

Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017

En rikstäckande undersökning av äldres
uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt
boende

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-444-0
Artikelnummer 2018-2-5

Foto Calle Bredberg, Scandinav bildbyrå
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2018

Förord

Socialstyrelsen undersöker årligen hur äldre personer med äldreomsorg uppfattar omsorgen. Undersökningen är ett underlag till flera av Socialstyrelsens arbeten, bland annat öppna jämförelser. Genom att redovisa hur väl individer får sina behov och önskemål tillfredsställda kan underlaget även fungera som stöd för kommunernas verksamhetsuppföljning.

Denna rapport redovisar och analyserar undersökningens resultat på nationell nivå. Den riktar sig främst till beslutsfattare, tjänstemän och verksamhetsansvariga på olika nivåer. Utöver denna rapport finns resultat sammanställda i kompletterande redovisningar för län, kommuner, stadsdelar och verksamheter. Dessa sammanställningar riktar sig till verksamhetsansvariga, branschorganisationer, politiker, journalister och andra intresserade.

Stort tack till alla enskilda personer och deras anhöriga som besvarat enkäten. Svaren bidrar till ökad kunskap om äldreomsorgen – och därmed till dess utveckling.

Projektledare har varit Anna Ekendahl. Stina Hovmöller har varit ansvarig enhetschef.

Mona Heurgren
Avdelningschef
Avdelningen för statistik och jämförelser

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Majoriteten av de äldre är nöjda	9
Anhöriga får frågor	9
Analysen bygger på en samkörning	9
Skillnader mellan kvinnor och män	12
Begrepp och definitioner.....	12
Svarsfrekvens	13
Läkemedel och besvär av ängslan, oro eller ångest	17
Psykofarmaka	18
Olämpliga läkemedel för äldre	22
Samband mellan läkemedelsbehandling och oro	23
Sammanfattning	26
Förekomst av sjukdomar och upplevelser om omsorgen	27
Rörelseorganens sjukdomar	29
Typ 2-diabetes.....	32
Hjärtsjukdomar	35
Multisjuklighet	37
Sammanfattning	38
Socialtjänstinsatser och hur de äldre upplever omsorgen	40
Antal hemtjänsttimmar	42
Trygghet och nöjdhet	44
Ensamhet och ängslan.....	46
Rörelseförmåga och hälsa	47
Sammanfattning	48
Anhörigperspektivet.....	50
Frågor till anhöriga i webbenkäten	50
Anhörigas situation.....	54
Vidare arbete	57
Referenser	58
Bilaga 1. Metodbeskrivning	60
Körning mot Socialstyrelsens register	62

Sammanfattning

Socialstyrelsens undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* visar att majoriteten av de som har äldreomsorg i Sverige tycker att den är bra. I undersökningen får personer med äldreomsorg möjlighet att tala om vad de tycker om sin hemtjänst eller om sitt särskilda boende. Fortfarande finns det dock förbättringspotential.

Årets rapport bygger på en samkörning av undersökningen och de hälso- och socialtjänstregister som Socialstyrelsen förvaltar. Genom att synliggöra faktorer som kan ha ett samband med upplevelsen av den egna äldreomsorgen kan kunskapen öka om behoven hos äldre personer.

Resultaten visar att:

- Personer i ordinärt boende med förskrivning av psykofarmaka och olämpliga läkemedel för äldre upplever sig ha stora besvär av ångslan, oro eller ångest. Resultat skiljer sig från personer i särskilt boende med samma läkemedelsbehandling.
- Personer som bor i ordinärt boende med en multisjuklighet skattar den egna hälsan som mindre god och upplever sig ha mer besvär av ångslan än den genomsnittliga hemtjänsttagaren.
- Personers upplevelser av hälsan och omsorgen ser olika ut beroende på diagnos och om den enskilde bor i ordinärt boende eller särskilt boende.
- Personer med fler beviljade hemtjänsttimmar än genomsnittet svarar i lägre grad positivt på frågorna om den egna hälsan och är mindre positiva till sin omsorg. Det speglar att stora behov är en viktig faktor i den enskildes upplevelser av omsorgen och sin egen hälsa.
- Personer i ordinärt boende med socialtjänstinsatsen dagverksamhet har större besvär av ensamhet och ångslan än genomsnittet.
- Majoriteten av anhöriga som deltagit i undersökningen upplever samarbetet med personalen på det särskilda boendet som bra.
- 83 procent av anhöriga som deltagit i undersökningen är nöjda med den vård och omsorg som ges till deras närstående. När äldre svarar helt själva är 84 procent lika nöjda.

Resultaten visar genomgående på att det finns skillnader i upplevelserna om såväl den egna vården som omsorgen, beroende på om den enskilde bor i ordinärt boende eller särskilt boende. Rapporten ger dock inga svar på bakomliggande orsaker till att resultaten ser ut som de gör. Därmed krävs fler studier för att analysera de bakomliggande faktorerna.

