



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

KVARBOENDE VID MARKNADENS ÄNDE

**- BOENDEFORMER, GENUS OCH HÄLSA I REGIONAL
POLITIK OCH PRAKTIK**

Katarina Giritli Nygren

Sara Nyhlén

Katja Gillander Gådin



Avdelningen för samhällsvetenskap,
Mittuniversitetet, SE-851 70 Sundsvall, Sverige

**KVARBOENDE VID MARKNADENS ÄNDE
BOENDEFORMER, GENUS OCH HÄLSA I REGIONAL POLITIK
OCH PRAKTIK**

**Katarina Giritli Nygren
Sara Nyhlén
Katja Gillander Gådin**

Avdelningen för samhällsvetenskap,
Mittuniversitetet, SE-851 70 Sundsvall
Sundsvall

Telefon: +46 (0)771-975 000

Tryckt av Tryckeriet Mittuniversitetet, Sundsvall, Sverige, 2014

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD.....	5
1. INTRODUKTION.....	7
SYFTE OCH DISPOSITION.....	8
2. ÄLDREOMSORG I DET SVENSKA VÄLFÄRDSLANDSKAPET	9
ÄLDREOMSORG I FÖRÄNDRING – EN UTMANING FÖR GLESBYGDEN.....	13
TRYGGT BOENDE FÖR ÄLDRE	14
3. METOD OCH MATERIAL	16
INTERVJUER MED KOMMUNALA AKTÖRER OCH BESLUTFATTARE	16
DEN NATIONELLA UNDERSÖKNINGEN OM LEVNADSFÖRHÅLLANDEN (ULF)	17
<i>Variabler</i>	18
<i>Statistisk analys</i>	19
DE ÄLDRES BERÄTTELSE.....	19
4. LEVNADSVILLKOR I REGIONAL BELYSNING: BOENDE, HÄLSA OCH GENUS	21
PLANERING AV BOENDE FÖR ÄLDRE I GLESBYGD	21
<i>Kvarboendeprincipen som övergripande politisk strategi</i>	21
<i>Att skapa förståelse för kommunens situation och individualisering av ansvar</i>	23
<i>Att integrera informella nätverk och omgivande samhälle i planeringsprocessen</i>	25
<i>Känslor, profession och byråkrati i förhandling av behov</i>	26
<i>Att åldras i glesbygd - de äldre rapporterar och berättar</i>	32
ÄLDRES EGNA BERÄTTELSE	35
5. SLUTDISKUSSION OCH FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING.....	39
6. REFERENSER.....	42

FÖRORD

Stiftelsen Länsförsäkringsbolagens Forskningsfond finansierar forskningsprojekt som "ligger nära människors vardagliga trygghet" och finansierade inom ramen för utlysningen "Tryggt boende" projektet "Tryggt boende för äldre i glesbygd-Boendeformer, genus och hälsa i regional politik och praktik". I föreliggande rapport presenteras studiens resultat som baseras främst på intervjuer med politiker, tjänstemän och äldre men omfattar även statistiska analyser av äldres hälsa i glesbygd.

Denna rapport är skriven för att kunna läsas av alla intresserade av forskningsresultaten. För mer ingående information om våra kvalitativa och statistiska analyser hänvisas till forskarna genom projektledaren.

Vi vill tacka forskningsfondens styrelse för förtroendet men också rikta ett varmt tack till alla informanter som avsatt tid och engagemang för att hjälpa forskarna i arbetet att samla in nödvändiga data.

Katarina Giritli Nygren, projektledare
Sara Nyhlén
Katja Gillander Gådin

1. INTRODUKTION

Den åldrande befolkningen är en utmaning för hela Sverige, men särskilt så för glesbygden. Förutsättningarna för glesbygdskommuner att tillhandahålla service, goda boendeförhållanden och omvårdnad skiljer sig fundamentalt ifrån förutsättningarna i tätort. I glesbygd är avstånden långa och den demografiska strukturen där många är äldre innebär utmaningar för kommunerna. Glesbygden har andra förutsättningar än tätorter men detta tycks inte alltid avspeglar sig i äldreomsorgens verksamhetsbeskrivningar (se t.ex. Szebehely 2005). Glesbygdskommunerna befinner sig ofta i en situation av minskande och åldrande minskande befolkning samtidigt som avstånden i kommunerna är långa vilket innebär höga kostnader för service i form av exempelvis hemtjänst (Söderberg 2014). Vi har därför i vår studie valt att fokusera glesbygdskommunernas specifika förhållanden för att bemöta äldre män och kvinnor i den tredje och fjärde livsfasens behov av hjälpinsatser.

Det är ett välkänt faktum att andelen äldre ökar i Sverige och enligt statistiska centralbyrån (SCB) kommer andelen individer mellan 64 och 79 år att öka från 1,1 miljoner idag till 1,4 miljoner år 2015. En majoritet av den äldsta befolkningen är kvinnor (SOU 2003). Idag är antalet kvinnor över 80 år dubbelt så många som antalet män över 80 år och en stor andel av dessa är bosatta i glesbygd (Statistiska centralbyrån SCB 2009). Störst andel äldre över 80 år har glesbygdskommunerna i norra Sverige och Småland liksom Österlen och Bjärehalvön i Skåne (ibid).

Åldrandet är en process som sker gradvis utan bestämda gränser och med stor variation mellan människor. Idag talar man till och med om ålderdomens livsfaser, där vi i vår studie har valt att fokusera på den tredje och fjärde livsfasen (Nikander 2002). Den tredje livsfasen betecknar tiden då man blir pensionär och kanske fortfarande är relativt frisk, vital och kan bestämma över sig själv. Den fjärde livsfasen betecknar den period då kroppens fysiska och psykiska förmåga börjar avta så pass att man behöver hjälp av andra (Närvanen 2004). Det är dock individuellt hur man upplever sin hälsa och den fysiska förmågan utgör bara en del. Faktorer som nedstämdhet, depression och låg livstillfredsställelse har visat sig påverka hur människor uppfattar sitt hälsotillstånd och i detta sammanhang är ensamhet och isolering av avgörande betydelse (SOU 2002:29, Heylen 2010). Studier av äldres önskemål och behov inför ålderdomen har visat att trygga och tillgängliga bostäder med närhet till kommunikation och service är särskilt viktiga (Wänell & Schön 2005). Men med dagens bistandsprövning av äldres behov är önskan om trygghet i boendet sällan ett tillräckligt skäl för att få flytta till särskild boendeform (Lindelöf & Rönnbäck 2004, Söderberg 2005). I studier av hur frågan om äldres behov beskrivs och ges mening i mötet mellan äldre och företrädare för

kommunal äldreomsorg har det visat sig att hemtjänstens utbud över möjliga insatser tycks kunna bli styrande för hur äldres behov definieras (Olaison & Cedersund 2006, Olaison 2009). Vi menar att tillgängliga boendeformer liksom planering av omsorg påverkar säkerställandet av trygghet i boendet och därmed hälsan för äldre. Därför har vi valt att studera trygghet i boendet både ur ett samhällsorganisatoriskt perspektiv samt utifrån de äldres upplevelser av boendet.

Syfte och disposition

Att män och kvinnors åldrande, livsvillkor och hälsosituation skiljer sig åt vet vi redan men på vilket sätt dessa påverkas av och relaterar till upplevd trygghet och omsorgslösningar i olika boendeformer är fortfarande oklart (se t.ex. Thorslund et al. 2004, Van Dussen & Morgan 2009). Ju äldre människor blir desto större blir behovet av att känna trygghet (SOU 2003). I detta projekt har glesbygdskommunernas specifika förutsättningar för att bemöta äldre män och kvinnor i den tredje och fjärde livsfasens behov av hjälpinsatser stått i fokus. Syftet med studien är att belysa de politiska beslutsprocesser som leder fram till kommunens organisering och planering av boende för äldre med visst vård eller omsorgsbehov samt att studera de äldres upplevelse av trygghet i boendet utifrån ett genus och hälsoperspektiv. Detta innebär att studien dels haft ett tydligt samhällsperspektiv där glesbygdskommunernas specifika förutsättningar studerats när det gäller aspekter kring tryggt boende för äldre, dels har studien haft fokus på individen och dennes upplevelse av trygghet i boendet som ett led i att bibehålla en god hälsa. Syftet har undersökts genom två delstudier med avsikt att:

1. Bidra med ny och ökad kunskap kring hur trygga boendeformer för äldre i glesbygd planeras och prioriteras i politiska beslutsprocesser och myndighetssamverkan.
2. Bidra med ny och ökad kunskap om hur äldre kvinnor och män i glesbygd erfar och hanterar trygghet i sin vardag utifrån sin hälsa och boendesituation.

För att redogöra för studiens resultat har vi valt att dela upp rapporten i fem kapitel. Efter detta introduktionskapitel följer en presentation av det juridiskt organisatoriska ramverk som omger den svenska äldreomsorgen på kommunal nivå med fokus på glesbygden samt för vår studie relevant forskning på området. Därefter följer ett metodkapitel de vi redogör för det material som ligger till grund för våra analyser. I det fjärde kapitlet presenterar vi studiens resultat och därefter avslutas rapporten en diskussion av våra slutsatser och förslag på framtida forskning.

2. ÄLDREOMSORG I DET SVENSKA VÄLFÄRDSLANDSKAPET

I Sverige år 2010 fanns ca 9,5 miljoner invånare varav ca 1,7 miljoner är 65 år och äldre (SCB 2014). Med stigande ålder kommer även ökat antal hälsoproblem (Burstrom, Johannesson & Diderichsen 2002 & SCB 2012). Antal äldre (65 år och över) kommer innan år 2050 att ha ökat med 50 procent (SCB 2012). Detta innebär i framtiden ett utökat antal äldre som är i behov av insatser från hälso- och sjukvård. Hälsa är en viktig aspekt av livet och välfärden för alla människor. Vid studier där människor tillfrågats om hur viktiga olika saker är, svarar cirka 90 procent att hälsa är mycket viktigt (Holmberg & Weibull 2001:20). Även om antalet sjukdomar ökar med åren behövs ett hälsofrämjande arbete för att bidra till livskvalitet och en fortsatt självständighet (Rejeski & Mihalko 2001).

Tillgång till god äldreomsorg är en viktig välfärdsresurs för många äldre. Äldreomsorgen i Sverige regleras av socialtjänstlagen (SoL) som är en ramlagstiftning. I socialtjänstlagen, kapitel 4-5 framgår att omsorg ska utformas så att den äldre får ett värdigt liv och får känna välbefinnande. Vidare fokuseras trygghet utifrån att den äldre ska känna "trygghet att kunna bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och innebördsrik tillvaro i samhörighet med andra" (SoL 2001:453 § 4-5). Detta skall uppnås genom att de äldre ska få den hjälp och de stöd som behövs i hemmet. Enligt den nationella handlingsplan för äldrepolitiken som riksdagen antog 1998 (Regeringens prop. 1997/98:113) kvarstår de grundläggande principer för äldreomsorgen som gällt under det senaste decenniet: äldre ska kunna åldras i trygghet med bibehållet oberoende och ha tillgång till god vård och omsorg. I handlingsplanen slås också fast att äldreomsorgen skall vara offentligt finansierad och tillgänglig efter behov, inte efter köpkraft (SOU 2000:38). De beslut som fattas inom äldreomsorgen är i någon mening moraliska och styrs av moralregler kring vad behandlingens resultat bör vara och hur stor interventionen i människors liv som är berättigad. Inom äldreomsorgen är det staten som är källan för de moralregler som gäller genom socialtjänstlagen (SoL 2001:453). Det är sedan upp till politikerna i varje kommun att omsätta denna lag i praktik och tolkningarna kring vad lagen innebär praktiskt skiljer sig åt mellan kommuner. I varje kommun utarbetas då riktlinjer för handläggning och på så sätt genereras värdeomdömen då centrala riktlinjer omarbetats till lokal praktik (Hasenfeld 2010).

Svensk äldreomsorg brukade fram tills nyligen beskrivas som karakteriserad av att hålla en hög kvalitet, vara offentligt finansierad samt utföras av offentligt anställd

personal. Dock är det en bild som håller på att förändras, då äldreomsorgen som politikområde har genomgått stora förändringar de senaste decennierna, såväl när det gäller större politiska reformer som när det gäller finansiering av äldreomsorgen och vilka aktörer som agerar inom politikfältet (se t.ex. Erlandsson m.fl. 2013).

