

Evolución y tendencias de cambio en los servicios de atención a domicilio en Dinamarca y Suecia.

ASTRID LINDSTRÖM. Experta en servicios sociales.

INTRODUCCIÓN.

1. LOS MODELOS DE SERVICIOS A DOMICILIO EN SUECIA Y DINAMARCA.

1.1. El Modelo Tradicional.

1.2. El Modelo de los pequeños grupos de trabajo auto-gestionados.

1.3. El modelo taylorizado.

2. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE OPINIONES DE PROFESIONALES Y USUARIOS EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

3. COBERTURAS DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

**INNOVACIONES
PARA VIVIR BIEN
EN CASA**

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN

La política de vejez en los países nórdicos está orientada a hacer posible que las personas mayores y discapacitadas puedan seguir viviendo en su casa o en otra parecida, con servicios, en el mismo barrio, incluso cuando necesitan una ayuda muy intensa. A tal fin han creado una oferta diversificada, tanto de servicios como de alojamientos, de la cual los servicios a domicilio constituyen una pieza clave. Con todo, hay ciertas diferencias en las coberturas, intensidades y formas de componer y organizar la oferta.

En cuanto a las coberturas de los servicios a domicilio, en Suecia, a partir de los años noventa, la tendencia ha sido la de restringir el acceso y dar prioridad a la atención a las personas mayores más necesitadas de cuidados, aumentando a la vez la intensidad. En Dinamarca, la tendencia ha sido “dar poco a muchos” y “mucho a pocos”. En realidad, las diferencias en las coberturas no son tan grandes como aparentan en las estadísticas (Edebalk, 2004b; Nielsen y Andersen, 2006). Históricamente, en Suecia las estadísticas únicamente han tenido en cuenta las personas que han recibido atención domiciliaria en los domicilios habituales, mientras que en Dinamarca se ha añadido las que han recibido estos servicios en viviendas tuteladas (*skytteboliger*) y en viviendas con servicios (*allmenneaeldreboliger*).

En otros aspectos, la diferencia entre Suecia y Dinamarca es más significativa. Apparentemente, Dinamarca es el país que se acerca más a la imagen ideal del estado del bienestar nórdico de orientación universal. En primer lugar, porque en este país los servicios a domicilio son gratuitos para las personas que los reciben de forma regular y también porque allí es más probable que una persona que convive con su pareja pueda recibir estos servicios. En Suecia, esto ya no es posible en la mayoría de los casos. En este país, la proporción de personas mayores con limitaciones funcionales, que únicamente reciben atención de familiares (de la pareja, hija/hijo) es mayor que en Dinamarca. No se sabe muy bien las razones de esta diferencia. Se piensa que puede tener que ver con el precio, es decir, con el hecho de que buena parte de los servicios a domicilio en Dinamarca son gratuitos.

De todos modos, a grandes líneas, el recorrido y la situación actual de los servicios a domicilio en los países nórdicos son similares. En Dinamarca, Noruega y Suecia fueron las organizaciones no gubernamentales las que empezaron a ofrecer servicios a domicilio a las familias, ya a principios de los años 50 (Edebalk, 1990; Petersen, 2008). La Cruz Roja y otras ONG reclutaron amas de casa de mediana edad para trabajar unas pocas horas al día en unos pocos domicilios. No se exigía ninguna formación específica o cualificación formal. La experiencia adquirida de cuidar la casa y a los propios padres u otros familiares de avanzada edad se consideraba suficiente, pero sin dar mucho valor, de hecho, a este conocimiento.

La investigación realizada posteriormente en los países nórdicos sobre los servicios a domicilio se ha centrado en la especificidad y el valor de este conocimiento, de lo que representa cuidar

y ser cuidado dentro del entorno doméstico y la vida cotidiana de las personas. Una forma de conocimiento que la investigadora noruega Kari Waerness (1984) acuñó como “la racionalidad de los cuidados” (*omsorgsrationalitet*).

En este capítulo se ofrece una visión panorámica de las reformas, innovaciones más recientes y la investigación realizada en los países nórdicos por parte de especialistas muy reconocidos (Karin Waerness, Rosmari Eliasson-Lappalainen, Marta Szehebely, y otros) sobre las condiciones de trabajo requeridas para que los profesionales puedan dar lo mejor de sí mismos, así como qué mejoras introducir para lograr unos servicios de calidad, centrados en las personas a atender en el domicilio. Se trata de aportaciones valiosas, que no siempre son tenidas en cuenta, ni por parte de los planificadores en los municipios, ni por parte de las grandes empresas que se han establecido durante las últimas décadas en el sector.

1. LOS MODELOS DE SERVICIOS A DOMICILIO EN SUECIA Y DINAMARCA.

Los múltiples estudios de los servicios a domicilio realizados en los países nórdicos demuestran que los modelos iniciales y su evolución conceptual y organizativa han sido muy parecidos, aunque no siempre coincidentes en el tiempo (Waerness, 1984, 1986; Eliasson, 1992, 1999, 2005; Szehebely, 1995, 2003, 2006, 2011; Lewinter, 1999; Dahl, 2000; Olsson & Ingvad, 2000; Astvik, 2003; Nielsen & Andersen, 2006, Roostgaard, et al, 2011; Kamp&Hvid, 2012; Stranz, 2013).

Los investigadores identifican tres modelos organizativos que se han ido sucediendo en el tiempo: “El modelo tradicional”, “el modelo de los pequeños grupos auto-gestionados” y “el modelo taylorizado”.

1.1. EL MODELO TRADICIONAL.

Este modelo surge en los países nórdicos en los años cincuenta del s. XX como la principal forma alternativa a la atención en instituciones, y tiene una rápida expansión durante los años sesenta y setenta. En este modelo, el servicio se presta por horas y cada cuidadora tiene unas pocas personas a atender en su domicilio, que siempre son las mismas. El profesional en el municipio que realiza la valoración de la necesidad de las personas a atender es la misma que dirige y coordina el servicio. A la cuidadora y la persona mayor se les da mucha libertad para acordar las tareas a realizar y cómo realizarlas. En este modelo, el poder de decisión está bien repartido entre las personas implicadas y hay un buen margen de maniobra para adaptar la atención a las necesidades y preferencias de la persona en cada momento y situación.

Según los investigadores, este modelo, aunque tiene otros inconvenientes, no rompe la dinámica de la relación de ayuda o “la racionalidad de los cuidados” (*omsorgsrationalitet*), concepto que la socióloga noruega Kari Waerness acuñó en sus estudios de los servicios a domicilio a principios de los años ochenta.

La investigación y las teorías desarrolladas por Waerness (1984, 1996) sobre la naturaleza y racionalidad de los cuidados han sido un referente importante entre los investigadores nórdicos, y han constituido la base de la crítica feminista de la estandarización, mercantilización y desarrollo técnico-científico posterior de los servicios a domicilio y de la atención a las personas mayores, en general.

En sus estudios de los servicios a domicilio, Waerness observa que las cuidadoras prestan los cuidados de acuerdo con una racionalidad no formal, de modo que, en su práctica diaria, procuran adaptar la ayuda con las tareas a realizar a los ritmos, hábitos, estilo de vida de cada persona, prestando atención al mismo tiempo a las necesidades que surgen en cada momento y situación, por lo que constata que “la racionalidad de los cuidados” se basa en un elevado grado de empatía y conocimiento de la persona a atender.