Inledning

Socialstyrelsen undersöker årligen de äldres uppfattning av äldreomsorgen. Undersökningen sker i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Famna och Vårdföretagarna.

I undersökningen ingår personer som är 65 år och äldre, och som antingen bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst eller på särskilt boende. Bland personerna med hemtjänst ingår inte de som enbart har stöd i form av trygghetslarm eller matdistribution.

Myndigheten redovisar undersökningens resultat inom ramen för Socialstyrelsens arbete med öppna jämförelser, som är ett verktyg för att analysera, följa upp och utveckla vård och omsorg på lokal, regional och nationell nivå.

Syftet med rapporten är att få ökad kunskap om äldre personer och deras behov. Genom nationella jämförelser kan vi på nationell och lokal nivå följa om omsorgen är jämlik. Syftet är att bidra till verksamhetsutveckling och ger även en bild av hur äldre med olika diagnoser och läkemedelsbehandlingar ser på den egna vården och omsorgen. Denna rapport riktar sig i första hand till beslutsfattare på nationell nivå, men kan även vara aktuell på lokal och regional nivå.

Den här rapporten bidrar till Agenda 2030, dels genom mål 3 som handlar om att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar, dels genom mål 10 som handlar om att minska ojämlikheten inom och mellan länder [1].

Få förändringar har skett i resultaten på nationell nivå sedan 2013, vilket gör att tidigare års analyser fortfarande är aktuella. Därför görs det hänvisningar till föregående års rapporter ifall sambandet mellan undersökningens frågor, eller gruppen som upplever dåligt välbefinnande är av primärt intresse [2, 3].

I likhet med tidigare år redovisas de nationella resultaten för 2017 i en separat bilaga. På webbplatsen www.socialstyrelsen.se/aldreundersokning presenterar myndigheten även resultaten för län, kommuner, stadsdelar och verksamheter med minst sju svarande. Det går även att ladda ner resultatrapporter via ett webbverktyg som tillhandahålls av Institutet för kvalitetsindikatorer i Göteborg AB (Indikator) på uppdrag av Socialstyrelsen.

Lite om deltagarna i undersökningen

I 2017 års undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* fick 216 220 personer med äldreomsorg möjlighet att medverka. Av dessa svarade 60 procent (130 125 personer) på enkäten.

I särskilt boende svarade 54 procent (38 491 av 71 577 personer) på enkäten, och av de med hemtjänst svarade 63 procent (91 634 av 144 643 personer) på enkäten.

Majoriteten av de äldre är nöjda

Majoriteten av personerna med äldreomsorg som besvarat enkäten har lämnat positiva svar. Undantaget är, likt tidigare år, två av frågorna som ställdes till personer på särskilt boende. Frågorna handlar om att personalen inte meddelar tillfälliga förändringar, och var de äldre ska vända sig om synpunkter och klagomål på sitt särskilda boende. Det är med andra ord två frågor som den ansvariga verksamheten har goda möjligheter att påverka.

Jämfört med 2013 har det inte skett några större förändringar nationellt. Däremot finns det fortfarande stora skillnader mellan olika kommuner, och även mellan olika verksamheter inom en och samma kommun.

Några resultat från årets undersökning:

- Av dem som bor hemma med stöd från hemtjänsten uppger 82 procent att personalen alltid eller oftast har tid att utföra sina uppgifter, och 86 procent uppger att det är ganska eller mycket tryggt att bo hemma med stöd av hemtjänst.
- Av de som bor på särskilt boende upplever 67 procent att måltiderna är en trevlig stund på dagen, och 75 procent anser att maten smakar mycket eller ganska gott.
- Angående möjligheten att få komma utomhus på särskilt boende uppger 58 procent att de är bra, och 64 procent är nöjda med de aktiviteter som erbjuds.
- Majoriteten av de som svarat känner förtroende för personalen som arbetar i hemtjänsten eller på det särskilda boendet.

Anhöriga får frågor

Årets rapport redovisar för första gången resultaten på frågor som anhöriga fått om deras egna upplevelser om omsorgen som ges till den enskilde äldre. Frågorna ställdes till anhöriga till personer på särskilt boende och kunde besvaras om den anhörige besvarade webbenkäten utan den enskildes medverkan. Resultaten finns i avsnittet *Anhörigperspektivet*.

Analysen bygger på en samkörning

Årets rapport bygger på en samkörning av individuppgifter. Socialstyrelsen har kombinerat data från enkätundersökningen med data från myndighetens hälsodata- och socialtjänstregister.