Socialtjänstlagen som reglerar äldreomsorgen befinner sig inom ramen för välfärdssektorn som har genomgått omfattande förändringar under de senaste årtiondena. Offentligt finansierade tjänster som produceras av privata aktörer har ökat påtagligt inom alla välfärdstjänsteområden – barnomsorg, skola, sjukvård, äldreomsorg, missbrukarvård, barn- och ungdomsvård. En omfattande politisk reform som inneburit stora förändringar för organisering och finansiering av äldreomsorg är den så kallade Ädelreformen. Ädelreformen genomfördes 1992 i Sverige och innebar att svenska kommuner fick i uppgift att integrera hälso- och sjukvård med socialtjänst. Ädelreformen är ett resultat av utredningar (proposition 1987/88:176) vars uppgift var att behandla samordningsbehovet av samhällets insatser för äldre. I propositionen betonas vikten av ett samlat huvudmannaskap och av avinstitutionalisering av äldreomsorgen. I och med Ädelreformen kunde kommuner välja att låta socialförvaltningen genom socialtjänst och hälso- och sjukvård gemensamt bereda vård- och omsorgstjänster som därmed innebär en samordning av hemsjukvård och hemtjänst. Hemsjukvård består av hälso- och sjukvård, medan hemtjänst traditionellt sett varit socialtjänstens ansvar (Carlström 2005). Dock råder det stor skillnad mellan kommunerna när det gäller tidpunkten för ett kommunalt övertagande av hemsjukvården. För landstingens del innebar Ädelreformen att verksamheten renodlades medan den för kommunernas del har inneburit att verksamheten ökat i omfattning, men även också blivit mer diversifierad (Carlström 2005, Johansson & Borell 1999). Delar av det traditionella svenska välfärdssystemet bedrivs alltmer i enlighet med en mer marknadsorienterad ideologi, en rörelse som uppfattas som en lösning på kraven på högre produktivitet och effektivitet (Serbant 2000). I vissa kommuner har kommunala institutioner blivit utlagda på privata entreprenörer eller anställda i kooperativ i syfte att öka konkurrensen, kvaliteten och effektiviteten samt minska utgifterna, men det är ändå kommunerna som har fullt ansvar för att garantera vård för äldre människor (Henriksen & Rosenqvist 2003).

Den förändring av äldreomsorgen som tog fart i och med Ädelreformen och det så kallade "frikommunförsöket" resulterade i att allt fler kommuner började orientera sig mot en separering av politik och produktion i så kallade beställar-utförarmodeller. I och med detta delades verksamheten in i resultatenheter med ett utökat eget ekonomiskt ansvar. Ett vanligt sätt att beskriva denna utveckling är att

den kommunala verksamheten kom att marknadsiseras. Ett viktigt inslag i denna utveckling mot marknadsmodeller var privatisering av kommunernas verksamhet.

Den ökade privatiseringen innebar i allt väsentligt att utförandet (eller produktionen) av tjänster, som tidigare utförts av den offentliga sektorn, lämnades över till den privata sektorn men med bibehållen offentlig finansiering och kontroll (SOU 2001:52). Även inom den del av välfärdstjänsterna som är kvar i offentlig regi har marknadsorienterade styrformer fått ökad spridning (SOU 2001:79). Denna utveckling togs ett steg vidare i och med införandet av Lagen om valfrihetssystem (LOV) (2008:962) i januari 2009. I och med LOV kan kommuner och landsting välja att inte bara lägga ut verksamhet på entreprenad utan också låta brukare och patienter (i vissa kommuner kallade kunder) välja utförare av vård- och omsorgstjänster. Fram till oktober 2013 har 144 kommuner valt att inför LOV, ytterligare 37 kommuner har meddelat att de tänker införa LOV medan 42 kommuner inte tänker göra det (skl.se). Samtidigt finns det också exempel på kommuner som tidigare införde LOV inom hemtjänsten men som nu avskaffar den (<http://www.ka.se>).

Tabell 1 införandet av valfrihetssystem i relation till andel av befolkningen

Valfrihetssystem och befolkning:	Befolkning:	Andel
Kommuner med valfrihetssystem i drift	6 241 469	66%
Kommuner som har fattat beslut att införa LOV	570 417	6%
Kommuner som ej har fattat beslut ännu	670 905	7%
Kommuner som beslutat att inte införa LOV	1 415 809	15%
Kommuner som ej har utrett LOV	584 255	6%
Totalt befolkningsunderlag i Sverige	9 482 855	100%

Införandet av LOV bygger på att Äldrepolitiken alltsedan 1980-talet mer eller mindre genomsyrats av en syn på äldre som resursstarka "omsorgskonsumenter" som själva ska bestämma innehållet i och omfattningen av sin omsorgskonsumtion. Orsaken till denna utveckling är framför allt talet om att effektivisera och marknadsanpassa den offentliga äldreomsorgens organisation och utförande

(Szebehely 2011, Giritli Nygren & Nyhlen 2014). I den politiska retoriken har konsument-profileringen av äldreomsorgen burits upp av begrepp som "valfrihet" och "självbestämmande" (Brodin 2005). Samtidigt visar en rad studier på att äldre som "kundkategori" har svårt att ta till sig valfrihetsreformer (SoL 2012). Valfriheten blir också skenbar då valet många gånger sker av personer med nedsatt förmåga eller att valet sköts av anhöriga (Meinow et al 2011, Winblad & Blomqvist 2013).

Andelen äldre som får del av den kommunala äldreomsorgen (främst hemtjänsten) har minskat under 1990-talet (även om minskningen var ännu mer markant under 1980-talet). Andelen av de äldre (80 år+) med plats i särskilt boende var i stort sett på samma nivå 1999 som 1990 (22 procent), medan andelen med hemtjänst eller hemsjukvård minskade från 25 till cirka 21 procent. (SOU 2001:79) Den kommunala äldreomsorgen fördelas könsmässigt ojämnt och är vanligare bland män som bor ensamma jämfört med kvinnor i samma situation. Bland gifta par är det i stället vanligare med kommunal hjälp om det är hustrun som är den hjälpbehövande, vilket innebär att en äldre kvinna som vårdar sin man står mer ensam om omsorgsansvaret än en gift man i samma situation (Szebehely, Fritzell & Lundberg 2001). Bland hemmaboende i åldersgruppen 75-84 år med behov av praktisk hjälp minskade den kommunala hjälpen mer bland kvinnor än bland män, och relativt sett mer bland sammanboende än bland ensamboende. Ungefär var sjätte person i åldrarna 75 år och äldre som behöver hjälp avstår i slutet av 1990-talet från hemtjänst på grund av avgiftens storlek. Äldre med låga pensioner avstår oftare än andra (Socialstyrelsen 2001f). Införandet av resultatenheter och prestationsbaserade finansieringssystem i kommuner har införts på många håll, och mer än hälften av landets kommuner har infört en organisationsmodell som innebär att ansvaret för biståndsbeslut skiljs från utförandet. Ett ökande inslag är äldreomsorg på entreprenad, det vill säga offentligt finansierad och reglerad äldreomsorg som utförs av andra aktörer än kommunerna själva, fyrdubblades under 1990-talet. Marknadiseringen syns också genom att den vinstsyftande välfärdsverksamhet som är mest omfattande och ökar snabbast sker inom äldreomsorg.

En förändring inom äldreomsorgsområdet, till följd av denna utveckling, är att resurserna har kommit att koncentreras till de mest vårdbehövande medan värden för dem med mindre omfattande vårdbehov har kommit att lösas genom informella insatser och privata tjänster. Äldre med stora omsorgsbehov, vilka tidigare ofta fanns inom sjukvården, tar idag en ökad andel av den kommunala äldreomsorgens resurser. Som om en följd härav har hemtjänstens insatser alltmer koncentrerats på en mindre och allt mer hjälpbehövande grupp av äldre, och

insatser som städning, tvätt, inköp och promenader har i ökad utsträckning ställts utanför det kommunala åtagandet (SOU 2000:38). I tätort är det möjligt att, i den mån den äldre har råd, köpa liknande tjänster av privata aktörer och använda sig av subventioner som exempelvis avdraget för renhållning, underhåll och tvätt (RUT-avdraget). Marknadiseringen som inneburit minskad offentlig äldreomsorg har fått effekter där högutbildade välbeställda äldre kan köpa sig omsorg på marknaden medan låginkomstgrupper tvingas vända sig till anhöriga för att få stöd och hjälp i sin vardag. Studier av tätort visar att dessa klassmönster har en tydlig könsaspekt då det framförallt är äldre kvinnor inom låginkomstgrupperna som blivit beroende av sina anhöriga i vardagen och det är då framfört allt dessa äldre kvinnors döttrar som mestadels fått ta över ansvaret för sina åldrande föräldrar (Brodin 2005, Szebehely 2005).

Förskjutningen från offentligt finansierad äldreomsorg mot anhörigomsorg och privat köpt hjälp är sannolikt en följd av såväl striktare hjälptilldelning som avgiftshöjningar och innehållsliga/organisatoriska förändringar av hemtjänsten. Risken att äldre av ekonomiska skäl avstår från kommunal hjälp har noterats (SOU 2001:79). Den senaste utvecklingen inom äldreomsorgen är att regeringen sedan 2010 ingått årliga överenskommelser med Sveriges kommuner och landsting (SKL). Detta beskrivs göras i syfte att ge stöd till ett förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård av och omsorg för de mest sjuka äldre. I och med dessa överenskommelser har statsbidrag inriktats mot att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete (skl.se).

Äldreomsorg i förändring – en utmaning för glesbygden

Den åldrande befolkningen är en utmaning för hela Sverige, men särskilt så för glesbygden. Förutsättningarna för glesbygdskommuner att tillhandahålla service, goda boendeförhållanden och omvårdnad skiljer sig fundamentalt ifrån förutsättningarna i tätort. Glesbygdskommuner ställs inför särskilda utmaningar när det gäller att tillhandahålla välfärd, dels eftersom de ofta har mindre skatteunderlag, och dels som avstånden många gånger är stora vilket medför omfattande kostnader för att bedriva äldreomsorg över hela kommunen (Söderberg 2014). Det är inte heller särskilt vanligt att privata vårdbolag etablerat sig i dessa områden varför det ofta är kommunerna själva som levererar tjänster. Att glesbygden har andra förutsättningar än tätorter tycks dock inte alltid avspeglas i äldreomsorgens verksamhetsbeskrivningar (se t.ex. Szebehely 2005). Organisering av äldreomsorg är ett förhållandevis väl utforskat område vilket både en rad offentliga utredningar men även vetenskapliga publikationer vittnar

om (se bl.a. Agevall 2000, Carlström 2005, Biggs & Powell 2001, Henriksen & Rosenqvist 2003). I dessa studier framkommer bland annat att politiker och kommunala tjänstemän måste omsätta politiska mål och strategier i praktisk omsorg för äldre människor och att det därmed råder en stor geografisk/kommunal variation både vad gäller förståelse, organisering och utbud av äldreomsorg (se t.ex. Henriksen & Rosenqvist 2003, Trydegård & Thorslund 2001).

De lokala och regionala politiska besluten har en långtgående inverkan på välfärdstjänsterna, men samtidigt är den kommunala sektorn avsevärt beroende av de beslut som fattas på nationell nivå. Beroendet mellan den kommunala/regionala nivån och den nationella handlar om möjligheterna att ta ut eller tillgodogöra sig skatt. Det kommunala handlingsutrymmet påverkas av flera olika parametrar: i vilken grad statsbidragen är öronmärkta, utformningen av lagstiftningen och dess innehåll samt de strukturer som upprättas för implementering och uppföljning av statens intentioner inom välfärdsområdet (SOU 2001:79).