Apunta que es un trabajo difícil de organizar de acuerdo con una racionalidad económica-técnica, por lo que los resultados positivos del mismo no resultan fáciles de investigar y visibilizar al no conocer bien a las personas que forman parte de la relación de ayuda, ni las particularidades de cada domicilio, ni las necesidades cambiantes de cada persona. Es por tanto difícil de producir evidencias de que los modelos organizativos que respetan “la racionalidad de los cuidados” dan un mejor resultado que los modelos basados únicamente en la racionalidad económica-técnica promovidos durante las últimas décadas.

Demuestra con ejemplos, que el no tener en cuenta esta racionalidad conduce a una serie de dilemas en el trabajo cotidiano de atención que causan situaciones de estrés. Y, también, que el bajo grado de reconocimiento social de estos empleos influye negativamente en el orgullo profesional y la satisfacción con el trabajo de los profesionales de la atención directa.

1.2. EL MODELO DE LOS PEQUEÑOS GRUPOS DE TRABAJO AUTO-GESTIONADOS.

Durante la década de los años ochenta, debido a la gran expansión que alcanzan los servicios a domicilio y para poder acercar los servicios a los usuarios y minimizar el tiempo que los profesionales tienen que dedicar a desplazamientos, se produce la descentralización de su gestión (Svenska Kommunförbundet, 1982).

A los profesionales que habían prestado los servicios a domicilio de forma individual hasta entonces, sin coordinarse, se les asigna un local en cada zona para reunirse en grupo y organizar ellos mismos el trabajo a realizar en el área territorial. De esta forma surgió el modelo de los pequeños grupos de trabajo auto-gestionados, cada uno con su propio presupuesto.

Estos grupos estaban formados por unas 15-20 trabajadoras, que organizaban el trabajo en base a su experiencia previa y conocimientos adquiridos en cursos de formación, consensuando en el grupo cómo planificar y repartir el trabajo y los usuarios, y qué criterios aplicar en su atención.

Según los investigadores (Eliasson et al, 1992), con este modelo se consiguió ampliar las coberturas y la intensidad del servicio. Otro logro importante fue la mejora de la capacidad de resolver incidencias, cubrir bajas de una forma ágil, trabajar de dos en dos en los momentos precisos, apoyarse mutuamente y afinar la planificación y los métodos de trabajo.

Otro aspecto positivo que se apunta es la coordinación auto-organizada de estos grupos con los equipos de la atención primaria de salud, que prestaban atención de enfermería en los domicilios. Lo que, a su vez, abrió la posibilidad de completar el servicio con patrullas de noche (*nattpatruller*) y, de esta forma, se pudo extender el servicio a noches y fines de semana y atender a más personas con necesidades simultáneas de atención personal y de enfermería en los propios domicilios.

Por otra parte, los investigadores apuntan que, en muchos de estos grupos, se empezó a aplicar el principio de la rotación del personal, con el argumento de que no hay que crear favoritismos, y que hay que hacer únicamente lo acordado previamente en cada domicilio. La presión “desde arriba” para atender cada vez más personas y realizar tareas cada vez más complejas y en menos tiempo, venía emparejada con presupuestos cada vez más ajustados, lo que generaba mucho estrés en el personal.

Pronto los sindicatos empezaron a exigir la aplicación de las normativas sobre higiene y seguridad en el trabajo en los domicilios, pero a menudo éstas no se podían cumplir por las condiciones de los domicilios y/o del estado de salud y limitaciones funcionales de los usuarios, por lo que se empezaron a implantar servicios de adaptación de las viviendas y la instalación de ayudas técnicas en los domicilios. Con todo, el servicio se volvió cada vez más regido por los criterios profesionales y menos por los deseos de sus usuarios.

En Suecia, a finales de los años sesenta ya se habían analizado las características específicas de los servicios a domicilio y las diferentes formas de racionalización de los mismos. El proceso de des-institucionalización había comenzado por aquellos años, pero al constatar que los servicios a domicilio se caracterizaban por sus procesos discontinuos y su heterogeneidad, resultando más difícil estandarizar el trabajo y generar economías de escala que en una institución, surgió la idea de construir un nuevo tipo de alojamientos adaptados a personas con necesidad de cuidados con oferta de servicios (*servicehus*) (Samuelsson G., 1985). Se trataba de algo parecido a la tipología de vivienda para pensionistas (con apartamentos de alquiler y espacios comunes), que ya existían tanto en Suecia como en Dinamarca, pero garantizando atención continuada (*pensionärsbostäder / pensionistboliger*) (Daatland y Sundström, 1985).

Paralelamente, se empezó a prestar atención a las condiciones de la vivienda de las personas mayores y de las personas jóvenes con discapacidad, a la vez que se analizaban las necesidades de vivienda de la generación del “baby-boom” de los años cuarenta. De ahí que entre 1965 y 1975, se llevara a cabo el programa del millón de viviendas y, dentro de éste, se incluía la construcción

de viviendas con servicios para las personas mayores y personas con discapacidad en cada barrio.

Como ya se ha mencionado, estas viviendas fueron promovidas, en parte, porque se consideró que podrían ayudar a frenar el aumento de los costes de los servicios a domicilio (Svensson et al, 1991). Se argumentó que en esta tipología se podrían juntar hasta 250 apartamentos en un solo edificio, donde las personas con necesidades especiales pudiesen vivir como en su casa, incluso con su pareja, y seguir recibiendo servicios a domicilio de forma más costo-efectiva que en los domicilios dispersos.

Por este motivo, el gobierno central decidió incentivar la construcción y también la prestación de servicios a domicilio en estas viviendas con subvenciones finalistas, que poco a poco sustituyeron a las residencias tradicionales y también a los servicios a domicilio tradicionales.

En la planificación de esta nueva tipología de vivienda se calculó que una persona mayor, que en su domicilio habitual necesitaba 3-5 horas de ayuda a domicilio al día, podría estar servida con 2 o incluso menos. Primero, porque los apartamentos serían más pequeños y más parecidos el uno al otro y, por tanto, más fáciles de limpiar; segundo, porque la comida se prepararía en el restaurante de la planta baja, de modo que las personas podrían comer allí o en su apartamento, por lo que se ahorraría tiempo en realizar las compras y preparar la comida; tercero, la colada se realizaría en lavadoras instaladas en cada planta, en un espacio donde también se podría guardar el material para la limpieza; cuarto, los profesionales podrían realizar vigilancia y atender a las personas más frágiles en situaciones críticas en cuestión de segundos, sin realizar largos desplazamientos.

Se planeó también que los servicios de restaurante y otros a ubicar en la planta baja de estas viviendas deberían poder servir a todas las personas mayores del barrio. Finalmente se apuntó que desde estas viviendas se podría prestar el servicio de atención personal, tanto a las personas de éstas, como a las personas de la zona con necesidades de atención que seguirían viviendo en su domicilio habitual. Se contaba asimismo con la posibilidad de ubicar la central de la tele-asistencia en estas viviendas. Y así se hizo. Con la ayuda de subvenciones estatales, la implantación de las viviendas con servicios en todos los municipios del país fue rápida y efectiva.

