

Vård och omsorg om äldre

– Lägesrapport 2004

Anders Bergh, Britt Mari Hellner och Lennarth Johansson

Socialstyrelsen äldreenhet följer utvecklingen av vård och omsorg om äldre. I artikeln ges en sammanfattning av befolkningsutvecklingen, äldres hälsa, tillgång till platser i särskilt boende, tillgänglighet till vård och rehabilitering för äldre med hörselnedsättning samt äldres läkemedel. Artikeln är skriven av Anders Bergh, Britt Mari Hellner och Lennarth Johansson, samtliga verk-samma med nationell uppföljning och utvärdering vid Socialstyrelsen äldreenhet.

Kontaktuppgifter: Anders Bergh, E-post ander.bergh@sos.se. Britt Mari Hellner, E-post mari.hellner@sos.se. Lennarth Johansson, E-post lennarth.johansson@sos.se

En åldrande befolkning

Under de senaste 50 åren har antalet personer 65 år och äldre mer än fördubblats, från 0,7 miljoner till drygt 1,5 miljoner. Befolkningsökningen under 1900-talet har berott på minskad dödlighet i alla åldrar, vilket höjt medellivslängden. År 2002 var medellivslängden vid födseln för kvinnor 82,1 och för män 77,7 år (tabell 1).

De sista tio åren har medellivslängden vid

födseln för män ökat nästan två år och för kvinnor med drygt ett år. Utvecklingen blir ännu tydligare när man ser till återstående livslängd år 2002 vid 65 års ålder, som för män var nästan 17 år och för kvinnor 20 år. Män och kvinnor vid 65 års ålder har alltså "vunnit" 1,3 respektive 0,7 år i livslängd under de senaste tio åren.

Den ökade livslängden får stora konsekvenser för befolkningens sammansättning

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

Tabell 1. Återstående medellivslängd vid födseln och vid 65 års ålder, män och kvinnor, 1982, 1992 och 2001. Källa: Statistiska centralbyrån, 2003.

	Återstående medellivslängd vid födseln		Återstående medellivslängd vid 65 års ålder	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1982	73,4	79,4	14,6	18,3
1992	75,4	80,8	15,6	19,3
2002	77,7	82,1	16,9	20,0

(tabell 2). Under 1990-talet var antalet personer 65 år och äldre i befolkningen tämligen oförändrat. Däremot kommer denna grupp att växa successivt under de kommande decennierna. Det är en förändring för gruppen från 17,8 procent av befolkningen år 2000, till prognostiserade 18,8 procent år 2010, 21,5 procent år 2020 och slutligen 23,3 procent år 2030.

Gruppen ålderspensionärer som andel av hela befolkningen kommer successivt att öka de kommande decennierna. År 2030 förväntas nästan var fjärde svensk vara ålderspensionär. Omfattningen av och takten i befolkningsförändringarna styrs markant av att det stora antalet 40-talister åldras.

Åren 2000–2015 förväntas inte antalet personer i åldern 80 år och äldre förändras nämnvärt, medan antalet i åldern 90 år och äldre förväntas öka med 35 procent. Åren

2015–2030 förväntas däremot åldersgruppen 80–89 år öka med hela 65 procent. Ökningen för de allra äldsta förväntas under denna period bli blygsammare, 18 procent. Vilka anspråk som kan komma att ställas på vården och omsorgen till följd av detta är inte helt klart.

Friskare eller sjukare äldre?

Sjukdomars och skadors konsekvenser för människors funktionsförmåga har stor betydelse. Förändringar av förmågan att klara sin dagliga personliga omsorg (stiga upp, klä sig, tvätta sig, gå på toaletten osv.) och hushållsaktiviteter (städa, tvätta, laga mat, inköp m.m.) är viktiga faktorer för att definiera resursanspråk. Dessutom har tillsynsbehovet stor betydelse. Ungefär hälften av närståendes insatser för personer med demens är av tillsynskaraktär (1).

Tabell 2. Befolkningen i tusental i olika åldersgrupper 1990–2000 samt prognos för 2010, 2020 och 2030. Källa: Statistiska centralbyrån. Befolkningsprognos 2003.