Det är inte enkelt att tala om trender inom området men väger man samman det som hände under 1990-talet och därefter tyder utvecklingen ändå på att decentraliseringen av området ändå ökade. Viktigt att komma ihåg är dock att relationen mellan stat och kommun är komplex och det är svårt att värdera olika utvecklingstrender mot varandra. För att sammanfatta kan vi konstatera att det togs många viktiga decentraliseringsbeslut under 1990-talet samtidigt som den nya kommunallagen 1992 ökade handlingsutrymmet för kommunerna. Därmed ökade utrymmet för kommunerna att själva utforma sin interna organisation. En annan viktig förändring är att staten minskade sin möjlighet till påverkan av de kommunala verksamheterna genom att staten övergick från öronmärkta till generella statsbidrag. Samtidigt övertog kommunerna ansvar för verksamheter som tidigare varit inom landstingets regi i och med Ädel- och andra reformer (SOU 2001:52).

Tryggt boende för äldre

I och med att den kommunala hjälpen har kommit att koncentreras till dem med störst hjälpbehov, samtidigt som de äldre bor kvar i egna hem i större utsträckning än tidigare, innebär det nya och ökade krav på bostädernas utformning. Boverket har i ett yttrande påpekat att de äldres bostäder blir arbetsplatser för personal från hemsjukvård och hemtjänst vilket innebär att anpassningar av bostäderna skulle behöva göras för att underlätta för både de boende och personalen. Dock får

bostadsanpassningsbidrag inte lämnas för sådana anpassningar som utgår ifrån personalens behov. (Boverkets yttrande till SOU 2007:103)

Som ett led i utvecklingen där fokus har kommit att ligga på boende för äldre har det uppkommit en rad boendeformer som riktar sig till äldre personer. Exempel på sådana är "seniorbostäder", "plusboende", "55+ bostäder", "trygghetsbostäder" och "framtidsboende". Vid dessa boendeformer finns det inte något offentligt åtagande och därför är det upp till fastighetsägarna själva att välja vilket begrepp de vill använda för att profilera sina bostäder. Dock är det viktigt att poängtera att inte alla seniora bostäder har god tillgänglighet eller gemensamhetslokaler och det råder således en förhållandevis stor begreppsförvirring på området. Boverket påpekar att det i bygglagstiftningen inte finns några särskilda krav på seniorbostäder. Exempelvis kan det innebära att det i seniorboenden inte behöver finnas hiss, trots att det många gånger är flervåningshus (Boverkets yttrande till SOU 2007:103).

Trots att socialtjänstlagen och den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har slagit fast att varje person har rätt att känna trygghet och att trygghet skall vara ledord inom äldrepolitiken har det framkommit i offentliga utredningar att så inte alltid är fallet. Äldre som upplever att de inte längre kan känna sig trygga i sina hem kan nekas särskilt boende med hänvisning till att deras behov kan tillgodoses på andra sätt. Bedömningar för när människor anses vara i behov av särskilt boende har förändrats och tröskeln är hög. Äldredelegationen påpekar att tröskeln kan vara för hög då människor kan vara tvungna att bo kvar i sina bostäder fast de egentligen skulle önska att få flytta till ett särskilt boende. Det innebär att de kan känna sig osäkra och otrygga och önska ett annat boende som har ökad tillgänglighet men som även kan erbjuda viss service och gemenskap om så önskas (SOU 2007:103).

3. METOD OCH MATERIAL

Det övergripande syftet med denna studie är som tidigare nämnts att belysa de politiska beslutsprocesser som leder fram till kommunens organisering och planering av boende för äldre med visst vård eller omsorgsbehov samt att studera de äldres upplevelse av trygghet i boendet utifrån ett genus och hälsoperspektiv. Våra metodologiska överväganden har därför främst handlat om i vilket datamaterial det är lämpligt att söka information som kan belysa detta. För att uppfylla syftet har vi valt att använda fler än en materialkategori; intervjuer med kommunala aktörer och beslutsfattare, nationell statistik samt berättelser från äldre personer. Dessa kommer att presenteras tillsammans med en beskrivning av vad vi menar att de bidrar med i förhållande till det övergripande syftet. Nedan kommer en utförligare beskrivning av vilket material som ligger till grund för vår studie samt på vilket sätt de analyserats

Intervjuer med kommunala aktörer och beslutsfattare

Studien utgår ifrån tre glesbygdskommuner med liknande politisk struktur avseende stabil politisk majoritet under många år. Valet av kommuner har gjorts genom ett riktat kvoturval där Sveriges glesbygdskommuner¹ delades in i tre grupper, en för norra, en för mellersta och en för södra Sverige. Ur dessa tre grupper valdes därefter en kommun ur varje grupp, den med det högsta värdet för andel medborgare (%) över 80 år per grupp. Alla tre kommunerna har en andel av befolkningen som är över 80 år som ligger över medelvärdet (ovägt medel) i kommungruppen (kolada.se 2013-06-17). I två av de utvalda kommunerna ökar andelen befolkning som är över 80 år medan andelen i den tredje kommunen liksom i medeltal för kommungruppen ligger relativt konstant. Ingen av de tre kommunerna har infört Lagen om valfrihet (LOV) och alla tre kommunerna är kommuner med stabil majoritet över tid i kommunfullmäktige av partier placerade till vänster på den ideologiska skalan. Sammanlagt har 27 personer intervjuats i de tre kommunerna. Intervjuerna är kvalitativa informantintervjuer med politiker, tjänstemän, biståndshandläggare, chefer inom hemtjänsten samt representanter från de kommunala pensionärsråden. De kvalitativa informantintervjuerna fungerar bra vad gäller att få fram människors tankemönster och narrativ. Intervjuerna kan benämnas elitintervjuer, då de intervjuade informanterna

¹ Gruppen glesbygdskommuner är en kommun som har en tätortsgrad på under 70 % och har färre än 8 invånare per kvadratkilometer. Gruppen består av: Bräcke, Dals-Ed, Ljusdal, Nordanstig, Nordmaling, Pajala, Ragunda, Robertsfors, Sollefteå, Sorsele, Strömsund, Torsby, Vansbro, Vilhelmina, Vindeln, Ånge, Årjäng, Åsele, Överkalix och Övertorneå. Kolada.se 2013-06-17

befunnit sig på sådana positioner att de kan förväntas ha mycket information om den kommunala äldreomsorgen. Intervjuerna pågick mellan 60 och 90 minuter och spelades in för att sedan transkriberas till text som sedan analyserats utifrån en hermeneutisk iterativ process där teoretiska perspektiv och intervjumaterial befinner sig nära varandra (Gertz 1983). Detta innebär att vi gjort djupgående kvalitativa analyser av materialet där intervjuernas mening och innebörd har tolkats och även relaterats till den intervjuades position. Vid analysen av materialet har vi ställt oss frågor som fokuserar på betydelsen av berättelserna, exempelvis: vad betyder det då en äldre kvinna eller man i glesbygd talar om känslor av att vara ensam eller känslor av att inte vara prioriterad? Hur relaterar det till det övergripande talalet i samhället om glesbygd och äldre. Vi relaterar således intervjumaterialet till ett större socialt sammanhang och ser intervjuerna som personliga erfarenheter och upplevelser snarare än representationer av någon objektiv verklighet. De citat vi presenterar i rapporten skall ses som exempel på händelser, känslor eller ämnen vi har pratat om vid intervjuerna och i de flesta fall har flera informanter talat om liknande upplevelser. På ett övergripande plan har intervjuerna relaterats till de frågor som har legat till grund för studien – det vill säga politiska beslutsprocesser och planering av boende för äldre i kommunen.

Den nationella undersökningen om levnadsförhållanden (ULF)

För att kunna bidra med ny och ökad kunskap om hur äldre kvinnor och män i glesbygd erfar och hanterar trygghet i sin vardag har vi gjort statistiska analyser av befintliga data samt kvalitativa intervjuer med äldre.

De flesta epidemiologiska studier om hälsa bland äldre fokus på äldre personer yngre än 85 år, men det finns några undantag och ett sådant är den ULF-studie vi har använt. (SCB 2006). Enkätstudier som upprepas med samma åldersgrupper vid olika tider gör det möjligt att analysera trender i befolkningen. I enlighet med Miner-Rubino, Jayaratne och Konik (2007) menar vi att det är möjligt att använda statistiskt material för att öka kunskapen om kvinnors och andra marginaliserade gruppers levda erfarenheter. En fördel med statistisk analys baserad på ett slumpmässigt urval är att det är möjligt att generalisera resultaten till en större population än själva provet, och även att ta andra faktorer såsom socioekonomiska skillnader och andra sociala variabler i beaktande i samma analys. Det är också möjligt att belysa eventuellt generella skillnader i hälsa och levnadsvillkor mellan män och kvinnor i glesbygd.

Nedan presenterar vi tillvägagångssättet för den statistiska analysen som baserats på Statistiska Centralbyråns (SCB) nationella data genom den nationella studien om befolkningens levnadsvanor (ULF-studien). ULF-studien genomförs av SCB

varje år och ger en möjlighet att analysera trender för t ex arbetsmarknad, inkomst, hälsa och social relationer för personer mellan 16 och 84 år. Vart åttonde år inkluderas även de som är 85 år och äldre, vårt material härrör från den gång då denna grupp av äldre inkluderats.

De data som vi analyserar kommer från ULF-studien och samlades in under åren 2002 och 2003. I studien dessa år inkluderades personer över 84 år utan någon övre åldergräns och enkäten inkluderade frågor som är relaterade till åldrande. Urvalet i vår analys inkluderar 2738 personer i åldern 65 år och äldre (varav kvinnor utgör 57,2 procent). Svarsfrekvensen i åldersgruppen var 73 procent. Datainsamlingen för ULF-studien är i huvudsak gjord genom besöksintervjuer. Det är ett fåtal (åtta procent) som inte själva kunde besvara frågorna och de fick då hjälp av en nära anhörig eller någon annan som kände personen väl för att besvara enkäten. Dock besvarade inte denna kategori alla frågor och därför har vi valt att inte inkludera dem i vår analys.

Variabler

Utifrån syftet med projektet där fokus är på genus, hälsa och boendeformer valde vi frågor ur enkäten för att belysa dessa aspekter. Den fråga som valdes för att analysera den generella hälsan var om svarspersonerna bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som 1) mycket gott 2) gott 3) någorlunda 4) dåligt 5) mycket dåligt. De som svarade att de bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som "mycket gott" eller "gott" ingår i kategorin "god hälsa", övriga har vi kategoriserat som att de har "ohälsa".

För att undersöka den regionala dimensionen gjordes en indelning i bostadsorter. Denna gjordes utifrån Statistiska centralbyråns indelning i så kallade H-regioner (H = Homogena med avseende på befolkningsunderlaget) (SCB 2003). Region A motsvarar de tre största städerna i Sverige (Stockholm, Göteborg och Malmö), region B motsvarar större städer och "mellanbygden" och region C motsvaras av "tätbygden" och "glesbygden".

För att undersöka betydelsen av civilstånd kategoriserades personer som svarade att de var ogifta, fränskilda/hemskilda eller änka/änkling i kategorin ej gifta/sammanboende. Betydelsen av utbildningsnivå undersöktes genom att jämföra de som hade högre utbildning (högutbildade) med de som hade nioårig grundutbildning eller ej avslutad grundskoleutbildning (lågutbildade). De som svarade att de inte var födda i Sverige kodades som att de hade utländsk bakgrund.

För att undersöka känslor om ensamhet och övergivenhet använde vi enkätfrågan som undrade om svarspersonerna känt sig övergivna eller ensamma någon gång under de senaste två veckorna. Frågan har två svarsalternativ och de som svarade "ja" på frågan räknades in i den gruppen.

Förekomsten av informella nätverk hos svarspersonerna besvarades genom en fråga som handlade om vem de i första hand skulle vända sig till om de blev sängliggande en vecka och skulle behöva hjälp med olika sysslor (handla, laga mat, gå till apotek och annat). Svarsalternativen delades in i tre grupper: 1) De som fick hjälp av annan hushållsmedlem, son eller dotter ej boende i hushållet, annan anhörig ej boende i hushållet, bekant eller nära vän 2) Ingen att vända sig till och 3) Kommunen (hemtjänst, hemsjukvård, personal på servicehus), annan hjälp, t ex personlig assistent eller annan privat ordnad hjälp. Aspekter av oro i relation till ekonomi studeras genom frågan om svarspersonerna varit oroliga för sin eller familjens ekonomi under det kommande året och hade fyra svarsalternativ ("Ja ofta", "Ja då och då", "Nej aldrig" och "Vet ej/minns ej.") De som svarade att de var oroliga "ofta" och "då och då" kategoriserades som oroliga för sin ekonomi.