Socialstyrelsen har valt att utgå från de svar som den äldre själv har lämnat. Detta har myndigheten valt för att resultaten på upplevelsen av vård och omsorg, tillsammans med andra variabler, ska bli så säkra som möjligt.

Undersökningsgruppen inom hemtjänst består av 36 912 personer. Inom särskilt boende består gruppen av 4 626 personer. Dessa två grupper representerar därmed 47 procent (hemtjänst) respektive 12 procent (särskilt boende) av den totala gruppen som deltagit i undersökningen.

Socialstyrelsen har samkört undersökningen med tre hälsodata- och socialtjänstregister som myndigheten förvaltar:

- Patientregistret (PAR)
- Läkemedelsregistret

- Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL).

Värdet av figurerna i rapporten utgår från den grupp som svarat på undersökningen själv. De enkätfrågor som figurerna relaterar till är:

- Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende eller hemtjänst?
- Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende eller att bo hemma med stöd av hemtjänsten?
- Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?
- Hur är din rörlighet inomhus?
- Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?
- Händer det att du besväras av ensamhet?

Frågorna om ängslan, oro eller ångest, ensamhet och trygghet var centrala i föregående års rapport. Även tidigare år har frågorna analyserats. Ängslan är vanligare bland äldre i äldreomsorgen än i befolkningen generellt, även om hänsyn tas till hälsotillstånd [3]. Omhändertagandet av dessa känslor tar tid och resurser från både den äldre själv och personal. Stödet behöver därför utformas för att minska besvär av ängslan, oro eller ångest [4, 5].

Tolkning av rapportens figurer

Informationen i rapporten redovisas i olika diagram. Här följer en kort tolkningshjälp:

Diagram för svarsfördelning

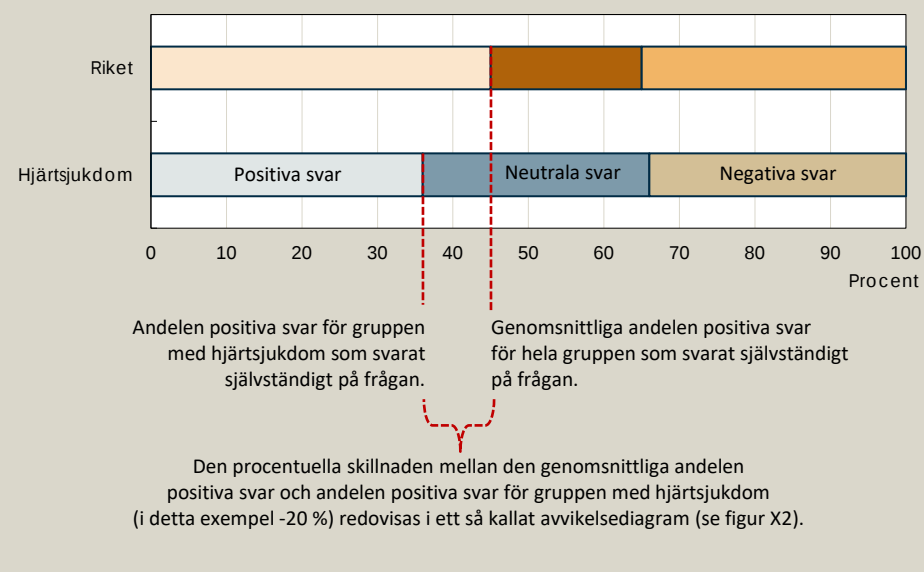
I undersökningen ställs frågor som ofta har fler svarsalternativ än bara ja eller nej. Exempelvis har frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” fem svarsalternativ: mycket gott, ganska gott, någorlunda, ganska dåligt och mycket dåligt.

I redovisningen har de två positiva (mycket gott och ganska gott) och de två negativa (ganska dåligt och mycket dåligt) svarsalternativen slagits ihop, vilket resulterar i totalt tre svarsalternativ på denna fråga.

I vissa avsnitt presenteras diagram för svarsfördelning för att tydliggöra hur stor andel av svaren för en viss grupp som var *positiva*, *neutrala* respektive *negativa*. Syftet med detta är att underlätta tolkningen av uppgifterna.

Diagrammen innehåller också information om hur den genomsnittliga svarsfördelningen ser ut, i en stapel som kallas för *Riket* (se figur X1, som enbart är ett exempel på hur en figur kan se ut).