En Dinamarca, todas estas posibilidades de racionalización de los servicios a domicilio también fueron contempladas e implementadas, donde, por otra parte, han mantenido durante más tiempo “el sistema integrado” de los servicios a domicilio con los de la atención en viviendas asistidas (*plejeboliger*) y con servicios (*allmaenne aeldreboliger*) (Petersen, 2008).

1.3. EL MODELO TAYLORIZADO.

Durante la siguiente década de los años noventa, los modelos de organización marcados exclusivamente por una racionalidad económica-técnica importados de la industria vía el sector

sanitario, ganaron terreno para lograr una mayor eficacia y eficiencia. Estos modelos imponen la división del trabajo de forma horizontal y vertical, la fragmentación y estandarización de las tareas y el aumento de la distancia entre la planificación del trabajo y su producción.

El grupo de investigadores formados alrededor de la socióloga sueca Rosmari Eliasson-Lappalainen calificaron esta nueva organización del trabajo como un proceso de taylorización de los servicios a domicilio en el que se separa el trabajo de la cabeza del trabajo de la mano y el corazón.

Durante las últimas décadas, los servicios a domicilio han sido objeto de recortes y diversos cambios organizativos. Uno de los cambios que más ha afectado a la organización y funcionamiento de éstos, según los investigadores, es la separación de funciones (la regulación/financiación/compra se separa de la producción) y, con ello, la externalización de los servicios promovidos en base a los principios/modelo de la Nueva Gestión Pública (New Public Management).

Como en otras partes del mundo, diversas variantes de este modelo se impusieron en los países nórdicos a principios de los años noventa.

Los investigadores nórdicos apuntan que la separación de funciones aumenta la distancia entre “la oficina y el taller” lo que, en el caso de los servicios a domicilio, significa aumentar la distancia entre la/s persona/s que realiza/n la valoración de la necesidad y regula/n el servicio, y las que realizan el trabajo en el domicilio de las personas. Estas últimas ya no participan en el proceso de valoración de la necesidad y en la toma de decisiones sobre las tareas a realizar y el tiempo que se necesita para realizarlas.

Con la externalización del servicio, tanto a grupos de profesionales auto-gestionados como a empresas privadas, la exigencia de control de los costes, de la calidad, métodos y tiempos aumenta, de modo que muchos ayuntamientos pasaron a predeterminar y estandarizar los tiempos para cada tarea: 3 minutos para levantar la persona, 15 minutos para la ducha y el vestido, 4 minutos para preparar el desayuno, 20 para hacer la cama y la limpieza.

Entre los países nórdicos, Suecia fue el primero que introdujo este modelo en los municipios para la gestión de sus servicios. A principios de los años 2000, un 80% de los municipios ya lo habían introducido, pero sin la imposición por parte del gobierno central de hacerlo obligatoriamente.

En cambio, en Dinamarca la obligación de externalizar servicios y ofrecer libre elección de proveedor fue introducido por ley en el año 2003, de modo que todos los municipios han tenido que hacerlo, a menudo en contra de sus principios.

2. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE OPINIONES DE PROFESIONALES Y USUARIOS EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

En Dinamarca, los que más han criticado este modelo han sido los profesionales de atención directa, denunciando sobretodo “la histeria de contar los minutos” (*minuthysteri*) y la práctica de poner códigos de barras en las puertas de los domicilios de los usuarios, para poder controlar electrónicamente que los profesionales realmente acaban realizando el servicio a las horas y el tiempo preestablecido (Nielsen y Andersen, 2006).

También critican la excesiva elaboración de documentación exigida, cada vez más detallada y por medio (desde hace poco) de diferentes sistemas de información, que no tienen capacidad de comunicación entre sí.

Según los investigadores, estos cambios se han introducido sin tener en cuenta lo que tanto los usuarios como los profesionales consideran más importante. En las encuestas, los usuarios suelen manifestar que están contentos con el servicio, pero las críticas al mismo han ido aumentando hasta salir una y otra vez en los periódicos y otros medios de comunicación.

Y, de hecho, cuando se han empleado otras técnicas de consulta, los usuarios han manifestado de manera más clara su descontento, sobre todo con el hecho de ser atendidos en sus domicilios por tantos profesionales y además distintos cada vez y, también, por la falta de tiempo destinado para realizar las tareas lo que, en conjunto, afecta negativamente su sentimiento de seguridad, la percepción de la calidad de la ayuda recibida, así como también la calidad de las relaciones.

La investigación realizada demuestra que, para la mayoría, lo más importante es recibir la ayuda de un limitado número de profesionales a unas horas determinadas, saber quién va a venir cada vez y el tiempo destinado para realizar las tareas. También se considera importante poder influir sobre qué tareas realizar y cómo realizarlas, sobre todo en el caso de las tareas domésticas.

Edebalk y colaboradores (1993) muestran en un cuadro las dimensiones de calidad que más valoraban los usuarios de los servicios a domicilio, según estudios realizados en Suecia a principios de los años noventa.

Los investigadores nórdicos también llegan a conclusiones coincidentes respecto a lo que los profesionales consideran más importante para poder prestar unos servicios a domicilio de calidad (Szebehely, 2006; Kamp&Hvid, 2012; Stranz, 2013).

Señalan que los profesionales se sienten presionados, principalmente por la falta de tiempo suficiente para poder realizar un buen trabajo, y sufren también por la falta de continuidad con las personas a atender, en el tiempo, y en cuanto a las tareas a realizar en cada domicilio.

LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO MÁS VALORADAS POR PARTE DE SUS USUARIOS:



Fuente: Edebalk et al (1993).

Muchos son empleados por horas, a pesar de su deseo de tener un trabajo fijo de media jornada o de horario completo. Otros consideran que el trabajo es demasiado duro para trabajar a tiempo completo. La satisfacción que, de todos modos, sienten la mayoría con su trabajo la atribuyen a la relación con los usuarios que logran establecer a pesar de todo, lo que les ayuda a sentir que su trabajo tiene sentido.

Según un estudio realizado en Dinamarca por Tufte (2011), lo que en mayor medida representa y da sentido a su trabajo es:

- Ayudar a las personas a estructurar y hacer más llevadera su vida cotidiana.
- Contribuir a su bienestar.
- Cumplir con una función para el bienestar de la sociedad en conjunto.
- Poder ejercer la profesión, aprender cosas nuevas y desarrollar nuevas competencias.

Por otra parte, tener el sentimiento de que no se hace lo suficiente para los usuarios asignados es todavía frecuente. Muchos intentan suplir la falta de tiempo haciendo un sobreesfuerzo, arriesgando su propia salud, haciendo caso omiso, en algunas ocasiones, de las imposiciones poco realistas en cuanto a cómo repartir el tiempo entre usuarios y tareas a realizar (Stranz, 2013).

Respecto a los cambios más recientes en la regulación de los servicios, se apunta que el control de los tiempos y las tareas se ha hecho insostenible, como también las exigencias de tener que

documentar todo hasta el mínimo detalle. En resumen, se apunta que, para realizar un buen trabajo en el domicilio de las personas, se necesita tiempo, continuidad y un buen margen de maniobra.