Statistisk analys

De deskriptiva analyserna av jämförelser mellan kvinnor och män och mellan bostadsorter har gjorts med chi-tvåanalyser. Bivariat logistisk regression har använts för att analysera vilka variabler som är associerade till sämre hälsa bland äldre. Den multivariata analysen har använts för att analysera betydelsen av bostadsregion för associationen till sämre hälsa bland äldre, där man samtidigt kontrollerat för ålder, socioekonomiska och sociala variabler. Samtliga analyser har använt en signifikansnivå på minst 95 procent.

De äldres berättelser

Om man vill veta något om människors erfarenheter, känslor och tankar om trygghet kan ett lämpligt sätt vara att låta dem berätta om dessa. Därför har den narrativa intervjuemetoden använts i intervjuerna med de äldre. Den narrativa intervjuemetoden har därför varit ett ändamålsenligt val för att fånga de äldres egna berättelser om hur det är att åldras i glesbygd. Det innebär en i det närmaste ostrukturerad intervjuemetod där informanterna fritt fått beskriva hur det är att åldras där de bor, vad trygghet innebär för dem och när de känner sig trygga. Informanterna har fått prata så fritt som möjligt om det de själva vill ta upp. Även om det ibland har resulterat i att de pratat om annat än det vi förväntat oss har vår avsikt varit att i mesta möjliga mån fånga deras beskrivningar, deras ord och deras associationer, inte att inkapsla deras erfarenheter i vårt språk. Det blir de ändå i

och med att vi har ordnat deras berättelser i förhållande till vår analytiska referensram. Konkret har det inneburit att vi har intresserat oss för hur de äldre vill beskriva sitt boende och sina livsvillkor utifrån frågan om trygghet. Hur trygghet översätts, tolkas och vilka innebörder det tillskrivs blir således en empirisk fråga. Men eftersom vi utgår ifrån att tolkning och meningsskapande alltid pågår i ett sammanhang, innebär det också att vi förutsätter att texterna bär spår av detta. Eftersom språket bidrar till att skapa och förmedla en verklighet kan språkliga utsagor inte neutralt presentera den. Analysarbetet riktas därför inte mot vad människor egentligen menar med sina utsagor, utan mot vilka mönster de bildar. Två centrala analysingångar är: Hur ser äldre kvinnor och män med hjälpbehov på sina möjligheter till tryggt boende i glesbygd? Vilka bärande berättelser (narrativ) kan urskiljas?

Sammantaget genomfördes 6 intervjuer med äldre, både äldre med befintligt hjälpbehov, anhörigvårdare och äldre som tidigare haft offentlig omsorg men av olika anledningar valt av avsluta den. Intervjuerna har genomförts både som personliga möten och telefonintervjuer. Intervjuerna har spelats in och transkriberats. För att säkerställa intervjupersonernas anonymitet och skydda deras integritet kommer de att refereras i texten genom att vi anger kön och ålder. Intervjuerna har gett insikter i upplevelsen av att åldras i glesbygd där både positiva och negativa sidor har berörts. Samtalen har resulterat i personliga berättelser som, naturligtvis, berör många olika teman. Ett återkommande tema i samtliga intervjuerna är dock känslor av ensamhet och att vara beroende av informella nätverk för att klara vardagen.

4. LEVNADSVILLKOR I REGIONAL BELYSNING: BOENDE, HÄLSA OCH GENUS

I detta avsnitt följer en resultatpresentation som delats upp i enlighet med studiens övergripande syfte det vill säga att belysa de politiska beslutsprocesser som leder fram till kommunens organisering och planering av boende för äldre med visst vård eller omsorgsbehov samt att studera de äldres upplevelse av trygghet i boendet utifrån ett genus och hälsoperspektiv. Kapitlet inleds med en belysning av hur kommunala aktörer och beslutsfattare beskriver kommunens organisering och planering av boende för äldre samt hur beslut fattas i frågor som rör äldres trygghet och hälsa. Därefter följer en belysning av äldres egna upplevelser utifrån ett genus och trygghetsperspektiv.

Planering av boende för äldre i glesbygd

De tre kommuner som ingår i studien har valt att organisera sig lite olika. I två av kommunerna finns en socialnämnd där de politiska riktlinjerna för äldreomsorgen i kommunen fattas medan det i den tredje kommunen finns ett socialt utskott som är underställt kommunstyrelsen. Två av kommunerna har valt att organisatoriskt dela in verksamheten i en del för myndighetsutövning och en del för utförare såsom enhetschefer/områdeschefer och verksamhetschefer för hemtjänst och särskilda boenden, medan den tredje kommunen inte delat verksamheten på så sätt. Trots dessa olikheter är de upplevelser som förmedlas i intervjuerna likvärdiga. I kommande avsnitt kommer vi att fokusera på gemensamma drag i berättelserna för att visa på hur lokala riktlinjer och tillämpningar översätts, legitimeras och påverkar arbetspraktiker inom kommunal äldreomsorg i glesbygd.

Kvarboendeprincipen som övergripande politisk strategi

Inom äldrepolitiken har begreppet kvarboende varit dominerande under lång tid då den fastställdes redan 1957. Begreppet innebär generellt att kvarboende i det egna hemmet skall prioriteras så länge behovet av vård och omsorg kan tillgodoses av hemtjänst eller andra alternativa lösningar. Kvarboendeprincipen kan definieras som att den äldre bor kvar i det egna hemmet livet ut (Wånell 2004).

I berättelserna från alla tre kommunerna går det att identifiera en slags glesbygdens ambivalens. Å ena sidan framställs glesbygd som trygg och omsorgsgivande där ett vanligt uttryck är att "man bryr sig om varandra i glesbygd" samtidigt som en rad svårigheter framställs i relation till glesbygdsbegreppet. De svårigheter som framkommer kan vara allt från långa avstånd i glesbygd som ger höga kostnader för kommunen till problem med exempelvis teknik och snöskottning.

Glesbygdsaspekterna är framträdande vid talet om de äldre i relation till den övergripande politiska strategin om kvarboende. I Sverige idag råder en politisk strategi att främja kvarboende i det egna hemmet så länge det är möjligt. Denna strategi får andra konsekvenser i glesbygd än i tätort. För att främja kvarboende är hemtjänsten välutvecklad i kommunerna, men eftersom avstånden många gånger är långa mellan brukarna innebär det höga kostnader och en personalkrävande verksamhet. Kommunala tjänstemän i våra intervjuer vittnar om hur de äldre bor kvar väldigt länge i sina hus, dels på grund av att kommunerna inte kan tillhandahålla särskilda boenden i närhet till byarna utan många gånger får de äldre flytta många mil från sin hemby till det särskilda boendet. Dels att de äldre i utkanterna av kommunerna kan välja att flytta till en annan kommun där närmaste tätort ligger. En biståndshandläggare som berättar att de äldre, framförallt de som bor på landsbygd, bor kvar hemma väldigt länge säger:

Dom kämpar verkligen in i... just som här i XXX [namn på tätort] spelar det inte så stor roll, där ansöker man om att få flytta men de som ansöker från längre [bort i kommunen] de väntar länge.

Biståndshandläggarna i kommunerna förklarar detta med att de har få eller inga platser på särskilda boenden i de små byarna runt om i kommunerna. Även tjänstemännen på chefsnivå pratar om hur tillgången på bostäder i särskilda boenden påverkar boendemönstren bland de äldre inom kommunen. Flera av kommunerna har en högre andel äldre som bor på särskilt boende i jämförelse med riket i stort, något som tolkas som att kommunerna har alltför god tillgång på platser. En avdelningschef säger:

Vi har haft god tillgång på äldreboendeplatser så då har vi stängt ned platser de senaste åren.

Även politikerna gör denna tolkning att deras kommuner har alltför många platser på särskilda boenden och att det kan inverka på biståndsbedömningen och de äldres sökmönster när det gäller bistånd.

Vi har haft fler platser än vad andra kommuner har haft vilket innebär att om man har fler platser då belägger man dem oftast (politiker).

Att skapa förståelse för kommunens situation och individualisering av ansvar

Vid intervjuerna med tjänstemän, politiker och biståndshandläggare framträder att de äldres förståelse för de kommunala riktlinjerna presenteras som viktig. Det är nästan möjligt att tala om en kommunal strategi som går ut på att de äldre ska ta ansvar för kommunens situation och se sina behov utifrån kommunens perspektiv, innan biståndsbedömningen sker. Ett exempel på hur detta kan gå till framkommer tydligt då en av de intervjuade handläggarna berättar hur hen kan förklara för de äldre att det inte är säkert att denne får en plats på det särskilda boendet i hembyn, handläggaren säger:

Dom [de äldre] sitter och tänker att nu vill jag inte bo här längre nu vill jag in på XXX [namn på särskilt boende] och när man informerar om att: när du söker till särskilt boende så är det inte säkert att det finns en ledig plats på just XXX. Då backar dom oftast och säger att jag kanske ska försöka ett tag till för jag vill inte till XXX [namn på tätort]. Så man diskuterar fram väldigt mycket och behöver inte direkt göra ett avslag (biståndshandläggare).

Genomgående från de tre kommunerna menar biståndshandläggarna att de har få avslag på biståndsansökningar samt att de har få överklaganden. En biståndshandläggare säger: "Vi har ju nästan inga avslag... så det blir inga överklagningar heller". Men senare under intervjun när vi talar om hur bedömningen av vårdbehov har förändrats över tid förklarar samma biståndshandläggare: att det är möjligt att klargöra för den äldre och/eller dennes anhöriga vad som brukar anses vara ett "normalbehov" vilket kan förmå dem att inte ansöka om bistånd:

... det är mycket svårare att komma in på dom [särskilt boende] idag, det är mycket högre krav än vad det var då och om de [äldre] inte har tillräckligt stort vårdbehov då... genom information om hur det är så förstår dom ju det själv också...(biståndshandläggare).

I intervjuerna beskrivs de äldre som "kloka" då de "förstår" biståndshandläggarens argument kring vad kommunen kan tillhandahålla och varför den äldre inte kan få flytta till ett särskilt boende trots att det är det den äldre efterfrågar inledningsvis. En annan biståndshandläggare säger:

Jag tror att vi har en ganska bra dialog med...[de äldre], dom är jättekloka våra gamla för dom vet ju också att om man informerar om att såhär ser det ut på ett äldreboende... Man medvetandegör hur ett äldreboende ser ut (biståndshandläggare).

Denna typ av berättelser är återkommande från alla tre kommunerna där tjänstemännen berättar att det är vanligt att de vid "sittande bord" förklarar för den äldre och dennes anhöriga vad de kan förvänta sig och vad de har rätt att ansöka om. På så sätt internaliserar brukarna institutionens värderingar och kräver inte att få sin sak prövad utan accepterar biståndshandläggarens hänvisningar till kommunal praxis, vilket kan gå helt stick i stäv med lagstiftningens intentioner. På så sätt menar informanterna att bedömningen av äldres behov i hemmet förhandlas genom samtal samt att bedömningen tar hänsyn till det organisatoriska ramverket, den professionella uppgiften samt brukarens behov. De äldre som inte förstår kommunens perspektiv eller har en känsla av att kommunen ska ta hand om dem bedöms ha ett bristande egenansvar, vilket också kan tolkas som en situation som uppkommer när brukare inte har internaliserat institutionens värderingar. En biståndshandläggare säger:

Det tycker ju jag att man träffar på väldigt ofta, att man har inställningen, ja men det ordnar sig och kommunen tar väl hand om mig. Liksom att man inte har så mycket egenansvar.

Biståndsbedömarna menar också att det är mycket mer tidskrävande att göra ett avslag på en bedömning eftersom det då krävs mer omfattande dokumentation än vad som krävs vid beviljandet av en ansökan och därmed är det en tidsbesparande åtgärd att förklara för den äldre och dennes anhöriga innan en formell ansökan har gjorts vad denne är berättigad till och inte i kommunen. Biståndshandläggaren uppvisar även en viss irritation då domstolars bedömning inte stämmer överens med deras egen:

Numer är det ju mycket såhär man kan se i domar att... man är 92 år och känner sig lite otrygg och vill flytta. Då kan man nästan få rätt alltså... det kanske var hårdare, domstolarna tog mer på behov än på ålder förr (biståndshandläggare).