Tusental personer						
Ålder	1990	1995	2000	2010	2020	2030
<65	7 064	7 294	7 359	7 547	7 676	7 824
65-w	1 526	1 543	1 523	1 719	2 043	2 278
80-w	370	415	454	485	519	750
90-w	40	53	63	82	89	103
Totalt	8 590	8 837	8 882	9 266	9 719	10 102

Frågan är därför hur funktionsförmågan bland de allt fler mycket gamla medborgarna kan komma att bli framöver? På basis av aktuell forskning har tre hypoteser framförts om vad som kommer att hända med sjukligheten i den äldre befolkningen.

- 1) Den komprimerade sjukligheten – vilket innebär att den genomsnittliga perioden av sjukdom och beroende före döden avkortas alltmer.
- 2) Den växande sjukligheten – vilket innebär motsatsen till föregående, nämligen att perioderna av sjukdom och nedsatt funktionsförmåga ökar.
- 3) Uppskjuten sjuklighet – vilket betyder att perioderna av sjukdom genomsnittligt är konstanta, men flyttas uppåt i åldern i takt med att medellivslängden ökar.

För närvarande finns det inte något entydigt stöd för någon av de redovisade hypoteserna. Däremot finns det empiriskt stöd för att den äldre befolkningen i många industriländer under senare år har genomgått en utveckling där perioder med subjektiv ohälsa och nedsatt funktionsförmåga senarelagts, samtidigt som medellivslängden ökat (2, 3). I en nordamerikansk studie, där en befolkningsgrupp med personer 65 och äldre följts 1982–1994, redovisas en säkerställd förbättring av funktionsförmågan (4). Det ger ett visst stöd för hypotesen om uppskjuten sjuklighet.

Antalet platser i särskilt boende minskar

En grundläggande aspekt på kvaliteten inom vården och omsorgen är att det finns hjälp för dem som behöver hjälp. Att tillgodose äldres behov av särskilt boende har under decennier varit ett ständigt återkommande pro-

blem inom vården och omsorgen. Detta är en del i ett större problemkomplex: hur ska man dimensionera och organisera boende, vård och omsorg i kommunen för att tillgodose befolkningens behov. Problemet berör också samhällssektorer utanför socialtjänsten, t.ex. bostads-, trafik- och servicesektorn i samhället, vilket naturligtvis komplicerar både analys och möjliga åtgärder.

Översiktligt kan man peka på ett antal olika faktorer som var för sig eller tillsammans, helt eller delvis, kan förklara bristen på särskilt boende. Det är känt att platstillgången, i relation till befolkningen, varierar mycket kraftigt kommuner och regioner emellan. Problemet kan spåras långt bakåt i tiden och tenderar snarast att öka. Man vet också att platstillgången i relation till bedömt behov varierar avsevärt även över kortare perioder inom samma kommun.

På senare år har Socialstyrelsen rapporterat att beslut eller domar om plats i särskilt boende inte verkställts för ett stort antal personer. Ytterligare andra har fått avslag på sin ansökan, trots att kommunen har bedömt att de har behov av plats, med hänvisning till att det inte finns resurser. Totalt uppgick ej verkställda domar, beslut och avslag 2002 till närmare 4 700 (5).

Socialstyrelsen och Boverket har haft regeringens uppdrag att se över och analysera skäl och orsaker till att äldre i vissa fall inte erbjuds en bostad inom de särskilda boendeformerna enligt SoL och LSS trots behov av sådant boende. Inom ramen för uppdraget genomfördes hösten 2003 en enkätstudie i Sveriges kommuner. Syftet var att undersöka det aktuella läget för platstillgången i särskilt boende. Enkäten frågade efter hur många bostäder det fanns, antal ej verkställda beslut, genomförd eller planerad avveckling eller utbyggnad av särskilt boende för äldre (6).

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

Tabell 3. Avveckling av bostäder i särskilda boendeformer för äldre, 2002–2003 och 2004–2005, samt tillskott av bostäder 2003–2004.