Las opiniones de los profesionales y las preferencias de los usuarios son bien conocidas y documentadas desde hace tiempo, por lo que los gobiernos locales y centrales, tanto en Dinamarca como en Suecia, han introducido algunas medidas para flexibilizar los servicios y a la vez disminuir la burocracia excesiva y el control.

En Dinamarca, ya desde el año 2003, los ayuntamientos tienen la obligación de ofrecer tanto la posibilidad de la libre elección de proveedor como de “la ayuda a domicilio flexible” (Socialministeriet y Aeldresagen, 2004). “La ayuda a domicilio flexible” significa que el receptor de ayuda personal y/o doméstica tiene derecho a sustituir unas tareas por otras, si no se supera el nivel de servicio que ha establecido el ayuntamiento, y las horas de servicio adjudicadas a la persona. Puede tratarse de que un día el usuario quiera cambiar la tarea de pasar la aspiradora por un paseo con el profesional. O que un día el profesional dedique más tiempo a la limpieza de la casa que a la atención personal (ayuda con la ducha).

Si el usuario recibe servicios de diferentes proveedores (lo que, desde hace poco, ha sido más frecuente en Dinamarca que en Suecia), puede resultar más difícil realizar los cambios deseados. En todo caso, el profesional de atención directa o persona de contacto tiene el mandato de decidir el tipo de cambios que son admisibles en cada caso, pero si tiene dudas al respecto, tiene que realizar el cambio que desea el usuario. Si, por otra parte, el usuario pide realizar cambios de tareas con una cierta frecuencia se debe pedir (el profesional o el usuario) que se haga una nueva valoración de su necesidad.

En Suecia, la mayor parte de los municipios han implantado medidas parecidas en base a criterios y metodologías consensuados en proyectos como el de “las Comparaciones” (*Jämförelseprojektet*), promovido y coordinado entre los años 2003-2011 por la Asociación de Municipios y Consejos de Condado de Suecia (Sveriges Kommuner och Landsting - SKL). En este proyecto se formaron 28 redes de 5-10 municipios/red, que compararon entre ellos la relación entre los costes de los servicios prestados y la calidad percibida por parte de los usuarios en dimensiones como: continuidad, seguridad, influencia, trato, etc. Los resultados obtenidos de estas redes quedan reflejados en 31 informes, que todavía son descargables desde la página web de SKL. A partir del año 2008 se acordó con el gobierno central (*Socialstyrelsen*) incorporar más criterios (como la incidencia de caídas y parecidos, que ahora se anotan en el registro nacional de calidad Senior Alert), y de publicar los resultados en informes anuales de “Comparaciones abiertas” (*Öppna jämförelser*). Por otra parte, el gobierno central y varios municipios han encargado una serie de estudios sobre cómo optimizar la organización de los servicios a domicilio (Myndigheten för vårdanalys, 2013), y las rutas (Vägverket, 2010) para poder cumplir con criterios como los de continuidad, influencia, puntualidad, flexibilidad.

Gran parte de estos estudios se han realizado en los centros de I+D+i que hay en cada condado/región del país, que trabajan en red y reciben financiación del gobierno central (*Socialstyrelsen*). Realizan investigación aplicada, identificando buenas prácticas en la organización y prestación de los servicios sociales. Los servicios a domicilio han sido objeto de estudio en muchas ocasiones, 35 en total (<http://www.fouvalfard.se/publicerat>), pero a menudo se tarda en implementar las recomendaciones en la práctica.

Conseguir ofrecer continuidad para el usuario tanto en lo que se refiere al personal de atención directa (*personkontinuitet*), como en el tiempo (*tidskontinuitet*) y en las tareas a realizar (*omsorgskontinuitet*), ha sido un tema de estudio priorizado en los dos países (MUUSMANN Research y Consulting, 2007; Hjemmehjaelpskommisionen, 2013; Hartelius, 2013).

Entre los más recientes, cabe destacar el emitido por *Hjemmehjaelpskommisionen* (una Comisión parlamentaria de Dinamarca), constituida en el mes de junio de 2012 a petición del gobierno central para estudiar “los servicios a domicilio del futuro”. Presentó el resultado en el mes de julio de 2013 y contiene 29 recomendaciones orientadas a asegurar unos servicios a domicilio más eficientes, seguros y continuados. Entre las recomendaciones, destaca la de dejar de prede-terminar los tiempos en que se tiene que realizar cada tarea y pasar a adjudicar los servicios por “paquetes de servicios”, con tiempo suficiente para el total.

En los dos países, el desarrollado de nuevos sistemas de información que se adapten mejor a las particularidades del servicio ha sido otro tema de estudio priorizado por parte tanto de los gobiernos centrales, como locales, y hay algunos avances en este respecto. La documentación ya se realiza con el teléfono móvil (Mobipen, Phoniro Systems, etc.), que también se usa para abrir las puertas de los domicilios de los usuarios, que no pueden hacerlo por sí mismas. Y, mediante aplicaciones, los profesionales pueden recibir e intercambiar información sobre la mejor ruta, imprevistos, incidencias, etc.

En Suecia, ya a finales de la década de los noventa, algunos municipios empezaron a realizar “valoraciones de la necesidad simplificadas” (*förenklad biståndsbedömning*), según el tipo de servicio, pero al final fue considerado por los reguladores como contrario a lo que se estipula en la Ley de servicios sociales de Suecia, por lo que el gobierno central tramitó una ley especial (Lag 2009:47 om vissa kommunala befogenheter) para que pudiesen hacerlo de forma legal (Socialstyrelsen, 2014).

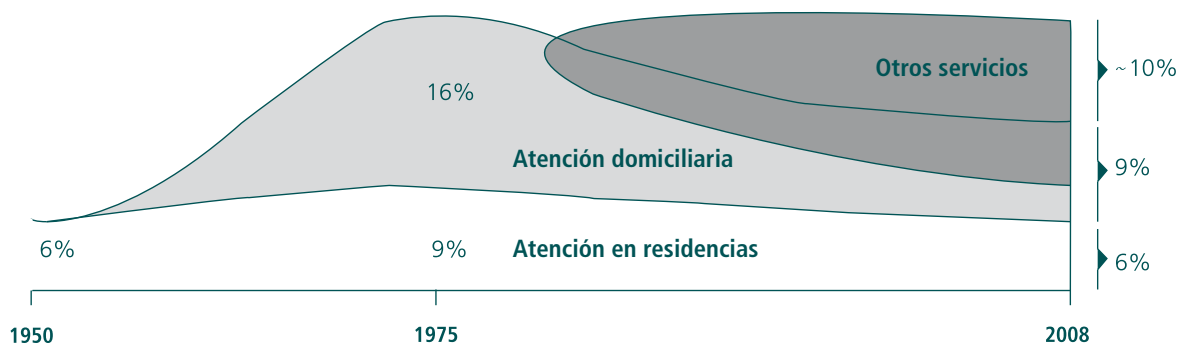
Se trataba de implementar una serie de “servicios de proximidad” dirigidos a grupos de personas de una cierta edad, como p.ej. ofrecer a todas las personas con 80 años y más servicios de limpieza, de quitar nieve, suministro de compras, medicamentos de la farmacia y excursiones en grupo, cafés para familias, etc., todos a precio de coste. Y también incluía otros servicios gratuitos de tipo preventivo, orientados a prevenir caídas, consistentes en ayuda para colgar cortinas, cuadros, cambiar bombillas, fijar cables, y en proponer algunos arreglos para evitar tropezones y facilitar la de-ambulaci3n.