I talet om domstolar och deras bedömningar blir det tydligt hur biståndshandläggare omsätter ett striktare värdeomdöme i praktisk handling än vad som är avsett av lagstiftaren. Det mer restriktiva värdeomdömet kommer som

en konsekvens av det tuffa ekonomiska läget i kommunerna och av att nya tjänstemän lärs upp av de gamla.

Att integrera informella nätverk och omgivande samhälle i planeringsprocessen

I våra intervjuer har det framkommit att informell hjälp utgör ett viktigt element i arbetet med att se till att de äldre får den omsorg de har rätt till, trots att det egentligen är ett kommunalt ansvar. På så sätt blir det omgivande samhället en del i planeringen av boende för äldre. Ett exempel handlar om att kvinnor många gånger påverkas av att det inte finns några bussar på landsbygden och om maken dör får kvinnorna svårt att klara sig då de många gånger varken har bil eller körkort:

och dör mannen, som oftast var den som körde, så blir det ju problem.
Men... många löser det... med grannar eller barn eller släktingar.... så
då är det ju inga problem (biståndshandläggare).

Att kvinnor i högre utsträckning än män förpassas till att bli beroende av informella nätverk bestående av grannar, barn eller släktingar ingår således i planeringen. Att hänvisa till informella nätverk är en praktik som biståndshandläggare måste använda sig av på flera områden. Exempelvis är att det är en uttalad policy att informell hjälp skall nyttjas i första hand när det gäller ledsagning av äldre när de skall på sjukhus eller någon annan aktivitet. Biståndshandläggare säger:

Då har vi sagt [...] att anhörig först annars är det
frivillig[organisationer] som Röda Korset... dom får ta kontakt med
dem i första hand innan personal följer med.

Glesbygdsaspekterna är ett återkommande tema när informanterna talar om bedömningen av behov eftersom de långa avstånden blir väldigt kostsamma, särskilt om brukaren har behov av besök fler än en gång per dag eftersom det dessutom kan vara flera mil mellan varje brukare. En praktik som flera enhetschefer för hemtjänsten pratar om är att göra informella uppgörelser med lantbrevbäraren där denne kan höra av sig till enhetschefen om postlådan hos en äldre med hjälpinsatser inte blivit tömd.

En annan aspekt av kvarboende är att i eget hem så menar biståndshandläggare att de inte kan bevilja något som handlar om fastigheter. De menar att frågor kopplat

till fastigheten många gånger är en viktig faktor för kvarboende i eget hem i glesbygdskommuner. Att exempelvis klippa gräs, skotta snö, bära ved eller putsa fönster är inget biståndshandläggaren i en kommun menar att hen kan bevilja. Samtidigt som samma biståndshandläggare säger att hen inte kan hänvisa till kommunens tekniska avdelning för sådana sysslor heller. Ingen biståndshandläggare i intervjumaterialet menar att deras kommun tolkar socialtjänstlagen utifrån ett glesbygdsperspektiv. De beviljar inget bistånd som de ser är specifikt för glesbygd utan de hanterar bistandsfrågor på samma sätt som i tätort eller städer. Dock kan en glesbygdskommuns vägledande ekonomiska kriterier skilja sig från en storstadskommuns kriterier och därigenom skapas ändå en indirekt skillnad i socialtjänstlagens tillämpning. Ett exempel rör snöskottning och vedhämtning som är specifika behov som kan uppstå i glesbygd men inte i tätort eller städer där menar biståndshandläggare att *"Det får dom [de äldre] ju ordna på annat vis."* Det är också viss skillnad mellan de olika kommunerna i vad som anses som skälig levnadsnivå. I en av kommunerna anses inte putsning av fönster vara en del av skälig levnadsnivå. I en annan kommun menar tjänstemän på chefsnivå att det inte går att göra sådana gränsdragningar utan alla behov måste bedömas utifrån individen. Biståndshandläggare beskriver också hur man vid akuta fall, trots att det inte finns några rutiner för det, nyttjar räddningstjänsten för att t.ex. få hem ved för uppvärmning, snöskottning och att handla mat. Handläggaren säger:

...vi har nog tagit upp det med chefen såhär att, frågan dyker ju upp liksom.... vi kanske aldrig riktigt går till botten med det. Och när det blir riktig kris, sådana här extrema fall då har vi löst det... men... det blir aldrig liksom en nedskriven rutin...

Samtidigt som personlighet och handlingsutrymme påverkar bedömningarna beskrivs också hur bedömare påverkar varandra och att det blir en sorts kultur som blir avgörande för besluten. En biståndshandläggare berättar hur denne lär av äldre kollegor och väldigt sällan tittar i de politiska riktlinjerna från kommunen. På så sätt lever lokala informella strategier vidare genom kommunal praktik och påverkar bedömningen av de äldres behov.

Känslor, profession och byråkrati i förhandling av behov

Inom ramen för äldreomsorgen möts, som tidigare nämnts, flera olika yrkeskategorier som skall samverka i omsorgen om de äldre. Det är allt från biståndsbedömare, anställda inom hemtjänsten, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Socialtjänstlagen lämnar ett stort tolkningsutrymme för de olika kommunerna men även för de enskilda

tjänstemännen att avgöra vem som skall beviljas äldreomsorgsinsatser. Verksamheten regleras visserligen på nationell nivå genom socialtjänstlagen men det är kommunens politiker som beslutar om fördelningen av kommunens ekonomiska medel och därefter bedömer kommunala tjänstemän på socialnämnden eller i några fall på kommunstyrelsens uppdrag behoven hos den enskilda och därefter tilldelas hjälp (Socialtjänstlagen 2001:453, Szebehely 2000). Flera tidigare studier har redan visat att biståndsbedömningen inte är en statisk situation utan det är en situation där behov förhandlas mellan bedömare och brukare (Griffiths 2001, Olauson & Cederlund 2006, Vassay 2001), vilket också är fallet i de tre kommuner vi genomfört våra studier. Gränsen mellan yrkesmässiga bedömningar och privata värderingar framstår ofta som oklar, och den dominerande grunden för beslutsfattande tycks ofta utgöras av egna värderingar i kombination med de studerade glesbygdskommunernas specifika förutsättningar. Biståndshandläggare berättar att det ofta uppstår en förhandlingssituation mellan sjukvårdspersonal och biståndshandläggare kring vad som är bäst för den äldre. Gustafsson & Szebehely (2005) menar att de yrkesmässiga traditionerna skiljer sig åt mellan kommunala tjänstemän och hälso- och sjukvårdspersonal där de senare har ett vårdande perspektiv där huvudfokus är att bota sjukdomar och återställa förlorade funktioner medan tjänstemännen har ett synsätt där resurser skall bevaras hos den äldre för att underlätta kvarboende i det egna hemmet. De kommunala tjänstemännen talar om en situation där de uppfattas som att de har lägre status än de yrkeskategorier som tillhör hälso- och sjukvården.

Det kan vara jättesvårt ibland... det som är då är att dom [sjuksköterskorna] kanske pratar med den enskilde personen [den äldre] och ja: men du kanske skulle behöva komma på ett korttids[boende] och... jag menar sjuksköterskor, läkare och så är ju väldigt högt bland de äldre. Deras ord står ju... högre än vårt (biståndshandläggare).

En biståndshandläggare säger:

Ja sköterskorna vill ju gärna... dom ringer ju ofta när dom ser att det kan vara något problem... så då ringer dom och frågar oss, finns det några platser? Och då ska dom ha in dom [de äldre] på en... korttidsplats eller någonting. ... vi brukar stå på oss att sköterskorna faktiskt får ta sitt ansvar... jag vet inte det känns som att dom [sjuksköterskorna] vill bli av med problemet.

Här uppstår alltså en förhandlingssituation där sjukvårdspersonal och kommunala tjänstemän har olika syn på vad som är bäst för de äldre och vems ansvar det är. Sjukvårdspersonalens bedömningar regleras utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och handlar om det medicinska vårdbehovet medan biståndshandläggare skall se till det sociala behovet utifrån Socialtjänstlagen samtidigt som de ska eftersträva kvarboende i det egna hemmet.

Tjänstemän med myndighetsutövning har en beställarfunktion gentemot andra kommunala tjänstemän som har en utförarroll. Hur detta är organiserat ser lite olika ut i de kommuner vi genomfört våra studier. Utöver beställare och utförare ingår också nära samverkan mellan tjänstemannagrupperna och sjukvårdspersonal i form av sjuksköterskor, distriktssköterskor, läkare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Intervjuerna visar att de olika grupperna har svårt att förstå varandras språk, metoder och yrkesmässiga mål. Det kan ha sitt ursprung i att de olika yrkesgrupperna måste förhålla sig till olika lagar och att detta har inflytande på gruppernas samverkan. Samtidigt framkommer berättelser om osäkerhet kring den professionella som biståndsbedömare. Osäkerheten är tvåfaldig, dels handlar det om en organisatorisk och ekonomisk osäkerhet där det upplevs som att riktlinjer ändras från en dag till den andra. En biståndshandläggare säger:

... den här organisationen... är så rörig... man vet inte från dag [till dag] vad som händer och sker. Man har ingenting att liksom luta sig tillbaka på. Osäker, man blir så osäker i sitt jobb på något sätt.

Det är dock inte bara de olika yrkeskategorierna inom landstinget och kommunen som har svårt att förstå varandra utan det sker också på en mer organisatorisk nivå. Enhetschefer och politiker vittnar om hur de upplever att kommunens och landstingets kostnader och prioriteringar ställs emot varandra. En enhetschef säger:

Jag tycker vi har väldigt svårt att förstå varandra. Vi har så olika arbetssätt och syften.

Det uppstår oenighet om de äldre kring vems ansvar det är och då uppstår praktiker som tjänstemännen skall förhålla sig till, ett exempel på en sådan är den så kallade "tröskelprincipen". Den innebär att de äldre som själva kan ta sig "över tröskeln" för att få sjukvård är landstingets ansvar medan de som är immobila är den kommunala hemsjukvårdens ansvar. Dock uppstår tolkningssvårigheter och gränsdragningsproblematik kring dessa praktiker. En enhetschef säger att "landstinget ändrar självvådligt tolkningarna".

Det framkommer också i våra intervjuer att kommunala aktörer och beslutsfattare ofta befinner sig i en situation där en skör äldres behov ställs emot kommunens osäkra situation, där informanterna också värnar bygdens överlevnad. I alla kommuner berättar våra informanter om svårigheterna med att bedöma enbart utifrån den enskildes behov då de befinner sig i en verksamhet som är "hårt" ekonomiskt pressad och de arbetar under en ramlagstiftning där stort handlingsutrymme ges. En biståndshandläggare säger:

Det är nästan så att ibland känner vi att vi måste bedöma utifrån vad det finns för resurser. Vi skall ju inte tänka på det. Vi ska ju tänka på den enskilde, vad har den för behov. Men vår chef tycker ju lite att, ja, men ni [biståndshandläggare] måste ju också se på ekonomin.

Samtidigt handlar också osäkerheten om att bo och jobba i glesbygd: många gånger känner tjänstemännen de äldre eller de äldres anhöriga vilket leder till en slitsam arbetssituation.

Jag är ifrån XXX [samhället där handläggaren jobbar] och jag jobbar här, jag är uppväxt här. Det kan också vara...man måste ju vara professionell så att det ska ju egentligen inte göra någonting. Men känner jag inte den enskilde så känner jag någon anhörig eller vet vem det är, det är slitsamt (biståndshandläggare).

Det finns dock också tecken på hur kommunala tjänstemän gör motstånd mot att påverkas av det ekonomiskt tuffa läget som råder i kommunerna. En biståndshandläggare säger:

... visst får man höra ibland när man bevilja någonting att: det här kommer att kosta oss ska vi ta in extra personal för det här och har du verkligen beviljat att hon ska få såhär mycket hjälp. Men någonstans tänker jag att: jag jobbar inte med ekonomi, jag måste se till behoven. Visst har man som kommunalanställd ett ansvar för kommunens ekonomi men ser jag att behovet finns tänker jag inte bortse ifrån det.

