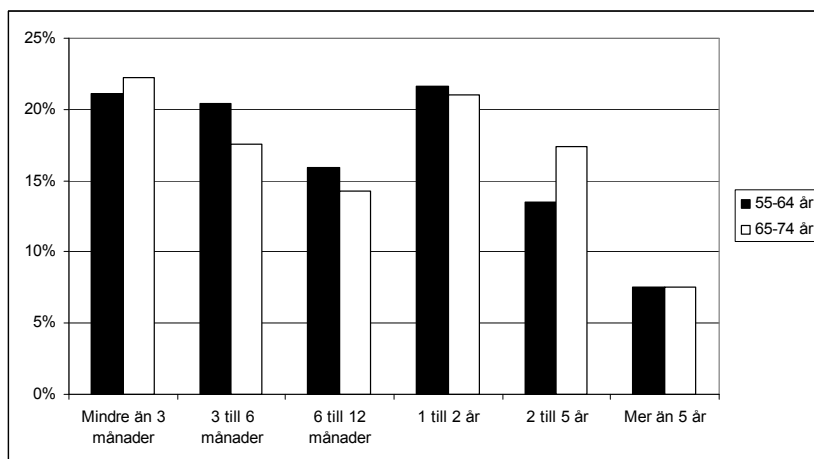
Ett glädjande resultat – i likhet med vad som uppvisats i de flesta flyttstudier – är att en klar majoritet av flyttarna upplever sig vara mycket nöjda med resultatet av sin flytt (figur 4). Endast ett fåtal personer säger sig vara missnöjda. Inte heller vad gäller nöjdhet finner vi några skillnader mellan de två åldersgrupperna eller mellan män och kvinnor.

Figur 4 Sett till helheten, hur nöjd eller missnöjd är du så här i efterhand med din flytt/att du flyttade?



Studerar man hur länge flyttarna funderade på att flytta innan de faktiskt flyttade är det uppenbart att det finns betydligt större variation (figur 5). En ansenlig andel (22 %) hade endast övervägt att flytta i mindre än tre månader innan flytten ägde rum och 19 % hade funderat i tre till sex månader. Andelen som funderat i sex till tolv månader var 15 %; 21 % för dem som funderat i ett till två år och 15 % hade funderat i två till fem år. En mindre andel (8 %) hade övervägt att flytta i mer än fem år. Det finns således personer som inom en väldigt kort tidsrymd kommit på att de skulle flytta och samtidigt finns det de som tagit betydligt längre tid på sig.

Figur 5 Ungefär hur lång tid funderade du på att flytta innan du faktiskt flyttade?



Vilka faktorer påverkar beslutet att flytta?

Som tidigare nämnts kan en mängd olika faktorer, i varierande grad, påverka en människas beslut att flytta. I enkäten tillfrågades flyttarna hur betydelsefulla nio olika faktorer var vid beslutet att flytta: boendekostnaderna, boendets omgivning/området, bostaden, närhet till släkt, närhet till vänner, kultur/nöjesutbud, utomhusaktiviteter/naturupplevelser, kommunikationer och hushållets ekonomi. Av dessa faktorer är frågor som rör själva boendet viktigast och särskilt bostadens omgivning vilket 58 % har angett som varandes av stor eller helt avgörande betydelse för flyttbeslutet (tabell 1). Nästan lika viktigt tycks själva bostaden vara (55 %), men boendekostnaderna verkar å andra sidan inte vara lika betydelsefulla. Endast 28 % svarade att kostnaderna var av stor eller avgörande betydelse.

Närhet till släkt tycks bli viktigare ju äldre flyttaren blir. Bland personer i åldrarna 55–64 hade 34 % angett att närhet till släkt var mycket viktigt eller viktigt. I den äldre åldersgruppen (65–74 år) var motsvarande siffra 45 %. Jämför man detta med en ännu yngre åldersgrupp av flyttare (45–54 år) var det endast 27 % som angett samma sak. Även närhet till vänner tycks bli viktigare med ökande ålder, även om det endast är en fjärdedel av de äldsta flyttarna som i

enkäten svarat att närhet till vänner hade en stor betydelse eller var helt avgörande för beslutet att flytta.

Varken kultur/nöjesutbud, kommunikationer eller hushållets ekonomi tycks spela någon avgörande roll för de flesta äldres beslut att flytta (om än hushållets ekonomi i något mindre grad). Däremot har en relativt stor andel av de äldre flyttarna lagt vikt vid utomhusaktiviteter/naturupplevelser. 45 % av flyttarna har svarat att denna faktor var av stor eller helt avgörande betydelse för deras flyttbeslut.