En Dinamarca, la obligación de los municipios de realizar visitas a domicilio preventivas a todas las personas con 75 años y más es una medida parecida muy conocida.

En los dos países se emplea un método especial de “rehabilitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana” (*vardagsrehabilitering*) en los domicilios o en “centros de actividades” (*aktivitetscenter/friskvårdscenter*). En Dinamarca, los municipios ya son obligados a ofrecer esta medida o rehabilitación de tipo convencional antes de aprobar una solicitud de ayuda con las tareas domésticas.

Todos estos servicios son importantes por si solos o como complemento a los servicios a domicilio, pero no suelen constar en las estadísticas sobre coberturas. Otros, que en los dos países también son prestados por los municipios, son: adaptaciones de la vivienda, productos y tecnologías de apoyo (como el andador, asideros en el baño, sillas ducha, grúas colgadas en el techo, camas que ayuda a la persona a hacer cambios posturales apretando un botón, WC con ducha incorporada, aspiradora robot, y otros para facilitar la vida cotidiana a las personas con demencias, transporte subvencionado, tele-asistencia, servicios de apoyo y relevo del familiar, acompañamientos, etc.).

Sundström (2012) ilustra en el artículo: “Swedish old-age care: traditions, challenges, and experiences”, la importancia que tienen todos estos servicios mediante texto y una figura:



Fuentes: NOSOSCO, 2007, 2012, 2014.

En este trabajo Sundström muestra que contar con este tipo de servicios a menudo preceden o retardan la necesidad de la ayuda a domicilio o el ingreso en una residencia.

En Suecia y Dinamarca tales servicios forman parte de la cartera de servicios de los ayuntamientos desde hace tiempo y, como expone Sundström, en Suecia cubren cerca de un 10% de la población con 65 años y más. Complementan a los servicios a domicilio y/o el cuidado no profesional

y, en muchos casos, llegan incluso a sustituir del todo a los servicios a domicilio y la atención en una vivienda especial.

En Suecia, gran parte de los “servicios de proximidad” fueron creados en los municipios a mediados de los años ochenta en base a una declaración parlamentaria (1985) sobre el derecho de las personas mayores y con discapacidad de poder seguir viviendo el máximo tiempo posible en el propio domicilio (*kvarboendepincipen*), y recibir los servicios necesarios a tal fin. Los municipios recibieron subvenciones del Ministerio de la Vivienda, dentro de un proyecto comunitario llamado “Servicios coordinados al hábitat”, de 5 años de duración, en el que invitó a participar a las inmobiliarias municipales, el pequeño comercio, los servicios sociales, asociaciones de vecinos, y otras, para hacerles partícipes en la planificación urbanística, la creación de nuevos servicios en los barrios, la aproximación o retención del pequeño comercio, la eliminación de barreras, instalación de ascensores en las viviendas, etc. Un proyecto parecido llamado “Vivir bien en la vejez” (*Bo bra pa äldre dar*) se llevó a cabo 2010-2012 (Handikappinstitutet, 2012).

El modelo nórdico de bienestar y de atención a las personas, conocido como el Nordic care regime (Anttonen & Sipilä, 1996), se caracteriza por su orientación universal, responsabilidad pública - desfamiliarización, atención en la comunidad y su alto grado de descentralización, con competencias muy amplias de los municipios, también en la materia de vivienda y planificación urbanística (*welfare municipalities*). El alto grado de autonomía financiera de los municipios también es una característica destacable.

En Suecia, los municipios financian los servicios que prestan con recursos propios (impuestos locales) hasta un 80% por ciento de su coste (web de Sveriges Kommuner och Landsting). Desde el año 1992, en base a la reforma Ädel, con el traspaso de los centros socio-sanitarios de los condados, todos ya reformados en viviendas asistidas, los municipios tienen competencias plenas en la atención a las personas mayores (excepto la médica). Con esta reforma, obtuvieron la responsabilidad financiera, incluso de las estancias “innecesarias” en los hospitales (los llamados “bedblockers”), que se producen cuando una persona no puede ser dada de alta por falta de alternativas en la comunidad o soluciones, que, de una u otra forma, tienen la responsabilidad de proveer los municipios dentro de un plazo razonable (3 días desde que el director médico haya comunicado al municipio que el paciente necesita algún tipo de servicio o cuidados, pero ya no atención en el hospital) (Socialstyrelsen, 1996).

Dinamarca, con la reforma de su división territorial y competencial, iniciada en el año 2007, obtuvo competencias plenas en la atención a las personas mayores y responsabilidades financieras parecidas a las de Suecia (web, *Socialministeriet*).

Con esta reforma, Dinamarca fue dividida en cinco regiones. 13 condados desaparecieron y el número de municipios se redujo de 271 a 98. El objetivo era tener unos municipios más grandes (20.000 habitantes como mínimo) para poder asumir más competencias y ofrecer los servicios de

bienestar de más relevancia para la ciudadanía desde una perspectiva holística, integrada y continuada. En consecuencia, actualmente los municipios son responsables de la atención a las personas con discapacidad o en situación de dependencia en el domicilio y en viviendas especiales, de la enfermería a domicilio, la rehabilitación extra-hospitalaria, la atención sanitaria preventiva, y administran asimismo el sistema de elección de médico y del grupo de seguros de salud de los residentes en el municipio.

No sin razón son llamados welfare municipalities. En Dinamarca y Suecia, la mayor expansión de los servicios dirigidos a las personas mayores, discapacitadas y a las familias, en general, tuvo lugar entre los años 60 - 80 ("los años dorados del capitalismo"). Los dos países priorizaron el crecimiento de los servicios a domicilio. En Dinamarca éstos siguieron creciendo hasta el año 2002, hasta llegar a una cobertura de un 29%. Los municipios obtenían subvenciones estatales para expandirlos sin ningún problema, por lo que no se vieron "obligados" a buscar fórmulas para controlar los costes (Edebalk, 1990, 2004a).

El objetivo de la desinstitucionalización fue más importante que el control de costes y, gracias a ello, ya no quedan instituciones en estos países, sino una variada gama de servicios, productos y tecnologías de apoyo, así como diferentes tipos de viviendas con servicios y asistidas, tanto para las personas mayores como para las personas con discapacidad.

En línea con el principio de la normalización (según definición de Bank-Mikkelsen y Nirje, 1969) en los dos países el alojamiento y la atención pasaron a ser tratados como dos cosas distintas. Las personas mayores y discapacitadas que viven en una "vivienda especial" disponen de una "vivienda completa", es decir, un apartamento de unos 30-60 m², con kitchenette o cocina, por el cual pagan un alquiler. La comida también se paga aparte, y estas aportaciones no son consideradas copagos, sino gastos normales, que forman parte de los costes de la vida de toda persona adulta.

Los servicios que reciben en este tipo de viviendas y en otras parecidas (como las viviendas senior, co-housing, etc.), se consideran como servicios a domicilio y, normalmente, también se contabilizan como tal en las estadísticas y no como atención institucional. Únicamente las viviendas que prestan servicios y cuidados las 24 horas los 7 días de la semana, se suelen contabilizar como atención institucional en las estadísticas.