I en glesbygdskontext där avstånden till service och tillgång till sjukvård många gånger är stora ställs olika professioner mot varandra på ett tydligare sätt än vad som kanske är fallet i tätort. Det finns också en frustration bland biståndshandläggare att de på grund av tidsbrist aldrig hinner se över sin verksamhet eller utveckla den.

Man kan ju aldrig utveckla vår verksamhet, som inom bistånd, liksom det händer ju aldrig någonting. Vi står och stampar på samma plats hela tiden liksom (biståndshandläggare).

Även på chefsnivå genomsyras intervjuerna av frustration kring det ekonomiska läget. Det är sällan eller aldrig de ekonomiska resurserna för att vidareutbilda eller upprätthålla utbildningsnivån hos de anställda inom äldreomsorgen existerar. Ett konkret exempel är när en enhetschef berättar om hur hela personalstyrkan fick genomgå en fortbildning men där pengar för att upprätthålla kunskaperna fattades.

Man [personalen] måste ha repetition kanske en gång om år, en halvdag per person, och det har inte blivit av tyvärr. Det handlar om bemanning och resurser... (Enhetschef).

De kommunala tjänstemännen talar också om att deras ansvarsområden och deras roll kan vara svår att förstå.

Det är ju många som inte vet vad vi [biståndshandläggare] gör eller dom har en uppfattning om... att vi är besvärliga och säger nej... det här med att det är en ansökan och ett bistånd, ett beslut vi fattar, det är det många som inte vet eller förstår (biståndshandläggare).

Biståndshandläggarna menar också att de får hantera mycket kontakt med de äldre eller de äldres anhöriga, frågor som egentligen borde vara en fråga för utförarna, till exempel om beslutat bistånd inte blir utfört. Biståndshandläggarna beskriver också sin situation utifrån att det kan vara svårt att få kontakt med de äldre, att få deras förtroende. De upplever det som att de äldre inte vill ha deras hjälp. En biståndshandläggare säger:

... ofta finns ju ett behov, många gånger så blir det nästan så att... vi erbjuder och lockar och pockar... då kan vi ta kontakt med en demenssköterska och... det går mycket lättare för henne för hon kan locka med att hon ska ta ett blodtryck och det... säger ju ingen nej till och då får hon in en fot och bygger förtroenden.

Flera biståndshandläggare upplever också att det kan vara svårt att förmedla de fattade besluten och få all personal att utföra dem. En handläggare säger "ja, de gör lite grann som de vill om vi säger så. Dom tycker att; här är det jag som bestämmer". Biståndsbedömarna upplever hemtjänstpersonalen som styrd av att

alla insatser ska stå nedskrivna på papper medan biståndsbedömarna vill att beskrivningarna skall vara mer generella så att större handlingsutrymme ges till hemtjänstpersonalen, som då också förväntas ta ett större ansvar. Biståndshandläggare säger: "det är svårt det här med flexibilitet... som det här med sopor... det kanske har blivit lite bättre nu men i början skulle det stå på ett papper annars tog de inte ut soporna".

Svårigheterna att i små kommuner hålla isär olika roller kommer inte bara till uttryck i relation till äldre och deras anhöriga utan även inom ramen för deras organisatoriska sammanhang. Föreskrifterna för arbetsdelning påbjuder biståndshandläggarna att endast se till sociala behov till skillnad från vårdpersonal som skall se till det medicinska, medan verkställare skall verkställa behoven. Det framkommer i en av de kommuner vi genomfört intervjuer att trots att de organisatoriskt är uppdelade i en beställarorganisation och en utförarorganisation har de trots det samma chef. Biståndshandläggaren säger:

det är en liten kommun... vi träffas i korridorerna... det blir tajt. Speciellt i det här huset då kan jag ju känna när jag går upp själv och ska äta mat, att jag ser mina omsorgstagare liksom eller personalen kanske dyker på mig.

Den rumsliga placeringen i samma byggnad av utförare och beställare upplevs alltså som ett problem av beställarorganisationen i en av kommunerna. I en annan kommun vittnar utförarorganisationen om att de upplever att beställarna blir alltför fjärrad från verksamheten och att information förloras genom den rumsliga separationen. Utförarnas situation präglas än mer av den glesbygdsspecifika osäkerheten än biståndshandläggarna då det råder ekonomisk press och stora svårigheter att rekrytera tillräckligt med kompetent personal. Medan utförarna efterlyser mer förståelse vill beställarna vara mer frikopplade från bekymren som präglar utförarorganisationen för att kunna genomföra sitt jobb och endast bedöma utifrån individens behov.

Glesbygdsasekterna blir också tydliga i enhetschefernas berättelser som många gånger präglas av kommunens tuffa ekonomiska läge och en känsla av att äldreomsorgen inte är en prioriterat område för kommunerna. Det enhetscheferna ser som den största oron och en av de saker de jobbar mest med är att rekrytera utbildad personal.

Bemanningen, den ser jag med stor oro. Vi är oroliga varje gång inför sommaren, hur ska det gå? Hur ska vi få ihop folk? (Enhetschef).

Då det uppstår problem med äldre eller deras anhöriga är det flera enhetschefer som tar personliga ansvar och gör både hembesök och spenderar fritid med att försöka lösa uppkomna situationer. Det gäller både när det handlar om att hitta vikarier och stötta anhöriga till äldre. Enhetscheferna kan många gånger uppleva en svår situation då de hamnar mellan de äldres egna eller anhörigas behov och de egna cheferna i kommunen. De personliga relationerna till de äldre och deras anhöriga och den interna organisationen inom kommunen skapar en slitsam arbetssituation.

Nu orkar jag snart inte mer, jag känner att jag liksom blir galen, men på något sätt går det ju...jag pusslar och jag stuvar...jag tänker på de äldres bästa...på något sätt går det (Enhetschef).

Att åldras i glesbygd - de äldre rapporterar och berättar

Flera forskare har påtalat att det idag, i och med att kvinnor lever längre än män, sker en feminisering av åldrandet (CIHI 2006, Keating & Eales 2012). Äldre kvinnor tillhör ofta den grupp som har lägst pension i samhället (Gunnarsson 2000), och äldre kvinnor lider mer av hälsoproblem jämfört med män (Lennartsson och Heimerson 2013). Det finns dock en brist på omfattande epidemiologiska och kvantitativa studier som gör analyser av hur detta förhåller sig i glesbygd, framför allt ur ett genusperspektiv. I Sverige har tidigare studier visat att kvinnor och män som lever i glesbygd har en lägre medellivslängd och högre dödlighet på grund av skador och ischemiska hjärtsjukdomar (Melinder 2007). En jämförelse av psykisk hälsa mellan olika kommungrupper uppvisar dessutom några motsägelsefulla resultat. Män är mer självmordsbenägna i mindre kommuner jämfört med större, medan kvinnor är mindre självmordsbenägna i mindre kommuner jämfört med i större kommuner. Samtidigt är det psykiska välbefinnande mer positivt för både män och kvinnor i mindre kommuner jämfört med större (Melinder 2007). Studier av depression däremot, visar att äldre kvinnor är mer deprimerade jämfört med män (Djernes 2006). I internationella studier har det visat sig att dubbelt så många kvinnor som män rapporterar känslor av ensamhet och övergivenhet på landsbygden (12 respektive 5 procent) och känslor av ensamhet har också visat sig vara starkt relaterade till depression på landsbygden (Burholt och Scharf 2013).

Eftersom kunskaperna om äldres hälsa och trygghet är relativt begränsade och särskilt ur ett genusperspektiv är det viktigt att använda olika metoder för att synliggöra de problem och möjligheter som finns i den gruppen (Nyhlén, Gillander Gådin & Leipert 2014). I enlighet med Miner-Rubino, Jayaratne och Konik (2007)

menar vi att det är möjligt att använda statistiskt material som ett komplement för att öka kunskapen om kvinnors och andra marginaliserade grupper levda erfarenheter. En fördel, förutom att det är möjligt att generalisera resultaten till en större population än själva urvalet, är att det också är möjligt att ta andra variabler i beaktande i samma analys, t ex socioekonomiska skillnader och andra sociala faktorer. Det är också möjligt att belysa eventuellt generella skillnader i hälsa och levnadsvillkor mellan män och kvinnor i glesbygd. Nedan kommer vi först att utifrån nationella data att svara på frågan om det finns skillnader i hälsa mellan äldre kvinnor och män och om det finns skillnader i hälsa i förhållande till typ av boendeort, för att därefter presentera exempel på äldres egna erfarenheter av att åldras i glesbygd.

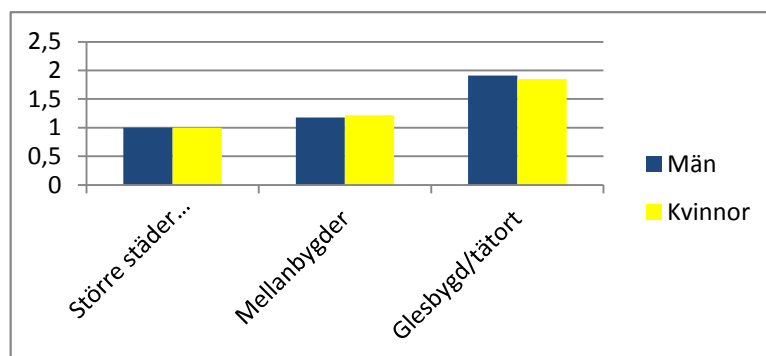
Genus och hälsa i geografisk belysning

Vår studie visar i en jämförelse mellan äldre kvinnor och män att kvinnorna i högre utsträckning rapporterar sämre hälsa jämfört med männen (48.2 respektive 39.9 %, $p < 0.001$). Fördelningen av ohälsa, de sociodemografiska och sociala variablerna i de olika regionerna visas i Tabell 1. Även om en högre andel kvinnor rapporterade ohälsa jämfört med männen var det en högre andel som rapporterade ohälsa i de mindre regionerna jämfört med de större. Det var också en högre andel kvinnor i den äldsta åldersgruppen, men åldersfördelningen skiljer inte mellan regionerna. Det var dubbelt så hög andel bland kvinnorna som inte var gifta eller sammanboende jämfört med männen. Både utbildningsnivån och andelen med utländsk bakgrund skiljde mellan regionerna. Bland de som fick hjälp av kommunen eller motsvarande i första hand när de var sängliggande en vecka var kvinnor i tre gånger högre andel jämfört med männen. Analysen visar också att kvinnorna i högre utsträckning oroade sig för sin ekonomi jämfört med männen ($p < 0.001$).

Tabell 1. Fördelning (%) av ohälsa, sociodemografi och trygghetsvariabler i tre olika regiontyper A (större städer), B (mellanbygd) och C (tätbygd/glesbygd). P-värden från chitvå-test.

Regioner	Män				Kvinnor			
	A	B	C	p	A	B	C	p
<i>Generell ohälsa</i>	34.9	41.3	50.0	<0.001	45.8	49.2	59.6	<0.001
<i>Sociodemografi</i>								
Ålder								
65-74	49.7	49.7	53.2		40.0	39.8	42.2	
75-84	36.4	35.5	34.9		35.1	38.0	36.6	
85 +	13.9	14.9	11.8	0.814	24.8	22.2	21.3	0.596
Ej gift/samboende	35.6	35.4	31.7	0.607	65.5	61.7	61.2	0.249
Låg utbildning	52.5	76.8	85.5	<0.001	59.7	75.9	83.9	<0.001
Utländsk bakgrund	13.1	7.7	2.7	<0.001	16.2	8.4	7.1	<0.001
<i>Trygghet</i>								
Ensam, övergiven	7.6	7.3	6.4	0.871	18.0	15.5	16.1	0.450
Hjälp om sjuk -av släktingar/ vänner	92.0	91.1	92.3		83.7	82.4	79.0	
-ingen	1.7	1.5	1.6		3.2	1.9	1.2	
-kommunen/ annat	6.3	7.3	6.0	0.934	13.1	15.7	19.8	0.036
Oro för egen ekonomi	10.1	7.9	3.5	0.025	15.4	13.6	13.2	0.576

Eftersom det var flera av variablerna som skiljde sig åt mellan regionerna som också kan förväntas vara relaterade till ohälsa var det intressant att göra en multivariat analys där det kontrollerades för dessa variabler vid analyser av relationen mellan ohälsa och region. Figur 1 visar resultatet från en multivariat logistisk regression där det kontrollerades för alla ingående variabler i Tabell 1. Resultatet visar att oddsen att rapportera sämre allmän hälsa i mindre orter är högre än i mellanbygder och dubbelt så hög som i större städer, även när man tagit hänsyn till de olikheter som finns mellan regionerna.