Tabell 1 Betydelsen av olika faktorer vid flyttbeslutet

Hur stor betydelse hade följande saker för ditt beslut att flytta?		55-64 år	65-74 år
Boendekostnaderna skala 1-5	Ingen betydelse	31%	27%
	Liten betydelse	16%	17%
	Viss betydelse	25%	27%
	Stor betydelse	20%	18%
	Helt avgörande	8%	10%
Bostadens omgivning/område skala 1-5	Ingen betydelse	20%	18%
	Liten betydelse	6%	9%
	Viss betydelse	16%	16%
	Stor betydelse	38%	40%
	Helt avgörande	20%	18%
Bostaden skala 1-5	Ingen betydelse	21%	18%
	Liten betydelse	7%	9%
	Viss betydelse	19%	19%
	Stor betydelse	40%	37%
	Helt avgörande	14%	18%
Närhet till släkt skala 1-5	Ingen betydelse	34%	29%
	Liten betydelse	11%	11%
	Viss betydelse	21%	16%
	Stor betydelse	20%	25%
	Helt avgörande	14%	20%
Närhet till vänner skala 1-5	Ingen betydelse	35%	33%
	Liten betydelse	18%	17%
	Viss betydelse	27%	25%
	Stor betydelse	17%	19%
	Helt avgörande	4%	7%
Kultur-/nöjesutbud skala 1-5	Ingen betydelse	38%	36%
	Liten betydelse	22%	20%
	Viss betydelse	24%	27%
	Stor betydelse	14%	16%
	Helt avgörande	1%	2%
Utomhusaktiviteter/naturupplevelser skala 1-5	Ingen betydelse	26%	22%
	Liten betydelse	11%	10%
	Viss betydelse	18%	24%
	Stor betydelse	35%	35%
	Helt avgörande	10%	10%
Kommunikationer skala 1-5	Ingen betydelse	45%	47%
	Liten betydelse	13%	9%
	Viss betydelse	20%	20%
	Stor betydelse	17%	20%
	Helt avgörande	5%	4%
Din/hushållets ekonomi skala 1-5	Ingen betydelse	34%	38%
	Liten betydelse	11%	11%
	Viss betydelse	27%	25%
	Stor betydelse	24%	18%
	Helt avgörande	6%	7%

Hur förändras boendet i samband med flytt?

Före flytten bodde den största andelen av de äldre i äganderätt (39 %) följt av hyresrätt (33 %) och bostadsrätt (22 %) (tabell 2). Endast ett fåtal personer hyrde i andrahand, var inneboende eller hade annat boende. Några skillnader mellan de två grupperna av äldre flyttare (55–64 och 65–74 år) är ej märkbara, men jämför man med en ännu yngre grupp av flyttare (45–54 år) är det betydligt färre av de yngre som bor i äganderätt men desto vanligare att bo i hyresrätt. I samband med flytt förändras de äldres boende noterbart och särskilt vad gäller den äldsta åldersgruppen. Här minskar andelen boende i äganderätt kraftigt till förmån för bostadsrätt och hyresrätt (varav den sistnämnda blir den vanligaste boendeformen). Flyttare i åldern 55–64 år tycks däremot inte ändra sitt boende i lika stor utsträckning.

Tabell 2 Boendesituation före och efter flytt

Boendesituation före flytt		45-54 år	55-64 år	65-74 år
Vilken typ av bostad hade du innan din flytt?	Äganderätt	35%	45%	47%
	Bostadsrätt	17%	18%	18%
	Hyresrätt	39%	31%	30%
	Hyrde i andra hand	2%	1%	1%
	Inneboende (i föräldrahem eller annat)	3%	1%	1%
	Annat	4%	4%	4%
Vilken typ av hus bodde du i innan din flytt?	Villa/småhus/lantgård	46%	52%	51%
	Radhus/kedjehus	9%	7%	11%
	Lägenhet (i flerfamiljshus)	45%	40%	37%
	Annat (tex korridors- eller institutionsboende)	0%	0%	0%
	Mycket prisvärt	33%	41%	34%
Hur prisvärt tycker du att ditt tidigare boende var?	Ganska prisvärt	42%	38%	42%
	Knappast prisvärt	12%	10%	12%
	Inte alls prisvärt	8%	5%	5%
	Ingen åsikt	5%	5%	7%
Boendesituation efter flytt		45-54 år	55-64 år	65-74 år
Vilken typ av bostad flyttade du till?	Äganderätt	34%	42%	34%
	Bostadsrätt	18%	21%	25%
	Hyresrätt	41%	31%	36%
	Hyrde i andra hand	2%	1%	1%
	Inneboende (i föräldrahem eller annat)	3%	1%	2%
	Annat	3%	5%	3%
Vilken typ av hus flyttade du till?	Villa/småhus/lantgård	43%	52%	40%
	Radhus/kedjehus	7%	9%	12%
	Lägenhet (i flerfamiljshus)	50%	39%	48%
	Annat (tex korridors- eller institutionsboende)	0%	0%	1%
	Mycket prisvärt	34%	40%	35%
Hur prisvärt tycker du att ditt nuvarande boende är?	Ganska prisvärt	47%	46%	49%
	Knappast prisvärt	13%	9%	8%
	Inte alls prisvärt	4%	2%	3%
	Ingen åsikt	3%	3%	6%

Förändringar i upplåtelseform hänger naturligtvis samman med vilken typ av hus man väljer att bosätta sig i och det är föga överraskande att andelen boende i villa/småhus/lantgård minskar kraftigt bland de äldsta flyttarna (från 51 % före flytt till 40 % efter flytt). Detta sker framförallt till förmån för lägenhetsboende (i fler-

familjshus) som ökar från 37 % till 48 %. Intressant är att några liknande förändringar i boendetyp inte är märkbara för flyttare i ålder 55–64 år, som generellt sett bor kvar i samma typ av boende.