	2002–2003	2003–2004	2004–2005
Avveckling	7 377		7 328
Tillskott		2 139	

Som framgår av tabellen, hänför sig platsutvecklingen till olika perioder. Sammanlagt handlar det om en bruttominskning med ca 14 700 platser i särskilt boende för äldre. Planerat nytillskott under överlappandeperiod (2003–2004) angavs till ca 2 140 platser. Det minskade antalet platser vid utgången av 2005 skulle således uppgå till ca 12 500 platser. I enkäten frågades också varför man avvecklade platser i särskilt boende. De främsta skälen angavs vara att bostäderna var omoderna, att behovet av särskilt boende minskat i kommunen och att man genom att ”satsa på kvarboende” bättre kunde tillgodose de äldres behov av vård och omsorg i det egna hemmet.

Tillgång till och behov av plats i särskilt boende måste också ses mot bakgrund av de senaste årens utveckling av särskilt boende. Åren 2000–2002 har ca 6 000 platser i särskilt boende avvecklats (socialtjänststatistiken anger antal personer med bistånd i form av särskilt boende). Läger man till de drygt 12 000 platser som håller på att avvecklas eller ska avvecklas fram till 2005 rör det sig om ca 18 000 platser. Det innebär en minskning av platser med drygt 15 procent mellan 2000–2005.

Det är framför allt servicehusen som har varit föremål för förändringar. Ofta har de förvandlats till ”seniorboenden” i det vanliga bostadsbeståndet. Sjuksköterskor och nattpersonal kan då tas bort eftersom boendet i sådana fall inte längre klassas som särskilt boende. En fråga man kan ställa sig är om kommunerna gör omvandlingen för att spara

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

in på personal, alltså av ekonomiska skäl.

Konsekvenserna av denna utveckling är svåra att överblicka eftersom effekterna blir tydliga först på sikt. I många kommuner behöver man omstrukturera resurserna i det särskilda boendet. Man kan t.ex. behöva ta fram fler platser med heldygnsoomsorg, samtidigt som platser med karaktär av serviceboende tas bort ur det särskilda boendet.

I vissa kommuner behöver man utöka platsantalet och i andra fall kan det vara motiverat att minska antalet platser. I andra kommuner finns ett stort behov av att modernisera delar av det särskilda boendet. Omstruktureringen kan alltså vara en del i en framsynt kvarboendestrategi för att främja hälsa, förebygga ohälsa och förbättra livskvaliteten bland de äldre.

Utvecklingen inom vården och omsorgen om de äldre kännetecknas nu av ytterligare inriktning på kvarboende, visserligen med samma policy och mål som gällt de senaste decennierna. Tidigare satsades det resurser på vård och omsorg i hemmet, samtidigt som man byggde ut det särskilda boendet. I dag skär man ned på resurserna inom det särskilda boendet. Frågan är om det minskade antalet platser i särskilt boende kompenseras av en motsvarande ökning av hemvården för de äldre.

Anhörigas insatser ökar

Närstående, vanligen maka/make och/eller barn, är de som står för de största hjälpinsatserna till äldre. När det gäller samboende äldre med hjälpbehov är det make/maka

Tabell 4. Hjälpgivare för hemmaboende 75 år och äldre med hjälpbehov 1988 och 2000. Procent.

Hjälp	Ensamboende				Sammanboende				Alla	
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor		1988	2000
	1988	2000	1988	2000	1988	2000	1988	2000		
Endast informell	37	38	39	49	79	90	69	84	55	67
Endast hemtjänst	22	34	24	27	6	4	3	6	22	17
Både och	41	28	37	24	15	6	28	10	23	16

som ger det mesta av hjälpen. Den offentliga hemhjälpn har begränsats och riktas framför allt till ensamboende äldre. Överlag tycks kombinerade insatser från hemtjänsten och de närstående förekomma alltmer sällan, oberoende av kön eller om man är samboende eller ej, tabell 4.

I en undersökning genomförd av Socialstyrelsen 2003 tillfrågades landets kommuner om förekomsten av riktlinjer vid biståndsbedömning för insatserna städning och inköp av varor. Nästan alla kommuner visade sig väga in eventuella sammanboendes möjligheter att utföra insatserna. I var fjärde kommun vägdes även barnens möjligheter att utföra insatserna in i bedömningen (7). Jämfört med 1997 då samma frågor ställdes har det blivit allt vanligare att frågå principen att utgå från individens behov med följden att insatserna allt oftare skjuts över på närstående.