Figur 1. Oddsen för att rapportera sämre hälsa i mindre regioner i förhållande till storstäder med kontroll för sociodemografiska och sociala variabler. Större städer= referens. Resultat från multivariat logistisk regression, KI 95 %.

Äldres egna berättelser

Ovan har vi visat att äldre i glesbygdskommuner, efter att andra faktorer har kontrollerats för, rapporterar mer självskattad ohälsa än äldre i medelstora och stora kommuner. Hur vi ska förstå detta och vad det kan bero på har vi däremot inte fått svar på. Att ge ett fulltäckande svar på dessa frågor kommer inte att vara möjligt i denna rapport, men i de äldres egna berättelser kan vi åtminstone få en djupare förståelse för vad som kan tänkas dölja sig bakom deras svar. Ett återkommande tema i de äldres egna berättelser om att åldras i glesbygd är behovet av informella nätverk för att klara vardagen. Dessa informella nätverk består av vänner, bekanta, grannar, barn och barnbarn, människor som på olika sätt hjälper de äldre. Det kan röra sig om allt från snöskottning, hjälp med vardagliga hjälpmedel så som exempelvis påtagning av stödstrumpor eller handling av matvaror och bilskjuts till vårdgivare. Det flera av personerna berättar om hur de är beroende av dessa informella nätverk genom att det i glesbygd är brist på allmänna transportmedel för att ta sig till exempelvis tandläkare, läkare eller handla matvaror. En kvinna säger:

Det finns inga transporter till själva samhället... det finns inga kommunala transportmedel. Det finns skolbussar som åker här på morgonen och på dagarna men dom får vi inte åka med överhuvudtaget. Så det handlar om att ha bil själv och jag kör inte bil.
(Kvinna, 81 år)

Bristen på kommunala transportmedel tenderar att drabba kvinnor hårdare än män då kvinnorna i större utsträckning inte har bil och körkort. Berättelserna pekar också på hur de äldre upplever att mycket ansvar läggs på dem själva, både

att söka information efter vilka stödfunktioner kommunen erbjuder men även att ansöka om bistånd. Det upplevs som att om den äldre själv saknar förmåga att ansöka om bistånd eller saknar anhöriga eller andra som kan hjälpa till med detta uppstår en situation där en äldre kan bli utan hjälp.

De som inte har ork och förmåga att ta kontakt själv [med kommunen]
de ställs åt sidan (Kvinna, 81 år)

De äldre berättar om hur familj och vänner men även ideella organisationer hjälper dem i deras vardag och även bidrar till ökad livskvalitet och glädje. Det kan handla om allt från att följa med till sjukhus och tandläkare till att få delta i bokcirkel med högläsning. I intervjuerna betonas en situation där de äldre själva inte skulle klara kvarboendet i egna hem utan hjälp från informella nätverk, framförallt i relation till glesbygdsspecifika behov kring exempelvis skottning, vedeldning och gräsklippning. Ekonomisk oro och kostnaden för den kommunala hjälpen var också något som flera av de äldre återkom till i sina berättelser. Denna oro skall ses i ljuset av att flera av de äldre vi intervjuat bott i egna villor på landsbygden, villor som många gånger är svåra eller rent av omöjliga att sälja till ett marknadsvärde. Flera av de äldre återkommer också till att de upplever hemtjänstpersonalen som stressad och hårt pressade. Flera av de äldre är väldigt noggsamma med att poängtera att de inte i egentlig mening vill "klaga" på hemtjänstpersonalen som gör "så gott de kan".

Det finns så många fina människor som jobbar inom vården... de
sliter som djur (Kvinna 76).

Dock uppstår det också en situation där de äldres vardagliga behov skall tillhandahållas av hemtjänstpersonalen inom ramen för vilka insatser kommunen beviljar, samtidigt som dessa ramar kan krocka med vad den äldre själv faktiskt vill ha utträttat. I berättelserna återkommer situationer där de äldre upplever systemet som stelbent och överdrivet regelstyrkt. Denna känsla av att vilja bestämma själv krockar med en känsla av att förståelse för kommunens ekonomiska situation. Intervjupersonerna pratar om att de förstår att kommunens resurser inte är oändliga och att det måste ske prioriteringar mellan olika kommunala verksamheter. De äldre positionerar sig också som att de inte har förmåga att förstå den kommunala verksamheten men att det för dem framstår som att äldreomsorgen blir bortprioriterad:

Jag förstår mig inte på, men jag tror nog att dom [kommunalpolitiker] prioriterar kanske fel ibland. Men det lägger jag mig inte i, för det har jag inte med att göra (Kvinna 76).

Förutom oro för den ekonomiska situationen vid en flytt till ett särskilt boende är det också flera av de äldre som har önskemål om vilket särskilt boende de skulle vilja få en plats på. De poängterar att de gärna skulle undvika att flytta många mil från sitt nuvarande hem utan istället få en plats på ett särskilt boende som är närbeläget. Detta för att vänner släktingar ska ha möjlighet att på ett enkelt sätt kunna besöka dem vid en flytt till ett särskilt boende. Flera av intervjupersonerna betonar hur viktiga vänner och familj är både ur ett socialt perspektiv och utifrån sina behov. Ur det sociala perspektivet är ensamhet ett återkommande tema i samtliga intervjuer.

Men ensamt är det liksom. Jag går upp på morgonen och då går jag och kokar mig kaffe... och jag ser inte den stora vägen som går förbi, men den andra vägen som går här, den ser jag. Jag sitter och tittar, ja så är det. Den högsta önskan jag har ska du veta det är att få lite besök (Man 90 år).

Ensamheten skapar många gånger känslor av otrygghet vilket kan leda till oro och annan ohälsa. Ensamhet, oro och otrygghet är återkommande inslag i samtliga intervjuer med de äldre vilket väldigt tydligt är kopplat till det egna åldrandet och boende situationen. Samtidigt som oro för den ekonomiska situationen och svårigheterna med att sälja sin nuvarande bostad försvårar eller rent av omöjliggör en flytt till ett särskilt boende. Det medför att den äldre kan tacka nej till en plats vid ett särskilt boende som erbjuds. Det framkommer också andra aspekter i relation till ensamhet då det ibland beskrivs som positivt eller tryggt att åldras i glesbygd utifrån aspekter av att känna hemtjänstpersonalen. Att känna en lokal samhörighet och en identitet med personalen genom att de äldre många gånger även känner hemtjänstpersonalens föräldrar eller andra släktingar.

Det kändes som en lättnad att känna varenda en som kom hit och man kunde sitta och prata lite. Men dom hade i regel så brått att det inte var så länge de kunde vara här (Man 90 år).

Dock finns det också en oro inför att åldras och i och med det få ökade behov av hjälp från samhället då de upplever att den hjälp och vård som erbjuds idag inte räcker till för att täcka de uppkomna behoven. Här efterfrågar flera av de äldre möjligheterna till att kunna köpa tjänster av privata leverantörer, de äldre uppvisar

en acceptans och en förståelse för att den kommunala organisationen inte lyckas tillhandahålla all den omvårdnad de äldre själva ser sig i behov av. Det är flera av de vi intervjuat som köper städtjänster och använder sig av RUT-avdraget. Dock råder det stor osäkerhet bland de intervjuade kring huruvida det är möjligt att köpa ytterligare tjänster, det finns helt enkelt inga privata företag som etablerat sig på landsbygden i de glesbygdskommuner vi har undersökt. Det som framstår som det attraktiva då det gäller att välja privata leverantörer av välfärd är att de vi intervjuat uppfattar det som att det egna självbestämmandet och påverkansmöjligheterna är större när det gäller privata alternativ. De privata alternativen uppfattas som mindre regelstyrda och mer lyhörda för den enskildes egen vilja. Den kommunala hemtjänsten uppfattas som mer styrd av kommunala regelverk när det gäller reglering av de insatser de äldre blivit beviljade. Det kan handla om att kommunal hemtjänst får städa två rum och kök, inte ta ut stora mattor och städningen skall ske på förutbestämda dagar. Här uppfattas de privata alternativen som lämna ett större utrymme för individanpassning. Här hittar vi dock inget enhetligt mönster i intervjuerna då det också förekommer inslag i berättelserna om att inte vilja köpa välfärdstjänster av privata leverantörer utan istället en trygghet i att det är kommunen som leverantör av tjänsterna.

5. SLUTDISKUSSION OCH FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING

Vår studie visar att genus, hälsa och boendeformer får betydelse och mening i regional politik och praktik. I denna avslutande del av rapporten har vi valt att lyfta vissa delar av resultaten för att diskutera dem i relation till varandra men även i relation till framtida forskning.

Sammantaget visar våra material på hur den problematik kring samordning mellan olika verksamheter som fanns i Ädelreformen till stora delar ännu kvarstår. I propositionen (1987/88:176) betonas vikten av ett samlat huvudmannaskap men det är inte det reformen har resulterat i. Vårt material vittnar om en samordningsproblematik mellan landsting och kommun i alla tre kommunerna och den kvarstår oavsett hur kommunerna har valt att organisera sin interna verksamhet. Det har också blivit tydligt hur arbetet utifrån äldreomsorgsområdets utveckling av nationella överenskommelser varierar i den kommunala vardagen. I en av kommunerna arbetar kommunen aktivt gentemot dessa överenskommelser men i de andra två kommunerna är de mer en marginaliserad del av vardagen. Det är också tydligt hur det kommunala ansvaret för allt fler sektorer har kommit att öka och den kommunala verksamheten har kommit att bli allt mer diversifierad.

Studierna har också visat att glesbygd spelar roll. Det vill säga att det finns aspekter av glesbygd som har betydelse för äldreomsorgen, äldres egna upplevelser och äldres hälsa, men dessa aspekter är inget som det formella regelverket tar hänsyn till. Det finns således inte i någon av kommunernas riktlinjer för biståndsbedömning någon anpassning till glesbygdens särskilda villkor. Däremot framgår vid intervjuerna att tjänstemän och handläggare i sina vardagliga praktiker hittar sätt att komma runt detta genom att, i den mån det är möjligt, anpassa biståndsbedömning och tillhandahållandet av omsorg till de specifika förutsättningarna. Ett sådant konkret exempel är de informella uppgörelser som i vissa fall gjorts med lantbrevbäraren. Studien visar också på hur de stora avstånden i glesbygdskommunerna får betydelse då kommunens ansvar är att kunna erbjuda en äldre plats på ett särskilt boende inom kommunens gränser men när avstånden är långa kan det innebära en flytt på många mil. Det innebär att både de äldre kan tacka nej till en plats, trots att de har ett omfattande omvårdnadsbehov.

Det är också tydligt att både biståndshandläggare, enhetschefer och de äldre själva upplever att äldreomsorgen är regelstyrd och i någon mån byråkratisk. Ett återkommande tema bland både kommunala tjänstemän, biståndshandläggare och de äldre själva är behovet att själv få bestämma över insatser, insatsernas omfattning

och när de ska genomföras. I dagens kommunala regelverk i kommunerna är detta inte möjligt, det finns tydligt reglerat hur ofta, när och på vilket sätt specifika insatser skall genomföras. Det är även reglerat hur lång tid varje insats skall ta. Ett ökat handlingsutrymme och självbestämmande för individen upplevs kunna uppnås genom att köpa tjänsterna av andra leverantörer än kommunen. Dock är detta inte möjligt i någon av kommunerna då de inte infört lagen om valfrihet (LOV) och ingen av de kommunpolitiker vi har intervjuat ser något behov av att införa LOV. Däremot är det flera av tjänstemännen, handläggarna och de äldre själva som rekommenderar och själva använder sig av RUT-tjänster för städ och likande insatser eftersom de då själva får bestämma var, när och hur städning skall ske. Dock är det viktigt att komma ihåg att socioekonomiska faktorer har betydelse för förmågan att kunna köpa tjänster på en privat marknad. Det finns genomgående en återkommande oro bland de äldre över den ekonomiska situationen. Även biståndshandläggare vittnar om hur de äldres privatekonomi diskuteras vid mötet kring bedömningen av bistånd. Här stödjer vår studie de tidigare från bla socialstyrelsen (2001) att äldre avstår hjälp från hemtjänst på grund av avgiftens storlek.