Figur X1. Trivsel i rum eller lägenhet – diagram över svarsfördelning



Avvikelse diagram

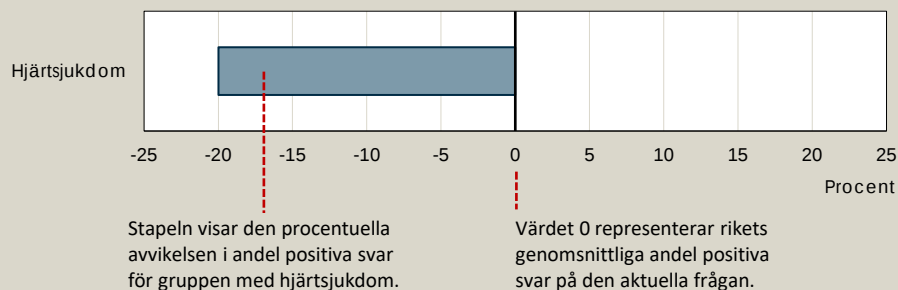
Avvikelse diagrammen fokuserar på andelen positiva svar på frågorna, och visar den procentuella avvikelser från genomsnittet. Diagrammet ger snabbt en överblick över hur olika grupper har svarat, exempelvis personer med en viss diagnos (se figur X2, som likt figur X1 enbart är ett exempel på hur en figur kan se ut).

Den vertikala mittlinjen representerar andelen positiva svar hos samtliga som besvarat frågan. Stapeln till vänster om mittlinjen visar de som svarat mindre positivt än riksgenomsnittet, och stapeln till höger om mittlinjen visar de som svarat mer positivt än genomsnittet på frågan.

I exemplet nedan skulle detta innebära att personer med hjärtsjukdom i lägre grad lämnat ett positivt svar jämfört med genomsnittet, då skillnaden är -20 procent. Detta betyder dock inte per automatik att gruppen med hjärtsjukdom nödvändigtvis svarat mer negativt på frågan, då de i stället kan ha lämnat en högre andel neutrala svar (se figur X1).

Av denna anledning kompletteras oftast profildiagrammen med ett diagram för svarsfördelning, eller med en text som beskriver hur gruppens övriga svar fallit ut.

Figur X2. Trivsel i rum eller lägenhet – avvikelседiagram



Andra redovisningsformer i rapporten

Utöver de diagram som presenteras ovan förekommer även vanliga stapeldiagram, cirkeldiagram och kartor (både på kommun- och länsnivå) i denna rapport.

Kartornas färgskalor skiljer sig lite åt beroende på vad som redovisas. En färgskala finns angiven i anslutning till varje karta.

Skillnader mellan kvinnor och män

Vid en tidigare genomförd analys av samtliga enkätsvar stod det klart att det inte går att identifiera några statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnor och män. De skillnader som ändå fanns, kunde i hög grad förklaras genom andra faktorer, exempelvis upplevd hälsa, ensamboende och ålder [3]. På grund av detta har en uppdelning baserat på kön inte varit aktuellt vid framtagandet av data till denna rapport.

I den nationella tabellbilagan presenteras dock resultatet bland annat uppdelat på kvinnor och män. Även de resultat som publiceras på lokal nivå är uppdelade på kvinnor och män, så långt som detta varit möjligt.

Begrepp och definitioner

Denna rapport använder i största möjligaste mån begreppet den enskilde, som här syftar på de individer som utgör den grupp som undersökningen riktar sig till. Gruppen består av personer över 65 år som har äldreomsorg. I vissa fall kan rapporten analysera en äldre grupp, men i dessa fall specificeras detta under respektive stycke.

När diskussionen rör den enskilde och dess anhöriga syftar begreppet den enskilde genomgående på den enskilde, äldre person som tar emot omsorg, vård och stöd, medan dess anhörig syftar på den person som ger omsorg, stöd eller vård.

Särskilt boende är en individuellt inriktad insats i form av boende som ges med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Ett annat begrepp för samma

företeelse kan vara äldreboende. Begreppet särskilt boende används i rapportens analys, men i vissa fall äldreboende (till exempel när det refereras till enkätfrågor).

Ordinärt boende är det boende som inte är ett särskilt boende. En enskild som bor kvar hemma med stöd av hemtjänsten bor oftast i det som benämns som ordinärt boende. I rapporten används både begreppet ordinärt boende och ”de som bor hemma med stöd av hemtjänst”, men syftar till samma sak.

I rapporten används i vissa fall begreppet ängslan, som syftar till upplevelser av ängslan, oro eller ångest.

Svarsfrekvens

Följande avsnitt visar undersökningens svarsfrekvens över tid, och uppdelat på vem som lämnar svar. Avsnittet innehåller även en diskussion om vad undersökningen syftar till.

Resultaten visar att:

- Svarsfrekvensen ligger konstant över tid.
- En nationell undersökning gör det möjligt att jämföra olika verksamheter och kommuner.
- Resultaten behöver kompletteras med fler, andra källor för att skapa en helhetsbild.