Dessa undersökningar, samt andra aktuella arbeten på området, pekar på att närstående får ta ett ökat ansvar för de äldres vård och omsorg. Detta gäller tydligast mark emellan, men även närboende barn till ensamstående äldre, i synnerhet döttrar eller svärdöttrar, får axla ett allt större ansvar för de äldres omsorg (8).

Äldre med hörselnedsättning kan få vänta länge

Personer med nedsatt hörsel kan många gånger klara sig bra i vardagen tack vare olika typer av hjälpmedel, som hörapparater, telefonförstärkare, hörslingor, optiska signalhjälpmedel och väckningsanordningar. Hjälpmedel provas ut och förskrivs vid hörcentralerna. Patienten kommer oftast på remiss från vårdcentral eller specialistläkare, men kan också söka själv.

Under 2001 förskrevs nästan 60 000 hörapparater enligt statistik från Hjälpmedelsinstitutet. Nästan tre av fyra nya hörapparatbärare var 65 år och äldre. Nästan var tredje ny hörapparatbärare var 80 år eller äldre. Det är något vanligare att hörapparat förskrivs till kvinnor än till män. Delas den äldre befolkning upp i ålderskategorierna 65–79 år och 80 år och äldre visar det sig att männen är överrepresenterade i den yngre gruppen medan kvinnorna är överrepresenterade i den äldre.

Enligt uppgifter från både Landstingsförbundet och Hörselskadades Riksförbund varierar väntetider och kostnader för att få en hörapparat utprovad beroende på var i landet man bor.

Enligt Lanstingsförbundets ”Väntetider i vården” varierar den förväntade längsta väntetiden, i veckor räknat, för patienter utan förtur (65 år och äldre) från 1 vecka till 156 veckor (tre år!). De väntetider som redovisas i diagram 1 gäller för det sjukhus i respektive län som har den kortaste väntetiden. Det finns i de flesta län andra sjukhus med längre väntetider.

Väntetiderna varierar alltså betydligt beroende på i vilket län man bor. Tillgänglighet handlar emellertid också om vad man själv kan betala eftersom landstingen har olika avgifter för hörhjälpmedel. I tre landsting, Blekinge, Halland och Västmanland, kostar det inget att få en hörapparat. I åtta landsting tillämpas ett kostnadstak för hörapparat på ca 3 000–4 000 kronor. Det innebär att den enskilde får betala det belopp som överstiger kostnadstaket. Enligt HRF är det inte ovanligt att en modern hörapparat kostar ca 10 000 kronor, vilket innebär att den enskilde får betala 6 000 kronor själv. I tolv lands-

ting tar man inte ut någon utprovningsavgift. I nio landsting tar man mellan 50 och 600 kronor i avgift (9). Det är bara i vissa landsting som äldre personer genom hörcentralen kan få väckningsanordning eller telefon med talförstärkare kostnadsfritt.

Eftersom det är långa väntetider och de offentliga hörcentralerna inte alltid kan erbjuda det brukaren vill ha väljer några, framför allt i storstäderna, att vända sig till de privata hörcentralerna. De har betydligt kortare väntetider och ett större hjälpmedelssortiment. Kostnaden för den enskilde kan då bli så mycket som 19 000 kronor för en utprovad och anpassad hörapparat.

En anledningen till de långa väntetiderna är enligt HRF:s undersökning att det finns för få audionomer i förhållande till det ökande antalet remisser. En annan anledning är att nya, tekniskt mer avancerade, hjälpmedel kan behöva fler återbesök vid hörcentralen innan de fungerar som de ska (10).