Det finns också en problematik kring bedömningarna av bistånd i relation till glesbygd då biståndsbedömarna upplever att de inte har något att erbjuda de äldre när det gäller sådana behov som är direkt kopplat till den personliga omvårdnaden. Vid behov av hjälp med snöskottning och andra specifika glesbygdsaspekter framkommer en önskan om att kunna hänvisa de äldre till kommunala eller privata alternativ som kan utföra denna typ av tjänster. Här uppstår ett behov som kommunala tjänstemän/handläggare har svårt att fylla men i de vardagliga praktikerna görs detta genom att ta hjälp av de äldres informella nätverk men även civilsamhället. Civilsamhället används som kostnadsbesparande åtgärder för kommunen då de exempelvis används vid ledsagning i första hand innan kommunal personal tillfrågas. Det går att argumentera för att detta är ett avsteg från principen om att äldreomsorgen skall vara offentligt finansierad och tillgänglig efter behov, inte köpkraft (SOU 2001:453). Vidare får utvecklingen med ökad marknadisering en annan effekt i glesbygd än i tätort där forskare (Brodin 2005, Szebehely 2005) har visat att marknadiseringen får betydelse utifrån både genus och utbildningsnivå. Vårt material visar hur informella nätverk blir av stor betydelse för äldreomsorgen i glesbygd, då omsorg och praktiska lösningar inte går att få genom kommunen eller genom köp på den privata marknaden blir det individens egna problem att lösa.

Även om samma regelverk gäller för hela landet är äldreomsorg en kommunal angelägenhet och i och med det kommunala självstyret kan skillnader förekomma.

Förutsättningarna för marknadspassning genom exempelvis valfrihetssystem och upphandling är inte desamma i glesbygd som i tätort eller städer och därmed ser den marknadsanpassade äldreomsorgen annorlunda ut i glesbygd jämfört med andra platser. Allt detta ska ses mot en bakgrund då den svenska befolkningen blir allt äldre i och med att fler människor lever längre samtidigt som en sifo-undersökning visar att det finns en stor oro hos människor i Sverige inför att åldras (SVT.se). Vi har i rapporten valt att peka på vad vi kallas glesbygdens ambivalens där känslan av att leva i glesbygd associeras med en trygghet eller en känsla av omhändertagande samtidigt som det finns en infrastrukturell utsatthet i glesbygd. Denna utsatthet går att koppla till tekniska lösningar som fallerar vid exempelvis extremt väder men även som ett resultat av att det offentliga systemet inte är anpassat till glesbygdens förutsättningar. Den övergripande nationella strategin för kvarboende genomsyrar de kommuner vi har studerat samtidigt som de alternativa lösningarna för att säkerställa ett tryggt åldrande i glesbygd saknas, varför vi menar att kvarboende vid marknadens ände innebär något annat än att åldras i tätort.

6. REFERENSER

Burholt, V. and Scharf T. (2013). Poor health and loneliness in later life: the role of depressive symptoms, social resources and rural environments.

Burström, Johannesson & Diderichsen, 2002

Carlström, E. (2005). *I skuggan av Ädel: integrering i kommunal vård och omsorg*. Diss. Göteborg : Göteborgs universitet, 2005. Göteborg.

Djernes J.K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 113: 372-387

Erlandsson, S. Storm, P. Stranz, A. Szebehely, M. & Trydegård, B-M. (2013) "Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation." I Meagher, G & Szebehely, M. (red) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30.

Geertz, C. (1983) *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books

Giritli Nygren, K., Nyhlén, S., Gillander Gådin, K., 2014, Representations of 'the elderly' in Swedish elderly care politics, The 8th International Symposium on Cultural Gerontology, the National University of Ireland Galway

Griffiths, L. (2001) *Categorising to exclude: the discursive construction of cases in community mental health teams*, *Sociology of Health and Illness*, 23, 5, 678–700.

Gustafsson, R. Å. & Szebehely, M. (2005). "Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki" – en enkätstudie bland personal och politiker (Rapport nr 114). Gunnarsson E. (2000). Kvinnors fattigdom. Könsperspektivet i forskningen om socialbidrag och fattigdom. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 1-2: 57-71.

Hasenfeld, Yeheskel (2010) 'Organizational Responses to Social Policy: The Case of Welfare Reform', *Administration in Social Work*, 34: 2, 148 – 167

Henriksen, E., Rosenqvist, U. (2003), Contradictions in elderly care: a descriptive study of politicians' and managers' understanding of elderly care. *Health & Social Care in the Community*, 11: 27–35.

Heylen, L. (2010) The older, the lonlier? Risk factors for social lonlieness in old age. *Ageing Society* 30:1177-1196

Holmberg, S. & Weibull, N. (2001) (Eds.), *Land du välsignade?* SOM-institutet, Göteborg

- Johansson, R. och Borell, K. (1999), Central Steering And Local Networks: Old-Age Care In Sweden. *Public Administration*, 77: 585–598.
- Keating, N. (2008). *Rural ageing: A good place to grow old?* Bristol, UK: The Policy Press.
- Keating, M., & Eales, J. (2012). Diversity among older adults in rural Canada: Health in context. In J. Kulig and A. Williams (Eds.), *Health in rural Canada* (pp. 427-446). Vancouver, BC: UBC Press.
- Lennartsson, C and Heimerson, I. (2012) *Elderly people's health. Health in Sweden: The national public health report 2012*. Chapter 5. *Scandinavian Journal of Public health*, 40(Suppl 9):95-120.
- Lindelöf, M. & Rönnbäck, E. (2004) *Att fördela bistånd. Om handläggning om äldreomsorgen*. Umeå: Umeå Universitet
- Meinow, B., Marti G. Parker, Thorslund, M. (2011). "Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice" i *Social Science and Medicine*, nr 73, s.1285-1289
- Melinder, K. (2007) *Stress i stan och övervikt i glesbygden? Om samband mellan människors hälsa och typ av boendekommun*. Rapport 2007:7. National Public Health Institute. http://www.torget.fhi.se/PageFiles/3377/R2007_7stress_i_stan0706.pdf Retrieved 140807.
- Miner-Rubino, K., Epstein Jayaratne, T., and Konik, J. (2007). Using survey research as a quantitative method for feminist social change. In: Hesse-Biber S.N. (ed), *Handbook of feminist research. Theory and praxis*. Thousand Oaks: Sage Publications. pp. 199-222.
- Nikander, P. (2002) *Age in Action. Membership Work and Stage of Life Categories in Talk*. The Finnish Academy of Science and Letters: Helsinki.
- Närvänen, A-L. (2004) Age, Ageing and the Life Course. I B-M. Öberg, A-L. Närvänen, E. Näsman & E. Olsson (red.). *Changing Worlds and the Ageing Subject. Dimensions in the Study of Ageing and Later Life* (s. 65–80). Ashgate: Aldershot.
- Nyhlén, S. Gillander Gådin, K. & Leipert, B. (2014) Emotional aspects of growing old in rural places -Problematizing the use of different methodologies. I Söderberg, E. & Nyhlén, S. *Walking Beside –challenging the role of emotions in normalization*, Forum for Gender Studies working progress series 6, 2014
- Olaison, A. (2009) *Negotiating Needs. Processing older persons as home care recipients in gerontological social work practices*. Diss. Linköping University. Linköping: Univ. Press. Sweden.
- Olaison, A. and Cedersund, E. (2006) *Assessment for home care: Negotiating solutions for individual needs*, *Journal of Aging Studies*, 20, 367–80.

- Sebrant, U. (2000) *Organiserande och identitet, om arbetsorganisation i geriatrisk vård* [Organising and Identity, About Work Organisation in Geriatric Health Care]. PhD Thesis. Department of Education, Pedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet, Stockholm.
- Szebehely, M. (2000) Äldreomsorg i förändring ur Barron, K., Szebehely, M. och Kommittén Valfärdsbokslut (2000) *Välfärd, vård och omsorg: antologi från Kommittén Valfärdsbokslut*, Fritzes offentliga publikationer, Stockholm
- Szebehely, M. (2005) Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt. Köpenhamns: Nordiska ministerrådet. FoU-center
- Szebehely, M. (2011) Omsorgsmönster bland kvinnor och män – inte bara en fråga om kön, i (Red.) Gunnarsson, E och Szebehely, M. *Genus i omsorgens vardag*, Malmö, Gleerups
- Szebehely M, Fritzell J & Lundberg O (2001) *Funktionshinder och välfärd*. Fritzes, Stockholm.
- Söderberg, M. (2005) *Nej till särskilt boende, vad händer sen? En utvärdering av avslagens konsekvenser för de äldre och deras närstående*. Stockholm: Nestor
- Söderberg, M. (2014) *Hänsynstagandets paradoxer Om äldre, närstående och biståndshandläggare vid flytt till särskilt boende*. Lund Dissertations in Social Work 46
- Thorslund et al. (2004) De allra äldstas hälsa har blivit sämre. Könsskillnaderna är stora – kvinnorna mår sämre än männen visar nya data. *Läkartidningen* 2004;101(17):494-499
- Trydegård, G-B. (2000) *Tradition, change and variation. Past and present trends in public old-age care*, Thesis (PhD), Department of Social Work, Stockholm university.
- Trydegård, G-B & Thorslund, M. (2001) 'Inequality in the welfare state? Localvariation in care of the elderly – the case of Sweden. In *International Journal of Social Welfare* 10:174-184
- Van Dussen, DJ. & Morgan, LA. (2009) Gender and informal caregiving in CCRC:s primary caregivers or support networks? *Journal of Women ageing* 21 251-265
- Vassay, C. (2001) *Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department*, *Sociology of Health and Illness*, 23, 5, 615–32.
- Winblad, U., Blomqvist, P. (2013) Kundvalsmodeller i äldreomsorgen – kan de äldre välja? I (Red.) Rönnberg, L., Strandberg, U., Wihlborg, E., Winblad, U. *När förvaltning blir business*, Linköping, LiU-Tryck

Wånell, SE. & Schön, P. (2005) *Hem ljuva hem, en studie om vad som definierar ett servicehus och ett seniorboende och om hur processen fungerat i Stockholm när ett servicehus omvandlats till serviceboende*. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.

Wånell, SE (2004) *Bo på äldre da'r i Att åldras tillsammans. En bok om åldrandet och äldreomsorgen*. Äldrecentrum/PRO: Stockholm

Offentligt tryck

CIHI (Canadian Institute for Health Information). (2006). *How healthy are rural Canadians? An assessment of their health status and health determinants*. Ottawa, ON: CIHI.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem

Lag (2001:453) Socialtjänstlag

Regeringens proposition 1997/98:113

Regeringsproposition 1987/88:176

SCB 2003 MIS2003:1, Regionala indelningar i Sverige

SCB 2006:37 Brodin, H. (2006) Den generella äldrepolitiken och den selektiva äldreomsorgen – om kön, klass, etnicitet och åldrande i Sverige i (Red.) de los Reyes, P. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet, SOU 2006:37

SCB 2009:1 Sveriges framtida befolkning 2009-2060. Demografiska rapporter, SCB Stockholm

SCB 2014 Sveriges framtida befolkning 2014–2060

Socialstyrelsen 1999 Folkhälsorapport

SFS 2012:776 Lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

SOU 2000:38 Velfärd, vård och omsorg Antologi från Kommittén välfärdsbokslut

SOU 2001:52 Velfärdstjänster i omvandling

SOU 2002:29, Riv ålderstrappan, delbetänkande från Senior 2005, Stockholm

SOU 2003:91. *Senior 2005. Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*. Slutbetänkande från Senior 2005. Stockholm: Fritze.

SOU 2007:103 *Bo för att leva. Seniorbostäder och trygghetsbostäder*. Betänkande av Äldreboendedelegationen

SOU 2008:113. *Bo bra hela livet*. Slutbetänkande av Äldreboendedelegationen.
Stockholm: Fritze