Enkätens svarsfrekvens har sedan 2014 totalt sett minskat med tre procentenheter (se tabell 1). Den största minskningen har skett inom hemtjänsten, där svarsfrekvensen sjunkit med fyra procentenheter sedan 2014. Detta kan bero på olika faktorer, men en förklaring kan vara att vissa personer har mottagit enkäten i flera år och känner att de redan har uttryckt sina åsikter. Därutöver bör det beaktas att svarsfrekvensen vid andra stora enkätundersökningar också har sjunkit över tid.

Tabell 1. Svarsfrekvens, totalt

Andel som besvarat undersökningen under åren 2014-2017, procent

	2014	2015	2016	2017
Svarsfrekvens, totalt	63	63	62	60
Hemtjänst	67	67	65	63
Särskilt boende	55	55	56	54

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2017, Socialstyrelsen.

Nästan hälften av alla som svarat på undersökningen inom hemtjänsten har svarat helt själva. Mellan åren har andelen som svarar helt själva på enkätens frågor minskat med två procentenheter, medan andelen där enbart någon annan svarat åt den äldre personen har ökat (se tabell 2).

Tabell 2. Svarsfrekvens, hemtjänst

Andel som besvarat undersökningen under åren 2014-2017 uppdelat på vem som svarat, procent

	2014	2015	2016	2017
Den äldre själv	49	50	46	47
Den äldre ihop med någon	11	12	11	11
Enbart någon annan	40	38	43	42

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2017, Socialstyrelsen.

Inom särskilt boende har andelen som svarat helt själva ökat med en procentenhet jämfört med 2014 års undersökning, medan andelen där enbart någon annan svarat sjunkit med tre procentenheter.

Tabell 3. Svarsfrekvens, särskilt boende

Andel som besvarat undersökningen under åren 2014-2017 uppdelat på vem som svarat, procent

	2014	2015	2016	2017
Den äldre själv	11	12	12	12
Den äldre ihop med någon	21	22	23	23
Enbart någon annan	68	66	65	65

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2017, Socialstyrelsen.

Resultatet från undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* har fått stort genomslag och används av både regering, Socialstyrelsen, SKL, kommuner, privata och offentliga utförare, medier och forskare. Att undersökningen haft en stor genomslagskraft är positivt, eftersom det kan indikera att olika verksamheter är intresserade av att utföra en god vård och omsorg utifrån den enskildes perspektiv.

Under de år som undersökningen genomförts har Socialstyrelsen emellanåt stött på kritik. Kritiken har oftast grundat sig i att det är allt för låg svarsfrekvens, och därmed att undersökningens resultat inte är representativt för gruppen i fråga men även att det skulle vara personal som lämnar svaren.

Att personal står för svaren i undersökningen är inte den bild som myndigheten har. Om personal enskilt lämnar svar på enkäten, som i ett fåtal fall sker, tas dessa svar bort.

Eftersom det finns relativt få stora patient- och brukarundersökningar i Sverige är det inte helt enkelt att jämföra svarsfrekvensen för denna undersökning med någon annan. Det går eventuellt att jämföra svarsfrekvensen för denna undersökning med den nationella patientenkäten (förkortat NPE), som går ut till dem som har besökt en vårdcentral. NPE är en enkät med frågor rörande personens besök och det upplevda bemötandet. Vid 2016 års undersökning var svarsfrekvensen för NPE 43 procent [6]. Socialstyrelsens undersökning hade i 2017 års undersökning en svarsfrekvens på 60 procent.

För undersökningar som omfattar stora målgrupper, vilket denna undersökning gör med cirka 220 000 personer, är enkätundersökningar att föredra. Detta eftersom intervjuer inte går att argumentera för, varken ekonomiskt eller tidsmässigt [7]. En förväntad svarsfrekvens ligger någonstans mellan 60 och 65 procent med denna metod (enkätundersökning). Nackdelen med metoden är att det är svårt att göra en så kallad bortfallsanalys för att få reda på varför personer väljer att avstå från att svara.

På uppdrag av Socialstyrelsen gjorde Stiftelsen Äldrecentrum 2013 en intervjustudie om undersökningens bortfall i särskilt boende. Den studien visar att det är de mest sjuka personerna som representerar en stor del av bortfallet [8].

Studien visar också att dessa personer hade en begränsad förmåga att med stöd kunna besvara en enkät, och att det i intervjuerna inte gick att säkerställa att svaren de lämnade var helt tillförlitliga på grund av olika funktionsnedsättningar.

Mot denna bakgrund går det inte med säkerhet att säga att resultatet representerar gruppen den avser att representera, men inte heller tvärtom. Verksamheterna i fråga måste därmed komplettera med andra källor för att kunna få en helhetsbild av sin verksamhet.

Det är också viktigt att resultaten analyseras på lokal nivå, med god kännedom om de lokala förutsättningarna. Myndighetens erfarenhet är att det är så många verksamheter arbetar. Mycket av den kompetens som krävs för att genomföra lokala analyser finns ute i kommuner och verksamheter. På nationell nivå är det däremot endast möjligt att göra övergripande analyser av resultaten.