Vad gäller boendets prisvärdhet kan man konstatera att de flesta respondenter ansåg att deras boende var mycket prisvärt (39 %) eller åtminstone ganska prisvärt (40 %) före flytten. Det förefaller som om boendet efter flytten blivit marginellt mer prisvärt med 38 % som anser att det nu är mycket prisvärt och 47 % som anser att det är ganska prisvärt. Det är den yngre äldregruppen (55–64 år) som anser sig ha det mest prisvärda boendet (såväl före som efter flytt).

En fråga ställdes också om huruvida boendekostnaderna ökat eller minskat efter flytten där respondenterna ombads tänka på totalkostnaden (inkluderat exempelvis värme och sophämtning). Utifrån svaren kan man konstatera att ungefär lika stora andelar av flyttarna anser att deras boendekostnader ökat som de som anser att boendekostnaderna minskat. Några större skillnader mellan de båda åldersgrupperna är ej noterbara.

I enkäten ställdes även frågor om huruvida man tidigare besökt den ort man flyttade till samt om man kände någon där (tabell 3). Det visar sig att endast en mindre andel (8 %) inte hade besökt platsen innan man bestämde sig för att flytta dit. Cirka 9 % hade besökt platsen en gång, 17 % hade gjort besök där två till fyra gånger tidigare och 7 % hade besökt platsen fem till tio gånger. En klar majoritet (cirka 60 %) hade alltså god kännedom om den plats de valde att flytta till. De allra flesta flyttare tycks också ha utvecklade sociala kontaktnät på den plats dit de flyttade. Hela 39 % uppger att de kände fler än 10 personer även om man bör notera att 25 % inte kände någon på platsen man valt att flytta till. Några större skillnader, med avseende på tidigare besök och sociala kontakter på platsen dit man flyttade, är inte märkbara mellan de båda åldersgrupperna.

Tabell 3 Tidigare besök på inflyttningsplatsen respektive sociala kontakter där

		55-64 år	65-74 år
Hade du besökt platsen innan du bestämde dig för att flytta dit?	Nej	8%	6%
	Ja, besökt 1 gång	8%	10%
	Ja, besökt 2-4 gånger	17%	17%
	Ja, besökt 5-10 gånger	6%	10%
	Ja, besökt fler än 10 gånger	61%	57%
	Kände du någon på den plats du flyttade till?	Nej	26%
	Ja, 1 person	6%	6%
	Ja, 2-4 personer	15%	18%
	Ja, 5-10 personer	14%	14%
	Ja, fler än 10 personer	39%	39%

Förväntningar om framtida flyttningar

En ledtråd till vad vi kan se fram emot av vad gäller äldres framtida flyttningar får vi genom att undersöka huruvida flyttarna själva ser på om de kommer att flytta. På enkätfrågan om man planerar att flytta igen inom de närmaste två åren blir det tydligt att yngre respondenter i större utsträckning planerar att flytta (tabell 4). I åldersgruppen 45–54 år är det 30 % som tror att de kommer att flytta inom två år, vilket skall jämföras med 18 % för åldersgruppen 55–64 år och ännu lägre (11 %) för den äldsta åldersgruppen (65–74 år). Vi bör dock ha i åtanke att det här handlar om personer som redan har flyttat, men vi kan alltså förvänta oss att det blir ganska ovanligt med upprepade flyttningar bland de äldre. Har man flyttat tycks man alltså inte förvänta sig att flytta igen (åtminstone inte inom två år).

Tabell 4 Planerade framtida flyttningar

		45-54 år	55-64 år	65-74 år
Planerar du att flytta igen inom de närmaste två åren?	Ja	30%	18%	11%
	Nej	70%	82%	89%
Om ja: Vart tror du att du kommer att flytta?	Inom den kommun jag nu bor	46%	44%	35%
	Till en annan kommun	18%	23%	19%
	Till en annan region/annan del av Sverige	18%	16%	12%
	Till ett annat land	4%	7%	1%
	Ingen uppfattning	14%	10%	33%

Därmed blir det mer intressant att studera var de som säger sig planera att flytta tänker sig att flytta (tabell 4). Det vanligaste svaret är att man tror sig komma att flytta inom den kommun man bor i i dag och betydligt ovanligare är att man tror att man kommer att flytta till en annan region/annan del av Sverige. I åldersgruppen 55–64 år är det noterbart att 7 % (av de som alltså planerar att flytta igen inom två år) tänker sig att flytta till ett annat land. Noterbart är också att en tredjedel av dem i åldrarna 65–74 år som planerar att flytta inte har någon uppfattning om var de kommer att flytta.

Boendepreferenser och förväntningar inför åldrandet – intervjustudier

I ett par nyligen genomförda studier har äldres boendepreferenser och bostadsval inför åldrandet studerats. Dessa har genomförts i en medelstor stad i södra Sverige dels med personer äldre än 55 år i ett

hyresbostadsområde dels med inflyttare till ett nytt seniorboende, dvs. individer som redan har bestämt sig för att flytta. Nedan sammanfattas resultaten från dessa studier.