A partir de los años ochenta, la presión demográfica empezó a condicionar cada vez más las políticas, sobre todo en Suecia, que ya tenía un índice de sobre-envejecimiento de un 4% (ahora es de un 5,3%), por lo que los municipios en este país empezaron a subir las tarifas de copago, sobre todo por los servicios de tareas domésticas, como la limpieza del hogar, y para los que se prestaban de forma puntual. Tenían libertad plena para fijar las tasas de copago hasta el año 2002. En ese año el gobierno central introdujo un copago máximo, que se revisa cada año. Para el año 2014 está fijada en 1.776 coronas/mes (201 Euros). Los municipios no pueden cobrar más

ni siquiera a las personas que tienen gran necesidad de ayuda y reciben el servicio varias veces al día. Está fijada en un nivel tan bajo para que la mayoría, y sobre todo las personas con más necesidad, tengan la posibilidad de pagarla sin tener que someterse a pruebas de verificación de sus ingresos y patrimonio, lo que es considerado infringir en su intimidad, y también por evitar costes en burocracia.

A diferencia de Dinamarca, en Suecia siempre ha habido un copago, tanto para los servicios que se prestan de forma permanente en los domicilios, como para los que se prestan de forma puntual. En Dinamarca hay copago únicamente para los servicios que se prestan de forma puntual.

Desde principios del s. XXI, en Suecia se ha restringido cada vez más el acceso también a las viviendas especiales y el proceso de privatización de la atención a las personas mayores se ha convertido en el tema central para favorecer la libre elección entre alternativas y reducir costes.

La adjudicación por concurso había favorecido a las grandes empresas, por lo que el gobierno en funciones consideró necesario estimular la competencia mediante la libre elección, y de esta forma facilitar a las pequeñas empresas que pudieran entrar en el mercado. En este sentido, en el año 2009 se aprobó “la ley de sistemas de libre elección” (*Lagen om valfrihetssystem* - LOV), que da libertad a los municipios a emitir cheques servicios, con precios prefijados, para que las personas que solicitan un servicio domiciliario puedan escoger ellas mismas el proveedor, por lo que cada vez hay más empresas que prestan este tipo de servicios.

En las grandes ciudades ya hay tantas empresas que resulta difícil distinguir entre unas y otras. A diferencia de los proveedores públicos, las empresas tienen derecho a diferenciarse, ofreciendo servicios complementarios a precio de mercado (no subvencionados por parte del municipio en base a la valoración de la necesidad), y/o dirigiendo su oferta a diferentes segmentos de personas, según intereses, aficiones, costumbres, culturas/nacionalidades.

Para los profesionales que hacen la valoración de la necesidad, esta situación les complica y mucho su trabajo, tanto de informar a los usuarios sobre el derecho a elegir y entre qué alternativas, de una forma objetiva, como a la hora de pasar las comandas a tantos proveedores diferentes y, aún más, para realizar el seguimiento de la situación de la persona y de la calidad de la atención prestada en cada caso. Muchas de las nuevas empresas únicamente prestan servicios domésticos, por lo que la fragmentación entre proveedores y servicios prestados aumenta y, con ello, se dificulta aún más la coordinación. El criterio de la continuidad personal y de la atención también resulta cada vez más difícil de cumplir. En el informe de “las Comparaciones abiertas” del año 2013 se constata que, durante un período de 14 días, los usuarios recibían entre 6 a 26 profesionales distintos en sus domicilios (Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting – SKL, 2013).

La fragmentación dificulta, a su vez, la implementación del nuevo programa de la mejora de la

atención de las personas mayores “más enfermas” (*mest sjuka äldre*), como dicen en Suecia, para no usar el concepto de crónicos. Prefieren usar términos con connotaciones positivas, y que sean acordes con la CIF-Clasificación Internacional del Funcionamiento, que los dos países usan para hacer la valoración de la necesidad.

En todo caso, encontrar la mejor forma de atender hoy a las personas más longevas de la historia como se merecen, y mañana a las futuras generaciones de personas mayores, para que puedan “vivir con dignidad y sentir bienestar” ya está en la agenda de sus gobiernos. El creciente número de personas mayores con pluri-patologías y complejidad clínica ya ha cambiado la manera de concebir y organizar el sistema de atención y los servicios a domicilio en Suecia y Dinamarca, y probablemente lo va hacer aún más en el futuro.

3. COBERTURAS DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

Dinamarca tiene 5,6 millones de habitantes en total, y una población menos envejecida que Suecia. La proporción de personas con 65 años y más es de 17,3% y la proporción con 80 años y más es de 4,1 % (NOSOSCO, 2013).

Suecia tiene 9,5 millones de habitantes en total, el 18,8 % tiene 65 años y más y el 5,3 % tiene 80 años y más (NOSOSCO, 2013).

En cuanto a las coberturas de los servicios a domicilio de la población de 65 años y más, en los últimos años ha disminuido en Dinamarca, incluso más que en Suecia. Según las estadísticas de NOSOSCO, en el año 2005, la cobertura en Dinamarca alcanzó a 178.200 personas con 65 años y más (ratio 21,7%), en el año 2011 bajó a 140.900 personas (15,0%), mientras que en 2012 fueron 132.810 personas con 65 años y más quienes recibían SAD (13,7%) con carácter permanente. Sin embargo, la intensidad del servicio se ha mantenido más o menos en el mismo nivel desde 2008 (3,6 horas por semana de media).

Por su parte, y tal como ya se ha comentado, en Suecia la cobertura de la población de 65 años y más disminuyó de forma significativa ya a finales de los años ochenta, y desde entonces se ha mantenido más o menos en el mismo nivel. La cobertura en el año 2005 fue de 135.000 personas (ratio 8,6%), en el año 2011 subió a 162.300 (9,1%) y aún volvió a incrementarse ligeramente en el año 2012, siendo 163.600 personas de 65 años y más (9,2%) las que recibieron servicios a domicilio. La intensidad de los servicios se ha mantenido en el mismo nivel desde principios de 2000, con un ligero aumento en el año 2012 (de 7 a 8 horas por semana de media).

En Dinamarca la cobertura sigue siendo más alta que en Suecia, pero la intensidad es menor. La mayor parte de los usuarios daneses (63%) reciben menos de 2 horas por semana, mientras en Suecia se ha priorizado la atención a los usuarios con más necesidad de atención (de cuidados personales).

Servicios a Domicilio Coberturas	Dinamarca			Suecia		
	2005	2011	2012	2005	2011	2012
Cobertura Número Personas 65+	178.000	140.900	132.810	135.000	162.000	163.600
% Personas 65+	21,7	15	13,7	8,6	9,1	9,2
Horas/semana (de mediana)	5,3	3,6	3,6	7	7	8
% con menos de 2 horas/semana	57	64	63	39	32	31
% con 3-19 horas/semana		32	34		58	58
% con más de 20 horas/semana		4	3		10	11

Fuentes: NOSOSCO, 2007, 2012, 2014.