Undersökningens syfte är att ge stöd till verksamhetsutvecklingen. Annan viktig information som kan bidra till helhetsbilden är rapporterade avvikelser för verksamheten, öppna jämförelser, information från kvalitetsregister, synpunkter och förslag från de äldre och deras anhöriga samt mätning av andra aspekter som kan vara av lokal betydelse.

Fördelarna med att genomföra en nationell undersökning är att kommuner och verksamheter kan medverka oberoende av ekonomiska resurser, och att resultaten dessutom blir jämförbara över hela landet. Detta bidrar i sin tur till ökad transparens, och möjliggör även för kommuner och verksamheter att ta hjälp av varandra – särskilt eftersom det synliggörs att vissa kommit längre i sin verksamhetsutveckling än andra.

Slutligen är det viktigt att den enskilde får möjlighet att uttrycka sin åsikt om den egna omsorgen, och den här undersökningen är en kanal för detta. Det viktigaste av allt är dock att äldre personer upplever att det finns möjlighet att föra en kontinuerlig dialog med vård- och omsorgspersonalen i sin vardag.

Förändrad målgrupp

När undersökningen genomfördes under våren 2017 uppkom ett tekniskt problem vid programmeringen av urvalet i undersökningen. Urvalet innebär att endast personer 65 år eller äldre ska ingå i undersökningen, men vid programmeringen togs även de personer som var 65 år bort.

Detta betyder att målgruppen för undersökningen 2017 är något förändrad eftersom de som vid urvalet var 65 år och hade hemtjänst eller bodde på särskilt boende inte fick en enkät. Av den totala målgruppen på nationell nivå utgjorde dessa personer 0,3 procent av den undersökta gruppen i särskilt boende, och 0,8 procent av gruppen i hemtjänst. Detta motsvarar cirka 1 500 personer av den totala gruppen på cirka 220 000.

För att se en mer detaljerad bild av hur detta faktum kan påverka resultatet för respektive fråga finns mer data att hämta på Socialstyrelsens webbplats.

Där finns även data för lokal nivå, förutsatt att det var minst sju 65-åringar som lämnade svar i 2016 års undersökning.

Eftersom vi har gjort en jämförelse mellan föregående års (2016) och årets (2017) undersökning, blir med andra ord föregående års undersökning ledande när det kommer till kvoten för deltagande.

Läkemedel och besvär av ängslan, oro eller ångest

Följande avsnitt belyser läkemedelsbehandling av psykofarmaka, antidepressiva läkemedel, sömnmedel och olämpliga läkemedel för äldre. Det visar även hur de som har dessa läkemedel svarar på frågan om ängslan, oro och ångest i undersökningen.

Resultaten visar att:

- Det finns en tydlig skillnad mellan hur personer i ordinärt boende med hemtjänst och i särskilt boende besvarar frågan om ängslan när de har en förskrivning på psykofarmaka eller olämpliga läkemedel för äldre.
- Personer i ordinärt boende med en förskrivning på psykofarmaka eller olämpliga läkemedel för äldre upplever besvär av ängslan.

Det finns ett antal läkemedel och läkemedelskombinationer som anses kunna ha ogynnsamma effekter hos äldre personer. Läkemedelsbiverkningar är den enskilt största orsaken till att äldre personer behöver vård på sjukhus.

Några vanliga biverkningar av läkemedel som leder till att äldre behöver läggas in på sjukhus:

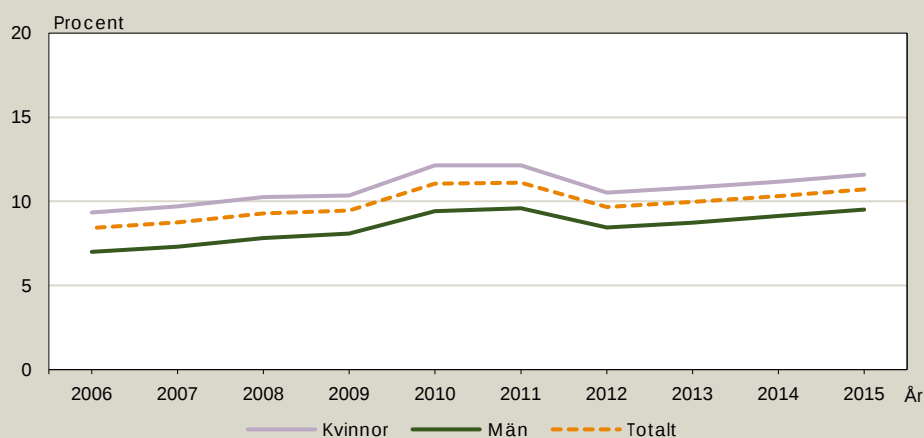
- yrsel eller lågt blodtryck som kan leda till fallskador
- hjärtsymtom
- blödningar av olika slag
- saltrubbningar
- hjärtsvikt
- kognitiva störningar
- lågt blodsocker.