De som intervjuades består av en grupp på 20 personer boende i vanlig hyresrätt samt ytterligare 27 personer boende i såväl hyres-, bostads- som äganderätt som vid intervjutillfället var på väg att flytta in i ett seniorboende i kommunal hyresrätt. Intervjufrågorna bestod av frågor kring deras tidigare boendesituation liksom förväntningarna på deras framtida boende som äldre.

Att flytta in i ett seniorboende

Flertalet av dem som intervjuades hade inte tidigare haft planer på att flytta till just ett seniorboende utan såg annonser i tidningen och blev intresserade. De flesta var på informationsmöten där de fick ytterligare information. Seniorboende har inte tidigare funnits på orten utan är en ny företeelse vilket kan vara en förklaring till att ingen har funderat över den typen av boende tidigare. Alla intervjuade flyttade inom staden eller från orter i närheten av staden, några enstaka hushåll hade tidigare erfarenhet av bostadsområdet.

Bland dem som intervjuades bodde flertalet i eget småhus eller bostadsrätt som de nu sålde för att flytta till seniorboendet, andra bodde i hyresrätt redan tidigare. Ett antal hade tidigare sålt ett hus och bodde vid intervjutillfället i annan hyresrätt. Åldersmässigt var gruppen spridd, den yngsta av de intervjuade var 55 år medan den äldsta var över 90 år. Ekonomiskt var gruppen också blandad, alltifrån dem som sålde sin villa och inte hade några ekonomiska bekymmer till dem som levde på relativt små pensioner. Dessa hade dock utvärderat sin ekonomiska situation och bedömt det som att boendet i sig var värt en tuffare ekonomisk situation och att man skulle kunna klara det om man vände på slantarna, eventuellt med stöd av familjemedlemmar. Av de intervjuade hade bara någon enstaka akademisk utbildning men flera hade eller hade tidigare haft högre tjänster inom företag. Endast något enstaka hushåll hade tillgång till fritidshus eller husvagn och ett hushåll med fritidshus planerade att göra sig av med detta under de närmsta åren då man upplevde att det började bli alltför betungande med resor och skötsel. Några av hushållen reste mycket och boendet passade då bra in eftersom det är lättskött utan krav på underhåll. För andra hushåll var flytten från villan till seniorboendet ett resultat av att man

började uppleva det egna huset som belastande – man ville helt enkelt slippa ifrån underhåll och trädgårdsskötsel etc. Det blev då ett sätt att anpassa boendet så att man skulle kunna fortsätta leva sitt liv som vanligt men utan de extra arbetskrävande sysslorna. Ytterligare andra såg boendet som en spännande och positiv förändring.

Bland dem som flyttade till seniorboendet var det för flertalet inte i sig viktigt att bo tillsammans med andra äldre utan de flesta uppger att de vill bo åldersblandat och med olika grupper av människor. Samtidigt är det viktigt att det är ett lugnt boende vilket oftast karakteriserar bostadsområden med många äldre. Det är dock många som ser fördelar med ett boende där grannarna befinner sig i ungefär samma livssituation. Att veta vem som är ens granne och att vara någorlunda säker på att det är en rekorderlig person är viktigare än åldern på personen. Det inger ett mått av trygghet i boendet. För dem som inte tidigare bodde i hyresrätt ställde sig en del tveksamma till att flytta till en hyresrätt "vilken" som helst där man inte riktigt vet i vilket sammanhang man hamnar. För dem var seniorboendet en garant för trygghet och ett lugnt boende. Några av de intervjuade poängterade att det skulle bli ett boende just för deras åldersgrupp, där t ex inte barnen sätter agendan i boendet, detta skulle ge möjlighet att utforma boendet på ett annorlunda sätt.

Att flytta till något nytt eller i alla fall fräscht var viktigt för flertalet intervjuade som planerade att flytta och de uppskattade möjligheten att vara med i byggprocessen från början. De kände sig delaktiga och uppskattade den valfrihet man upplevde sig ha i materialval och till viss del i utformandet av lägenheten. Kontakten med bostadsföretaget upplevdes i stort som positivt i och med detta. En arbetsgrupp bland de inflyttande hade bildats för att vara med och forma de gemensamma utrymmena och dessa var något som uppskattades av flertalet av de intervjuade. Vad gäller utformandet av den egna bostaden fanns en variation bland hushållen som kan kopplas till ålder och även ekonomisk situation. De flesta planerade för vad man skulle ta med sig av sina möbler och andra tillhörigheter, i många fall var man mer eller mindre tvungen att skala ner då lägenheten var mindre än den tidigare bostaden. Andra, ett mindre antal hushåll såg flytten som början på något nytt och valde att bara ta med sig det som ansågs mest viktigt och i övrigt skaffa nytt som man tyckte skulle passa med den nya stilen på såväl huset som lägenheten.

Många poängterade att det nya boendet skulle ge möjlighet till gemensamma aktiviteter där de boende skulle kunna lära känna varandra och utveckla olika umgängesformer. De flesta poängterade dock att det inte var fråga om ”öppna dörrar” där man springer ut och in hos varandra utan mer om ett organiserat umgänge där man skulle ha trevligt tillsammans, ordna fester, träffar av olika slag, bastukvällar och på olika sätt utveckla en social gemenskap.