De kommunala heminstruktörerna och

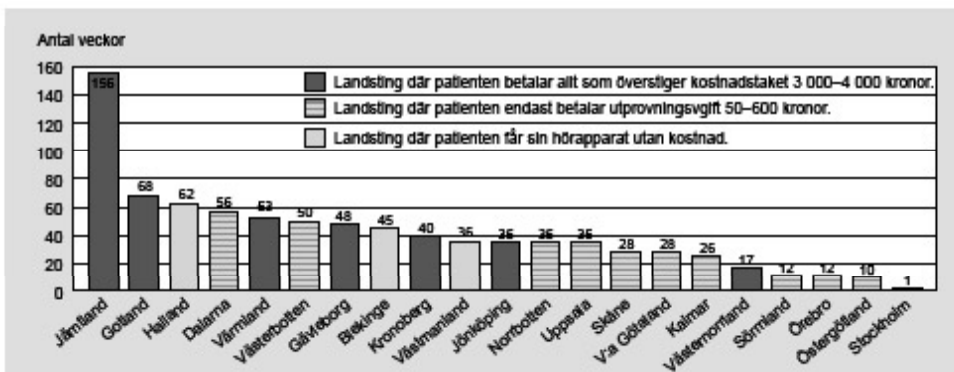


Diagram 1. Förväntad väntetid i veckor till utprovning av hörapparat för patienter utan förtur, länsvis. Källa: Lanstingsförbundet, Väntetider i vården, mars 2003.

hörselombuden, är viktiga för äldre med hörselskada. Det är med dem och remitterande läkare hörcentralerna oftast samarbetar. Heminstruktörerna är en länk mellan hörcentralen och brukaren. De underlättar också för hörcentralerna eftersom de finns ute på fältet och kan byta batterier och göra ren hörapparater.

Ungefär hälften av dem som söker hjälp får komma till hörcentral och får sin hörapparat eller andra hörhjälpmedel inom ett halvår, medan andra kan få vänta mycket länge, beroende på var i landet man bor. För många äldre är det emellertid förenat med stora kostnader att skaffa en modern hörapparat. Tillgängligheten är alltså en fråga om både väntetider och kostnader och varierar beroende på var man bor.

Läkemedel på gott och ont

Många äldre har stor nytta av moderna läkemedel och lever i dag ett gott liv, trots diagnoser som för en generation sedan hade inneburit för tidig död eller stort lidande. Det är viktigt att hålla det i minnet när man diskuterar de problem som hör ihop med äldres läkemedelsanvändning. De som är 75 år och äldre utgör i dag knappt 10 procent av Sveriges befolkning men använder minst 25 procent av alla läkemedel. Äldres läkemedelsanvändning har ökat under det senaste decenniet. I slutet av 1980-talet använde äldre personer i genomsnitt tre preparat. I dag använder de i genomsnitt fem olika preparat (11).

Man vet att äldre är känsligare för läkemedel och att de oftare drabbas av biverkningar än yngre personer. Läkemedelsbiverkningar är orsak till mellan 10 och 15 procent av alla inläggningar av äldre på sjukhus. Antalet läkemedel som används är den i särklass viktigaste orsaken till läkemedelsrelaterade problem hos äldre, inte bara som biverkningar

utan också som läkemedelsinteraktion (läkemedel påverkar varandra) eller att man inte följer läkarens ordination.

Läkemedelsanvändningen har ökat mest i särskilt boende, i synnerhet på sjukhem. I dag har äldre på sjukhem så mycket som tio preparat i genomsnitt. Undersökningar av hemmaboende multisjuka äldre visar likartade siffror. Erfarenheter från försök med förebyggande hembesök bland äldre bekräftar att även "pigga" seniorer använder många läkemedel och att läkemedelsordinationerna sällan revideras (12). Resultaten stämmer väl med vad man funnit i en studie av äldre patienter på medicinklinik (13). Patienterna i studien, varav 75 procent kom från eget boende hade i snitt fem till nio preparat per person. Enbart dessa siffror visar att äldre, främst de allra sjukaste och sköraste individerna, löper påtaglig risk för läkemedelsproblem av olika slag.

Bristerna i äldres läkemedelsanvändning gäller emellertid inte bara överanvändning av mediciner utan också underanvändning. Resultat från Kungsholmsprojektet har bl.a. visat att äldre på sjukhem använder mycket lite av de moderna hjärt-kärlpreparaten och att behandlingen av t.ex. hjärtsvikt oftast inte följer moderna riktlinjer. Det är också väl känt att smärta hos äldre kan vara underbehandlad, i synnerhet hos dementa, som har svårt att kommunicera med omgivningen och förmedla sina symtom.