Förskrivningen av läkemedel till äldre personer har ökat kraftigt under de senaste decennierna. Personer i särskilt boende har idag i genomsnitt sju till tolv läkemedel förskrivna [9].

Under de första sex månaderna av 2017 behandlades nästan 32 procent av personerna som var 75 år och äldre i särskilt boende med tio eller fler receptbelagda läkemedel. För personerna med hemtjänst var motsvarande siffra 24 procent. Dessa siffror kan jämföras med samtliga personer i landet som var 75 år och äldre, där knappt 11 procent av de svarande hade fler än tio läkemedel (se figur 1).

Figur 1. Tio eller fler läkemedel – 75 år och äldre

Andel personer 75 år och äldre i befolkningen som behandlas med 10 eller fler receptbelagda läkemedel. Jämförelse mellan kön.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Själva antalet läkemedel som äldre personer använder är dock endast en del av problemet. Det förskrivs också läkemedel som enskilt kan vara ogynnsamma hos äldre personer, trots att kunskapen om de negativa effekterna finns [10].

Psykofarmaka

En grupp läkemedel som kan medföra ogynnsamma effekter hos äldre personer är psykofarmaka. I denna grupp ingår bland annat:

- vissa sömnmedel
- lugnande preparat
- antidepressiva läkemedel
- antipsykotiska läkemedel.

Vanliga biverkningar av psykofarmaka är trötthet, yrsel, förvirring och blodtrycksfall. I många fall är det även olämpligt att kombinera olika sorters psykofarmaka, då de ogynnsamma effekterna kan förstärkas.

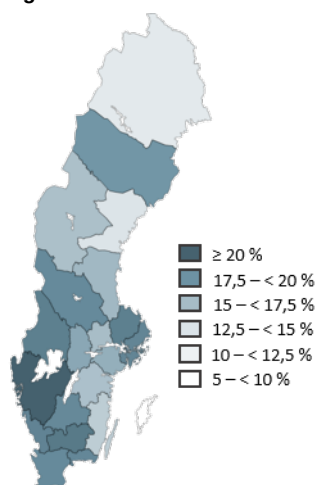
Socialstyrelsen har bland annat undersökt hur stor andel av personerna som är 75 år och äldre som behandlas med tre eller fler sorters psykofarmaka, både bland de som bor i särskilt boende och de som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst.

I figur 2 och figur 3 framgår det tydligt att variationen är stor mellan länen, och även att det är betydligt vanligare att personer i särskilt boende behandlas med minst tre psykofarmaka, jämfört med de som bor i ordinärt boende.

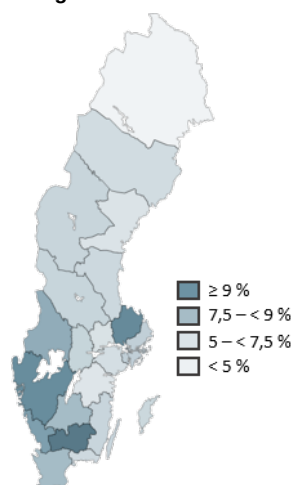
I särskilt boende behandlas i genomsnitt 18 procent av de äldre med minst tre preparat, medan det i ordinärt boende är 7 procent. Dessa siffror kan jämföras med samtliga personer i landet som var 75 år och äldre, där motsvarande siffra från undersökningen 2016 var 3,9 procent.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att vården bör undvika att förskriva psykofarmaka till äldre personer så långt som möjligt, såvida det inte finns särskilda skäl. Om det, trots detta konstaterande, förskrivs psykofarmaka till denna grupp ska det finnas en tydlig och dokumenterad indikation för förskrivningen. Det ska även finnas en tydlig bedömning som beskriver att den förväntade nyttan av läkemedlet överväger riskerna med behandlingen. Dessutom bör behandlingen följas upp regelbundet, och sättas ut om eller när den inte längre behövs [10].

Figur 2. Andel personer 75 år och äldre i särskilt boende som behandlas med tre eller fler psykofarmaka, 2017. Redovisning utifrån län.



Figur 3. Andel personer 75 år och äldre med hemtjänst som behandlas med tre eller fler psykofarmaka, 2017. Redovisning utifrån län.



Observera skillnaden i skalor mellan figur 2 och figur 3.