Området ligger relativt nära stadens centrala delar men inte i centrum och i närheten finns ett strövområde i anslutningen till det vattendrag om går genom staden, faktorer som togs upp som positiva i boendemiljön.

De flesta såg boendet som en sista flyttning där det är möjligt att åldras och bo kvar även om hälsan i framtiden skulle visa sig svikta. En del såg flytten redan nu som en förbättring då man upplevde sin gamla bostad som mer svårskött och man ville komma från en viss arbetsbelastning. En möjlig flytt som man ser framför sig är det eventuella behov av t.ex. vård- och omsorgsboende som skulle kunna uppstå senare i livet.

Flera av de intervjuade hade redan barn i närheten, i staden eller i omlandet och flytten till seniorboendet påverkade inte nämnvärt avståndet till barnen. Ett par hushåll hade dock valt att flytta tillbaka till staden för att bo närmare sina egna barn för att kunna vara ett stöd för dem och för att passa barnbarn. Andra hade sina barn utspridda i landet och i världen och flytten till seniorboendet påverkade inte avståndet till dessa.

Att åldras i sitt bostadsområde

Intervjuerna med boende i vanlig hyresrätt i ett bostadsområde samt kontakter med hyresgästföreningen där ger en delvis annan bild. Många av de boende i området har låga inkomster och boendeutgifterna är för många avgörande för var man bor, en högre hyra i t.ex. seniorboende är inte ett alternativ för många. Trygghet och tillgänglighet är dock lika aktuella behov men behöver realiseras på andra sätt.

För flertalet av de intervjuade var det inte aktuellt att flytta överhuvudtaget, man trivdes i sitt bostadsområde och i sin bostad. De flesta hade dock sitt sociala kontaktnät utspritt över staden då man umgicks med släkt vänner sedan ganska lång tid tillbaka. Fler-talet hade bott i staden eller i dess närhet i många år, majoriteten

hela sitt liv. De flesta åkte också gärna till andra områden för att handla, oftast till större shoppingcentrum med större utbud och möjlighet att uträtta flera ärenden på en gång, träffa folk och ta del av lägre priser. Även om en del saknade den lokala servicen var det få som utnyttjade den affär som finns i området mer än till kompletteringshandel. Bil, cykel och lokaltrafik möjliggjorde transporter till andra områden i staden.

Trots närheten till stadens centrum var det relativt få som handlade där utan man åkte hellre till affärskomplex i andra närliggande stadsdelar. Man upplevde dock sitt bostadsområde som centralt men ändå inte i centrum och det var en positiv aspekt i boendet. Att området är grönt med en stor park bidrar till högre livskvalitet och är en uppskattad del i boendet.

Även om majoriteten inte ville flytta alls var det en del som funderade över framtiden och svårigheter med trappor, sophantering o. dyl. Några av de intervjuade hade redan anpassat sitt boende på så sätt att de av olika skäl valt att flytta till en lägenhet i en fastighet med hiss eller till en lägenhet på bottenvåningen, för att slippa så många trappor. I några fall var det uttryckligen för att förbereda sig inför åldrandet, i andra för att en partner blivit dålig. Ett annat skäl till att flytta var att man stördes av grannar. Det var tydligt att det för de äldre var ett betydande moment av otrygghet att ha grannar som upplevdes som störande eller socialt instabila. Det fanns också flera exempel på att grannar gått samman för att påverka bostadsföretaget att "ta itu" med den typen av problem i området.

Andra ville sänka sina boendeutgifter i samband med att barnen hade flyttat hemifrån, man gått i pension eller förlorat make/maka. Oftast hade man då flyttat inom bostadsområdet. Om man av hälsoskäl skulle behöva flytta till en annan bostad var det för majoriteten angeläget att kunna bo kvar i området. Under perioden som intervjuerna genomfördes blev det klart att ett par fastigheter i bostadsområdet ska ombildas till seniorboende och informanterna fick ta del av den informationen. Flertalet var positiva till förändringen medan andra menade att de för egen del inte hade behov av ett sådant boende. Det som sågs som positivt med ett sådant boende var tillgången till hiss samt möjligheter till grannsamverkan. Ett seniorboende kan ge möjlighet till ökat kvarboende i området.

Ett antal av informanterna deltog i de verksamheter som olika föreningar i området, t.ex. Hyresgästföreningen och PRO, ordnade. Det kunde handla om tipspromenader, bingo, musikkvällar,

middagar och utflykter. Det fanns också exempel på äldre i området som hjälpte varandra med att t ex gå och handla eller för att dämpa känslor av ensamhet bjöd hem andra som man visste var ensamma och isolerade i sitt boende. Då flera av de intervjuade hade bott i området under en längre tid hade man god kännedom om vissa grannar och deras situation.

Jämförande studier

Ovanstående resultat kan kompletteras med resultat från en tidigare studie baserad på ca 170 telefonintervjuer med 40-talister i tre olika kommuner i södra och mellersta Sverige (Abramsson och Berg 2004). Informanterna bodde i ordinär hyresrätt, seniorboende eller villa.