Depression var tidigare ett mycket underbehandlat tillstånd hos äldre. Efter introduktionen av de nya medlen mot depression (SSRI) har användning av antidepressiva läkemedel emellertid ökat anmärkningsvärt. I dag får ca 40 procent av dem som bor på sjukhem antidepressiva medel. Samtidigt har läkemedelsgenomgångar vid sju slumpmässigt utvalda sjukhemsavdelningar i Stockholmstrakten visat att det inte sällan saknas

aktuell indikation för dessa preparat, och att de i många fall kan sättas ut (14). Man kan således fråga sig om vi nu i stället börjar se en överanvändning av antidepressiva medel. Det finns anledning att vara observant på utvecklingen, inte bara ur farmakologisk synvinkel utan också med tanke på de effekter en dylik "medikalisering" kan ha på vårdinnehåll och kvalitet.

Tyvärr är det troligt att läkemedel ibland får ersätta annan typ av vård som skulle vara mer önskvärd, t.ex. mänsklig kontakt, tid för samtal och uppmärksamhet, promenader och andra aktiviteter som kan höja stämningensläget. Detta illustreras av att läkaren i 43 procent av fallen i studien uppgav att den antidepressiva läkemedelsbehandlingen inte skulle ha behövts om det funnits tillräckligt med tid och resurser för andra åtgärder.

Socialstyrelsen har utvecklat indikatorer som kan användas för att mäta och följa kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling (15). Målet med arbetet har inte bara varit att utarbeta indikatorer som definierar olämplig läkemedelsanvändning, utan också sådana som återspeglar hur väl behandlingen av äldre följer moderna riktlinjer. Indikatorerna kan tillämpas på olika nivåer. De kan t.ex. användas av läkemedelskommittéer vid uppföljning av läkarnas förskrivningsmönster eller för att följa kvaliteten på landstingsnivå och nationell nivå. De kan också användas vid lokal uppföljning, t.ex. vid läkemedelsgenomgång i olika boendeformer för äldre. Slutligen kan de fungera som stöd för förskrivaren i valet av lämplig läkemedelsbehandling, genom att visa vilka läkemedel eller kombinationer av läkemedel som kan vara problematiska och vilka som är mer lämpliga vid behandling av äldre.

Apotekare och farmaceuter har använt ett urval av kvalitetsindikatorerna för läkemedelsgenomgångar vid kommunala äldrebo-

enden på flera håll i landet. Indikatorerna har också använts av ansvariga läkare tillsammans med sjuksköterskor och kontaktpersoner i kommunal äldreomsorg. Indikatorerna är inlagda i ett datoriserat beslutsstöd. Det pågår även försök med att lägga in indikatorerna i ett förskrivarstöd, som t.ex. kan användas vid vårdcentraler. Socialstyrelsen och Äldrecentrum har använt ett urval av indikatorerna i epidemiologiska studier.

I ett gemensamt projekt inom särskilt boende i Jönköpings län har Apoteket AB och Socialstyrelsen använt indikatorerna för att analysera kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos samtliga äldre med dosexpedierade läkemedel. Studien omfattade 3 705 personer och analysen baseras på uppgifter från ApoDos-databasen (16). Där visar det sig t.ex. att nästan 80 procent av samtliga med dosexpedierade läkemedel använde psykofarmaka. I demensboenden var andelen ännu högre, 85 procent.

Man är överens om att kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning behöver förbättras och det finns lösningar på problemen. Kvalitetsindikatorerna är ett steg, datoriserat förskrivarstöd ett annat. Det är också viktigt att ta fram bättre rutiner för journalföring av läkemedelsordinationer, så att indikationen (skälen till behandlingen) och behandlingsplanen (vilka effekter som förväntas och hur länge man ska behandla och hur man följer upp) framgår tydligt. Landstingen behöver utveckla strategier för att genomföra läkemedelsöversyn för äldre med många läkemedel eller som av andra skäl löper risk för läkemedelsrelaterade problem. Personal som arbetar med äldre behöver utbildas i ämnet läkemedel och äldre, i synnerhet de som får delegation att överlämna medicin.