A diferencia de Suecia, en Dinamarca, el 47% de los usuarios de los servicios a domicilio únicamente reciben ayuda para las tareas domésticas, el 11,1% solo reciben ayuda para la atención personal, y el 41,9% la reciben para ambos tipos de tareas (atención personal y doméstica) (Danmarks Statistik, 2013).

Los que únicamente recibieron ayuda doméstica, la tuvieron muy pocas horas, 0,8 horas por semana de media; los que únicamente recibieron atención personal, la tuvieron 5,5 horas por semana, y los que recibieron ambos tipos de apoyo, lo hicieron con una intensidad de 4,6 horas por semana de media. De todos modos, sumando las horas, el 20% de las horas se destinan a ayuda doméstica y el 80% a atención personal (Danmarks Statistik, 2013).

En cuanto a los proveedores de los servicios, en Dinamarca, en el año 2012, el 37% de los usuarios recibieron los servicios de una empresa privada (el 13% de las horas). El 62,4% de quienes únicamente recibieron ayuda doméstica, la recibieron de una empresa privada, el 6,6% de los usuarios que únicamente recibieron atención personal, la recibieron de una empresa privada y un 31% que recibieron ambos, los recibieron de una empresa privada (Meager, 2013).

Por su parte, en Suecia, en el año 2012, solo el 24% de las horas fueron prestadas por entidades privadas (22% por empresas y el 2% por entidades sin ánimo de lucro (Meagher, 2013)).

Para acabar esta panorámica comparativa entre Dinamarca y Suecia, se ofrecen en el cuadro siguiente las coberturas en viviendas asistidas.

“Viviendas asistidas” Coberturas	Dinamarca 2005	Dinamarca 2011	Suecia 2005	Suecia 2011
Cobertura Número Personas 65+	68.246	42.800	109.000	101.000
% Personas 65+	8,3	4,5	7	5,3

CONCLUSIONES.

El panorama en los dos países es cada vez más complejo. Para reducir costes a nivel general en los sistemas de atención, la reforma estructural Ädel en Suecia de 1992, y la Reforma en Dinamarca de 2007, sitúan a los ayuntamientos en una situación cada vez más comprometida. Tienen que soportar la presión de limitar el ingreso y los tiempos de estancia, tanto en los hospitales como en las viviendas especiales, buscando las soluciones más costo-efectivas. Supone realizar cada vez más atención de carácter sanitario y de rehabilitación en los domicilios o en centros de los municipios. Muchas personas ya reciben visitas a domicilio varias veces al día e incluso durante la noche. Los modelos organizativos están en el debate y cada vez hay más estudios sobre cómo optimizarlos.

Los municipios ya han hecho un gran esfuerzo, restringiendo el acceso, tanto a los servicios a domicilio como a las viviendas especiales, diversificando a la vez la oferta y privatizando una parte, para que también haya una oferta de servicios y alojamientos complementaria a la pública, a la que se pueda acceder por otras vías, sin la prueba de la necesidad de los ayuntamientos o con procedimientos simplificados.

En Suecia, se ha comprobado que las personas que reciben servicios profesionales en los domicilios, y sobre todo las que los reciben de familiares, son las que más acuden a las urgencias de los hospitales, por lo que se ha empezado a poner en cuestión si no se ha restringido demasiado el acceso a las viviendas asistidas.

De momento, para descargar a los ayuntamientos de responsabilidades, en los dos países se ha introducido la posibilidad de comprar servicios domésticos y ahora también de atención personal directamente de una empresa, con el derecho de hacer desgravación fiscal del coste (en Suecia hasta un 50% del total) (Meagher et al, 2013). Una posibilidad que aprovechan sobre todo las clases medias y altas, mientras que las personas con recursos limitados acuden más a la ayuda de la familia. Se trata de un fenómeno muy denunciado por los partidos de izquierdas, por considerar que está erosionando gravemente el modelo universal (Szebehely & Trydegård, 2011).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Anttonen A. & Sipilä J. (1996) "European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?", *Journal of European Social Policy*, 6 (2) 87-100.

Astvik, W. (2003) *Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet 2003:8. Stockholm: Elanders Gotab.

Bank-Mikkelsen, N.E. (1969) 'A metropolitan area in Denmark' in *Changing pattern in residential services for mentally retarded*, R.B. Kugel & A. Shearer eds, President's Committee on Mental Retardation, Washington D.C.

Bostadsstyrelsen, Sverige (1988) *Bo på egna villkor. Mål och medel för förbättrade boendeförhållanden för äldre, handikappade och långvarigt sjuka*.

Christiansen, Jørgen Møller, m.fl. (2002) *Hjemmeplejen i en omstillingstid. Personalets syn på deres arbejde, på omstillingerne og på fremtiden – belyst ud fra en spørgeskemaundersøgelse*. København, CASA & Københavns Kommunes BST.

Daatland, S.O., Sundström, G (1985): *Gammal i Norden - boende, omsorg och service 1965-1982*, Nordiska Ministerråd.

Dahl, Hanne Marlene (2000): *Fra kitler til eget tøj – diskurser om profesionalisme, omsorg og køn*.

Danmarks Statistik (2013): *Den sociale ressourceopgørelse*.

Deloitte (2013) *Ældreområdet – internationale perspektiver*, ed. Social- og Integrationsministeriet. <http://www.sm.dk/Temaer/social-omraader/%C3%86ldre/hjemmehjaelp-kommissionen/>

[Documents/%C3%86ldreomr%C3%A5det%20-%20internationale%20perspektiver.pdf](http://www.sm.dk/Temaer/social-omraader/%C3%86ldre/hjemmehjaelp-kommissionen/Documents/%C3%86ldreomr%C3%A5det%20-%20internationale%20perspektiver.pdf)

Edebalk, P.G. (1990) *Hemmaboendeideologins genombrott – åldringsvård och socialpolitik 1945-1965*. Meddelanden från Socialhögskolan, 1990:4. Lund.

Edebalk, P.G, Samuelsson, G & Ingvad, B (1993): *Hur pensionärer rangordnar kvalitetsegenskaper i hemtjänsten*, *Nordiskt Socialt Arbeid* nr. 3/1993.

Edebalk, P.G. (2004b) *Nordiska äldreomsorger – svåra att jämföra*. *Nordisk socialt arbeid* Nr. 4 2004. Universitetsforlaget.

Eliasson R et al (1992) Egenheter och Allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor. Lund Studies in Social Welfare. Arkiv Förlag.

Eliasson, Rosmari & Marta Szebehely (1999): Care for the Elderly: Conditions and Everyday Realities. Comparative perspectives on Scandinavian welfare states, welfare municipalities and the patterns of care from the view of elderly persons. (Forskningsprogram/ansökan till SFR/FAS).

Eliasson-Lappalainen, Rosmari (2005): Hemhjälp i Norden: Är omsorg möjlig under vilka villkor som helst? Nordisk Socialt Arbeid, 25 (2) 138-145.

Handikappinstitutet (2012): Bo Bra på äldre dar <http://www.hi.se/publikationer/rapporter/bo-bra-pa-aldre-dar/>

Hartelius, Åsa (2013) Service management i hemtjänsten. En analys av personalkontinuiteten i hemtjänsten utifrån ett tjänsteproduktionsperspektiv. (Akad Avh). Institutionen för teknikens ekonomi och organisation. Avdelningen för operations management, Chalmers Tekniska Högskola.

Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet, juli 2013: Fremtidens hjemmehjælp – ældres resourcer i centrum for en sammenhængende indsats. (Comisión Parlamentaria).

Ingvad, B. & Olsson, E. (1999a) Det känslomässiga utbytet och omsorgskvalitet i hemtjänsten. Socialvetenskaplig tidskrift, 6:1, 3-26.

Ingvad, B. & Olsson, E. (1999b) The care relationship as a dynamic aspect of quality in home care service. Paper presented to the IV th European Congress of Gerontology, Berlin, July 7th-11th. Stencil. Lunds universitet, Socialhögskolan.

Kamp, A. (2012) Meaning of work in elderly care in Denmark: Fragile reconstructions. I: Kamp, A. & Hvid, H. (eds.) Elderly Care in Transition. Management, Meaning and Identity at Work. A Scandinavian Perspective. Copenhagen Business School Press.

Lewinter, M. (1999) Spreading the Burden of Gratitude: Elderly Between Family and State. (Akad Avh), København, Sociologisk Institut.

Lewinter, Myra (2003): Reciprocities in caregiving relationships in Danish elder care, Journal of Aging Studies, Volume 17, Issue 3, August 2003, Pages 357-377.

Lewinter, M. (2003) Udvikling i hjemmehjælp i Danmark. En casestudie i velfærdsstatens omstrukturering. Nordisk Socialt Arbeid, 23 (1): 5-11.

Lewinter, M. (2004) Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. *International Journal of Social Welfare*, 13(1): 89-96.

Meagher, G. & Szebehely, M. (red.) (2013) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent*.

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (Socialministeriet), Danmark: *Hvad er hjemmehjælp?* <http://www.sm.dk/Temaer/socialomraader/%C3%86ldre/hjemmehjaelp/hvad-er-hjemmehjaelp/Sider/Start.aspx>

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (Socialministeriet) Socialministeriet & Aeldresagen: *Frit Valg og Fleksible Hjemmehjælp*, ed. Socialministeriet, 2004.

Ministry of Social Affairs, Children and Integration (Socialministeriet), Denmark: *Home Care Services*, <http://english.sm.dk/social-issues/Elderly-people/home-care-services/Sider/Start.aspx>

Ministry of Social Affairs, Children and Integration (Socialministeriet), Denmark: *Residential accommodation for the elderly*, <http://english.sm.dk/social-issues/Elderly-people/residential-accomodation/Sider/Start.aspx>

MUUSMANN Research & Consulting (2007): *Kontinuitet og helhed i hjemmeplejen*, Ed. Servicestyrelsen, Danmark. Servicestyrelsen (2007) *Værktøjskatalog. Metoder og værktøjer til at sikre kontinuitet og helhed i hjemmeplejen*.

Myndigheten för vårdanalys (2013) *Kartläggning av kommunernas arbetsätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten*. <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2013/PM-2013-2-v3-web.pdf><http://www.vardanalys.se/Rapporter/2013/PM-20132-Kartlaggning-av-kommunernas-arbetsatt-for-forenkla-d-hantering-och-okad-flexibilitet-i-hemtjansten/>

Nirje, B. (1969) 'The normalisation principle' in *Changing pattern in residential services for mentally retarded*, R.B. Kugel & A. Shearer eds, President's Committee on Mental Retardation, Washington D.C.

NOSOSCO (2007) *Social Protection in the Nordic Countries 2005. Scope, expenditure and financing*. Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO).

NOSOSCO (2012) *Social tryghed i de nordiske lande 2010/11 Omfang, udgifter og finansiering*. Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO).

NOSOSCO (2013): *Social tryghed i de nordiske lande 2011/12 Omfang, udgifter og finansiering*. Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO).

Olsson, E. & Ingvad, B. (2006) Omorganisationer, kvalitet och arbetsmiljö i hemtjänsten under 1990-talet. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, 12(1): 5-16.

Olsson, E. & Ingvad, B. (2001) The emotional climate of care-giving in home-care services. *Health and Social Care in the Community*, 9:6, 454-463.

Persson, Ulf, Edebalk, Per Gunnar (1990): Ålderdomshem eller hemmaboende? Ett räkneexempel grundat på ett samhällsekonomiskt synsätt. IHE Arbetsrapport 1990:1. Lund:IHE, 1990.

Petersen, Jørn Henrik (2008): Hjemmehjælpens historie: Idéer, holdninger, handlinger, Syddansk Universitetsforlag.

PHONIRO CARE - Digital access for the home care services. <http://www.phonirosystems.se/export>

Rambøll (2013): Analyse af borgerens vej gennem systemet - fra visitation til levering af hjemmehjælp. <http://www.sm.dk/Temaer/sociale-omraader/%C3%86ldre/hjemmehjælp-kommisjonen/Documents/Analyse%20af%20borgerens%20vej%20gennem%20systemet.pdf>

Roostgaard, T. et al (2011) Livindhome. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. SFI. Copenhagen 2011.

Rostgaard, T. (2012) Quality reforms in Danish home care – balancing between standardization and individualization. *Health & Social Care in the Community Special Issue: Reforming Home Care in Ageing Societies*, 20 (3): 247–254.

Rostgaard, T. & Szebehely, M. (2012) Changing policies, changing patterns of care - Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing*, 9 (2): 101-109.

Samuelsson G., 1985: Varför servicehus? En litteraturstudie om kategoriboende för äldre. FOU-rapport nr 12, Stockholms socialförvaltning.

Socialstyrelsen, Sverige (1996). Ädelreformen. Slutrapport. Socialstyrelsen Följer Upp och Utvärderar 1996:2.

Socialstyrelsen, Sverige (2013). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013. Vård och omsorg om äldre, pp 132-160.

Socialstyrelsen, Sverige (2014). Meddelandeblad om trygghetslarm och befogenhetslagen.

Stranz, Anneli (2013): Omsorgsarbetets vardag och villkor i Sverige och Danmark. Ett feministiskt perspektiv. Rapport i *Socialt Arbete* nr. 144, 2013, Stockholms Universitet.

Svenska Kommunförbundet (1982): Att kunna bo kvar - anpassa äldre-och handikappomsorgen till kommunens områden, utveckla arbetslag och annan hemtjänst -.

Sveriges Kommuner och Landsting: Jämförelseprojektet 2003-2011, http://www.skl.se/vi_arbetar_med/ledning-och-styrning/kvalitet/jamforelse. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/ledning-och-styrning/kvalitet/jamforelse/rapporter-inom-jamforelseprojektet/aldreomsorg-rapporter-jamforelseprojektet

Svensson, M., Persson, U., Edebalk, P. G. (1991) "Home service costs: The Swedish experience". Health Policy 1991:19;197-209.

Szebehely M. & Eliasson-Lappalainen R. (2003): Hemhjälp i Norden: Illustrationer och reflexioner. Studentlitteratur, Lund.

Szebehely M. (2006) Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor - en jämförande studie av den nordiska hemtjänsten, Tidskrift for Arbejdsliv, 8 (1) 49-66.

Szebehely M. & Trydegård G.B. (2011) Home Care in Sweden: a Universal Model in Transition, Health & Social Care in the Community).