Bland dem som bodde i småhus uppgav många att de bor bra som de gör och att de vill bo kvar så länge de kan. En del refererade också till sin bostad som tillgänglig även om man skulle få svårare att röra sig och behöva stöd och man ifrågasatte också vad man skulle göra med sin fritid om man inte hade hus och trädgård att sysselsätta sig med. Andra menade att de inser att det kommer en tid då de inte längre kan bo kvar och de är förberedda på att flytta men planerar inte att byta bostad inom de närmsta åren. Här fanns det också svar som att man faktiskt hade börjat titta på annat boende men att man vill bo kvar ytterligare en tid, många kände sig lite för unga för att behöva planera för sitt boende som äldre mer aktivt. Att slippa underhåll i form av snöskottning och gräsklippning var faktorer som flera angav som skäl till att man skulle vilja flytta.

Självbestämmande och valmöjlighet i det egna boendet är för många i småhusboende avgörande för boendesituation och något man gärna vill behålla om man flyttar till en annan bostad. En del menade också att de ville flytta till en annan bostad medan de ännu hade möjlighet att välja bostad. Viljan att flytta var större bland dem som bodde på orter där det småhus man hade betingade ett större värde på bostadsmarknaden än på mindre orter med lägre huspriser. Förhållanden på bostadsmarknaden kan också vara avgörande för vilken upplåtelseform man väljer då man inte vill riskera att ekonomiskt förlora något på sin bostad. Många i den här gruppen var aktiva på bostadsmarknaden under bostadskrisen i början av 1990-talet.

Av de intervjuade var det tydligt att betalningsviljan för att bo i hyresrätt var högre bland dem som nu bodde i småhus eller bostadsrätt jämfört med dem som bodde i hyresrätt. Boende i småhus räknade med att man i andra boendeformer betalar för den service man själv utför i ett småhus och var på så sätt beredda att betala för att inte längre behöva utföra dem själv. Man var dock inte beredd att betala alltför höga hyror. Ett orosmoment var dock oförmågan att kunna kontrollera sina boendekostnader i en hyresrätt.

De som bodde i hyresrätt var sällan missnöjda med sin bostad och planeringen av denna. Det som var viktigt i boendet var att det var modernt och fräscht. Det missnöje man möjligen upplevde hänfördes istället till bostadsområdet som kunde upplevas som otryggt och stökigt men ibland också att man upplevde att det hade ett oförtjänt dåligt rykte.

Det var få bland de boende i småhus och ordinär hyresrätt som tyckte att man ville bo med den egna åldersgruppen om man nu skulle flytta samtidigt som man beskrev den typ av boende man skulle söka sig till som lugnt och utan störande grannar, dvs. det behövde vara ett området som man kände till för dess goda rykte, inte sällan med kommentaren ”det bor många äldre där”. Av dem som redan bodde i seniorboende motsvarande det som beskrivs ovan, var dock de flesta mycket nöjda med boendet vad gäller socialt umgänge, trygghet och tillgänglighet.

Avslutande diskussion

Summerar vi ovanstående och funderar över framtidens boende för äldre är det mest sannolikt att äldres boende inte kommer att se dramatiskt annorlunda ut mot vad det gör i dag. Det är de äldsta som flyttar för att förenkla sin boendesituation, dvs. till något mindre och mera lättskött och äldre kvinnor flyttar oftare av sociala skäl. Vi kan dock förvänta oss en hel del förändringar. Vi kommer att se en ökad rörlighet bland äldre, där man är mindre låst vid sin bostad än vad tidigare åldersgrupper har varit. Detta då en större andel har högre inkomster och högre utbildning vilket är kännetecknande för de grupper som flyttar mest. De som väljer att flytta kommer att i större utsträckning vara beredda att flytta till sina barn eller till områden med bostäder attraktiva för gruppen utan att man nödvändigtvis har tidigare erfarenheter av platsen eller

bostadsområdet. Vi kommer också att se en större beredskap bland en del grupper av äldre att se om sin egen situation och sitt boende på äldre dagar. Det är dock viktigt att komma ihåg att äldregruppen är stor, täcker ett stort åldersspann och därmed är heterogen med stora olikheter i preferenser, betalningsförmåga, hälsotillstånd etc. Detta innebär att många olika bostadsbehov måste tillfredsställas för att äldre ska kunna leva ett gott liv utifrån sina egna önskemål och förutsättningar.

Vi ser ett ökande intresse för boendeformer särskilt för äldre eller boendeformer liknande dessa där nyckelorden är trygghet och tillgänglighet men som också kännetecknas av modernt och bekvämt. Betalningsviljan har också ökat för boendeformer som bidrar med extra livskvalitet vilket kan vara såväl det materiella som beskrivits ovan men även den sociala gemenskapen som framhävs i boendeformerna. En viktig förändring är att det inte bara är i storstadsregioner vi ser ett ökat intresse bland de äldre utan även på mindre orter och i mindre kommuner.

Även om betalningsförmågan hos grupper av äldre är hög och bättre än den vi har sett hos tidigare ålderskohorter kommer det under lång tid framöver att finnas grupper utan stora inkomster och som inte heller har något kapital att realisera. Denna grupp är mer knuten till sitt nuvarande boende och kanske i större utsträckning till sitt bostadsområde och kommer att behöva stöd för att ha råd med ett bra boende och kanske än mer för att öka valmöjligheterna även i den gruppen. Kvinnor med låga inkomster kommer t ex att utgöra en stor grupp av andelen äldre under lång tid framöver.