För att en äldre patient ska må bra är det viktigt att det finns en aktuell indikation för det läkemedel som ordineras och att det har

så god effekt och så få biverkningar som möjligt. Det är också viktigt att patienten vet varför läkemedlet ordinerats. Man behöver en läkare som har huvudansvaret för läkemedlen. Sist men inte minst viktigt är att läkemedelsanvändningen omprövas regelbundet.

Äldreomsorgens struktur och finansiering måste läggas fast

I förra årets lägesrapport beskrevs kommunernas svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal (5). Kompetensförsörjning är fortfarande en av de allra viktigaste frågorna inom vård och omsorg om de äldre. I årets lägesrapport lyfts ytterligare områden fram som ger upphov till frågor inför framtiden. Vilka konsekvenser får det minskade antalet platser i särskilt boende för individen och hur påverkas balansen mellan hemtjänst, primärvård och sjukhus? Vad innebär en utvecklingen där alltmer av insatser skjuts över på närstående? Är det rimligt att väntetider och kostnader för behandling är så olika beroende på var i landet man bor, som i exemplet med äldre med nedsatt hörsel? Hur står det till med kvalitet och säkerhet i sjukvården när de läkemedel som förskrivs till äldre många gånger förorsakar besvär istället för att höja livskvaliteten? Frågetecknen inför framtiden är många.

Det är viktigt att både de som är äldre idag och kommande generationer äldre känner tillit till den offentliga vården och omsorgen. Den ska finnas tillgänglig när man behöver den och man måste också få veta vad man kan förvänta sig. Vi står inför stora demografiska förändringar när det gäller antalet äldre och samtidigt befinner vi oss just nu i en period av tio till femton år när befolkningsutvecklingen inte kommer att vara lika snabb som tidigare eller som den kommer att vara från 2020 och framöver. Trots nedskär-

ningar av olika slag är vård och omsorg om de äldre fortfarande ett tämligen resursstark sektor. Detta ger ett bra utgångsläge för förändringar. Emellertid leder osäkerheten om vilka förväntningar man kan ha på vården och omsorgen till otrygghet. Staten bör därför förtydliga det offentliga åtagandet. Kommunerna och landstingen måste i sin tur precisera villkor, innehåll och kvalitet för vård och omsorg. För att möta de långsiktiga, samhälleliga konsekvenserna av en åldrande befolkning krävs därutöver att samhällsansvaret och finansieringen av den framtida äldreomsorgen säkras.

Referenser

1. Wimo, A. et al. Time spent on informal and formal caregiving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy* 2002;61:255-268
2. Kommer det att finnas en hjälpande hand? – En analys av framtida behov och kostnader för vården och omsorgen om de äldre 2000–2030. Stockholm 2000. (Bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000)
3. Jacobzone S., Cambois E. & Robine J. M. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? I: *OECD Economic Studies* No 30, 2000/I, OECD, 2000.
4. Manton K. G., Corder L. & Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982–1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences (Medical Sciences)* 1997; 94:2593-2598.
5. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2002. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.
6. Socialstyrelsen och Boverket. Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

- tillgodoses? Stockholm och Karlskrona, Socialstyrelsen och Boverket, 2004.
7. Socialstyrelsen. Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.
 8. Socialstyrelsen. Framtidens Anhörigomsorg. Stockholm, Socialstyrelsen, 2004.
 9. Hörselskadades Riksförbund. På slaklina. Stockholm, Hörselskadades Riksförbund, 2003.
 10. Hörselskadades Riksförbund. Äldre med hörselskada. Stockholm, Hörselskadades Riksförbund, 2004.
 11. Fastbom J. Äldre och läkemedel. Projektet Äldre och Folkhälsa. Delrapport 7. Stockholm, Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, 2000.
 12. Socialstyrelsen. Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002.
 13. Socialstyrelsen. Äldre inom akutmedicin. Inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002.
 14. Fastbom J. & Schmidt I. Antidepressiva läkemedel hos äldre på sjukhem i Stockholm. På vilka grunder ordineras de och hur följs de upp? Stockholm, Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, 2003. (2003:1)
 15. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsens förslag. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.
 16. Socialstyrelsen. Kvalitetsindikatorer och äldres läkemedelsanvändning. Stockholm, Socialstyrelsen, 2004.