Vi vill dock understryka att 40-talisterna, i egenskap av att de är så många, kommer att öka antalet flyttningar bland äldre, oavsett om de andelsmässigt flyttar i lika stor (liten) utsträckning som tidigare pensionärer. Det finns dock studier (Bell och Ward 2000) som visat att denna åldersgrupp tenderar att turista istället för att flytta, vilket gör det svårt att uttala sig om förändrade flyttmönster. Det torde emellertid inte vara en alltför vågad gissning att förvänta sig en ökad utflyttning av personer i pensionsålder från storstäder ned i tätortshierarkin, möjligen till platser där de själva vuxit upp eller i närheten av platser där deras barn bor. Höjd reavinstkatt i kombination med skatterabatten på hushållsnära tjänster kan göra det mindre attraktivt för hushåll att flytta så att de istället väljer att bo kvar. Historiskt har det dock visat sig att hushåll hellre flyttar

till ett boende som kräver mindre underhåll än köper in tjänster för att underlätta kvarboende.

I diskussionerna om rekordgenerationen har centrumnära boende och närhet till kulturutbud tagits upp som viktiga faktorer när det gäller boendets attraktionskraft. Det visar sig dock att det är uteaktiviteter och närhet till natur som fortsatt står högt på listan över kvaliteter i boendemiljön. Närhet till rekreations- och grönområden poängteras även i intervjustudierna som redovisats ovan.

Under hela 1900-talet ökade mängden enpersonshushåll, inte minst är det äldre som bor ensamma. Med ökad livslängd följer även ökad skröplighet och många lever länge med sjukdomar som påverkar möjligheten att ta del i samhällslivet och som kan leda till isolering och känslor av otrygghet i bostaden. Behovet av bostäder som passar den gruppen kommer att öka då vård- och omsorgsboendet endast riktar sig till dem med stora medicinska behov, oftast multisjuka och dementa äldre. Bland de allra äldsta är det fortfarande många som talar om att flytta till "hemmet" den dagen då man inte längre orkar bo kvar i eget boende – "hemmet" skulle motsvara det tidigare ålderdomshemmet och är ett boende som inte längre finns kvar mer än i mycket begränsad skala och då oftast i privat regi. De nya boendeformerna som har introducerats i form av seniorboende och trygghetsboende skulle kunna tillfredsställa en del av dessa behov.

Med en åldrande befolkning och med fler som blir mycket gamla kommer på sikt behovet av vård- och omsorgsboende att öka. I flera kommuner där det är brist på platser sker det i dag en utbyggnad. Behovet av den här typen av boende är dock starkt åldersrelaterat, dvs. ju fler äldre desto större behov och varierar därför över tid. Platsbehovet kan också variera beroende på de kriterier som används för bedömning av vilka som är i behov av vård- och omsorgsboende. Sedan flera år tillbaka finns det också en rad nya aktörer som driver den här typen av boende vilket har förändrat förutsättningar på olika sätt. Kvalitetsfrågor i boendet har på senare tid också fått allt större uppmärksamhet. Korttidsboendet är en komplicerad del av vård- och omsorgsboendet som ställer stora krav på personalen i dag då man i samma miljö ska hantera personer som bor växelvis i det egna hemmet och på korttidsboendet, är där för tillfällig eller längre rehabilitering eller för vård i livets slutskede. Detta sker på en del platser dessutom i en miljö med permanentboende.

Den kanske största utmaningen när det gäller att hantera äldres framtida boende är att på bostadsmarknaden i såväl stora som små kommuner kunna erbjuda en bredd av olika boendeformer. Det gäller dels boendeformer som passar olika individer dels ett boende som passar under olika faser i livet som äldre. Här är det nödvändigt att bland såväl bostadsföretag som kommuner och andra aktörer vara lyhörda inför förändrade värderingar och därmed preferenser över tid.

Referenser

- Abramsson, M. och T. Berg. 2004. "Hur bor och hur vill rekordgenerationen bo? Resultat från en intervjustudie." i *Från småhus till allmännyttan*, red. B. Malmberg, M. Abramsson, L. Magnusson, och T. Berg. Stockholm: Institutet för framtidsstudier.
- Bell, M och G. Ward. 2000. "Comparing temporary mobility with permanent migration." *Tourism Geographies* 2(1):87–107.
- Biggs, S., C. Phillipson, R. Leach, och A.-M. Money. 2007. "Age and generation in the development of a United Kingdom baby boomer identity." *International Journal of Ageing and Later Life* 2(2):31–59.
- Bonvalet, C. och J. Ogg. 2007. "Ageing in inner cities. The residential dilemmas of the baby boomer generation." *International Journal of Ageing and Later Life* 2(2):61–90.
- Cadwallader, M. 1992. *Migration and residential mobility. Macro and micro approaches*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Clark, W.A.V. 1982. "Recent research on migration and mobility. A review and interpretation." *Progress in planning* 18:1–56.
- Clark, W.A.V. och F.M. Dieleman. 1996. *Households and housing. Choice and outcomes in the housing market*. New Brunswick: CUPR Press.
- Fransson, U. 2004. "Lokal omflyttning och regional migration bland äldre – en översikt." Sid. 25–40 i *Äldrelandskapet. Äldres boende och flyttningar*, red. U. Fransson. Gävle: Institutet för bostads- och urbanforskning.
- Gaymu, J., C. Delbès, S. Springer, A. Binet, A. Désequelles, S. Kalogirou, och U. Ziegler. 2006. "Determinants of the living arrangements of older people in Europe." *European Journal of Population* 22:241–262.
- Gierveld, J., H. de Valk, och M. Blommesteijn. 2001. "Living arrangements of older persons and family support in more developed countries." Sid. 193–217 i *Living arrangements of older persons: critical issues and policy responses*. New York: United Nations.

- Golledge, R.G och R.J. Stimson. 1997. *Spatial behavior: A Geographical Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Gottschalk, G., E. Boll Hansen, och M. Gleerup. 2005. "Äldres flytteovervejelser. Hvad fremmer og hvad hæmmer flytninger? – en analyse blandt 50–80 årige i 1997–2002." akf, Danmark.
- Grundy, E. 2001. "Living arrangements and the health of older persons in developed countries." Sid. 311–329 i *Living arrangements of older persons: critical issues and policy responses*. New York: United Nations.
- Hagberg, J.-E. 2005. "Vi har aldrig varit gamla." i *Den omvända ålderspyramiden*, red. G. Blücher och G. Graninger. Linköping: Stiftelsen Vadstena Forum för samhällsbyggande.
- Herbert, D.T. och C.J. Thomas. 1990. *Cities in Space: City as Place*. London: David Fulton Publishers.
- Inglehart, R. 1997. *Modernization and Postmodernization: Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies*. Princeton, N J: Princeton University Press.
- Knipscheer, C.P.M., M.I.B. van Groenou, och G.J.F. Leene. 2000. "The effect of environmental context and personal resources on depressive symptomatology in older age: a test of the Lawton model." *Ageing and Society* 20(2):183–202.
- Longino Jr, C.F. 2001. "Geographical distribution and migration." i *Handbook on Aging and the Social Sciences, 5th edition*, red. R. Binstock och L. George. New York: Academic Press.
- Majanen, P., L. Mellberg, D. Norén, C. Daal, och H. Eriksson. 2007. *Äldrelivsbranschen – en framtidsbransch*. Stockholm: KK-stiftelsen.
- Malmberg, B. och T. Lindh. 2000. *40-talisternas uttåg – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar (red)*. Stockholm: Fritzes.
- Niedomysl, T. 2008. "How migration motives change over distance: evidence on variations across socioeconomic and demographic groups." Working paper available from author.
- Niedomysl, T. och B. Malmberg. 2008. "Do open-ended survey questions on migration motives create coder variability problems?". *Population, Space and Place* forthcoming.

- Nilsson Motevasel, I. 2006. "Senior housing in Sweden – A question of class differences and collective aging: An interview study in rental apartments and housing cooperatives." *Journal of housing for the elderly* 20(3):77–93.
- Novak, M. 1997. *Aging & Society. A Canadian Perspective*. Scarborough, Ontario: ITP Nelson.
- Paulsson, J. 2008. "Boende och närmiljö för äldre." Stockholm: ARKUS.
- Rossi, P.H. 1955. *Why families move. A study in the social psychology of urban residential mobility*. Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Rubinstein, R.L och P. Parmelee. 1992. "Attachment to place and the representation of the life course by the elderly." Sid. 139–163 i *Place Attachment*, red. I. Altman och S.M. Low. New York & London: Plenum Press.
- SABO. 2000. "Morgondagens äldreboende." Stockholm: Kairos Future och SABO.
- . 2007. "Från servicehus till seniorboende. En allmännyttig rapport." Stockholm.
- SOU. 2007:103. "Bo för att leva – seniorbostäder och trygghetsbostäder. Delbetänkande av Äldreboendedelegationen." Stockholm.
- Thornstam, L. 2005. *Geotranscendence, A developmental theory of positive ageing*. New York: Springer Publications.
- Thorson, J.A. 2000. *Aging in a changing society, second edition*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Tomassini, C., K. Glaser, D.A. Wolf, M.I. Broese van Groenou, och E. Grundy. 2004. "Living arrangements among older people: An overview of trends in Europe and USA." *Population trends* 115:24–34.
- Urry, J. 2001. *Sociology beyond societies. Mobilities for the 21st Century*. London: Routledge.
- Vinnova. 2008. "Born to be wild 55+... eller hur förvandla en global demografisk förändring till ett svenskt styrke- och tillväxtområde." Stockholm: Vinnova.

- Walters, W.H. 2002. "Later-life migration in the United States: a review of recent research." *Journal of Planning Literature* 17(1):37–66.
- Wiseman, F.R. och C.C. Roseman. 1979. "A typology of elderly migration based on the decision making process." *Economic Geography* 55:324–337.
- Ytrehus, S. och A.B. Fyhn. 2006. "Bufast, Bjørvika og Benidorm. Boligplaner og boligønsker for eldre år." Fafo. Oslo.