Källa: Registret för socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Antipsykotiska läkemedel

En undergrupp till psykofarmaka är antipsykotiska läkemedel. Dessa läkemedel bör endast användas för behandling av personer med psykotiska tillstånd, och möjligen vid svår aggressivitet. Trots detta har antipsykotiska läkemedel använts för att dämpa olika beteendesymtom hos personer med demenssjukdom, eller i lugnande syfte.

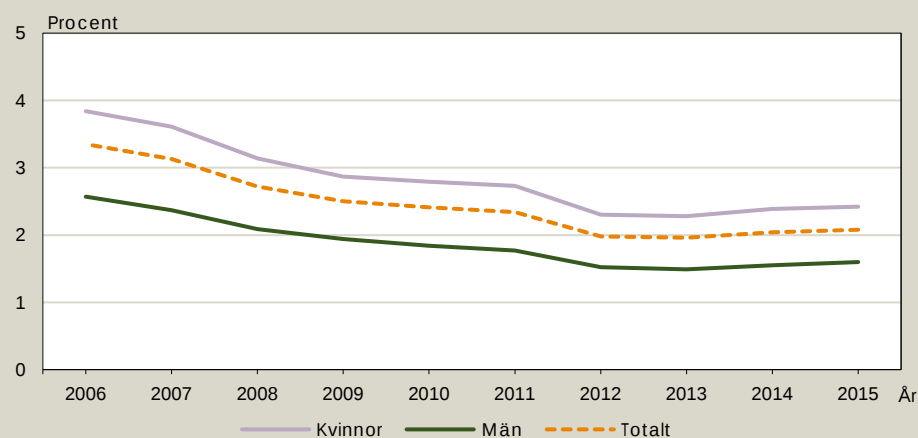
Eftersom antipsykotiska läkemedel kan orsaka en lång rad mer eller mindre allvarliga biverkningar är det mycket viktigt att dessa endast förskrivs på rätt indikationer, samt att behandlingen följs upp regelbundet med täta intervall.

Exempel på biverkningar från antipsykotiska läkemedel är rörelsesymtom (exempelvis stelhet, rastlöshet, svårigheter att kontrollera sina rörelser), förvirring och störningar på känsloliv och sociala förmågor. Hos personer med demenssjukdom kan behandling med antipsykotiska läkemedel även orsaka hjärt- och kärlsjukdomar och till och med dödsfall [10].

Sett till hela befolkningen som är 75 år och äldre har dock förskrivningen av antipsykotiska läkemedel sjunkit över tid. År 2015 behandlades 2 procent av Sveriges befolkning med antipsykotiska läkemedel (se figur 4).

Figur 4. Antipsykotiska läkemedel – 75 år och äldre

Andel personer 75 år och äldre i befolkningen som behandlas med antipsykotiska läkemedel. Jämförelse mellan kön.

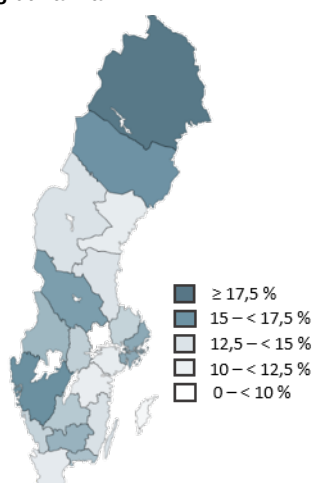


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

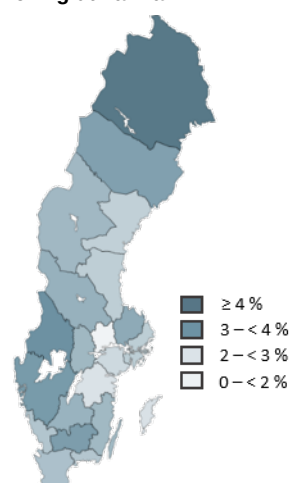
Däremot är det en betydligt större andel av personerna i samma åldersgrupp som har stöd av hemtjänst eller bor i särskilt boende som behandlas med psykofarmaka. Under första halvåret 2017 behandlades nära 15 procent av personerna som var 75 år och äldre i särskilt boende med antipsykotiska läkemedel. För de som i stället bodde i ordinärt boende med stöd av hemtjänst var motsvarande siffra 3 procent.

Det var också relativt stora variationer i andel behandlade mellan länen (se figur 5 och figur 6). För särskilt boende var variationen mellan länen 8,5 till 19,1 procent behandlade, och för personer med hemtjänst var variationen 1,8 till 4,3 procent.

Figur 5. Andel personer 75 år och äldre i särskilt boende som behandlas med antipsykotiska läkemedel, 2017. Redovisning utifrån län.



Figur 6. Andel personer 75 år och äldre med hemtjänst som behandlas med antipsykotiska läkemedel, 2017. Redovisning utifrån län.



Observera skillnaden i skalor mellan figur 5 och figur 6.

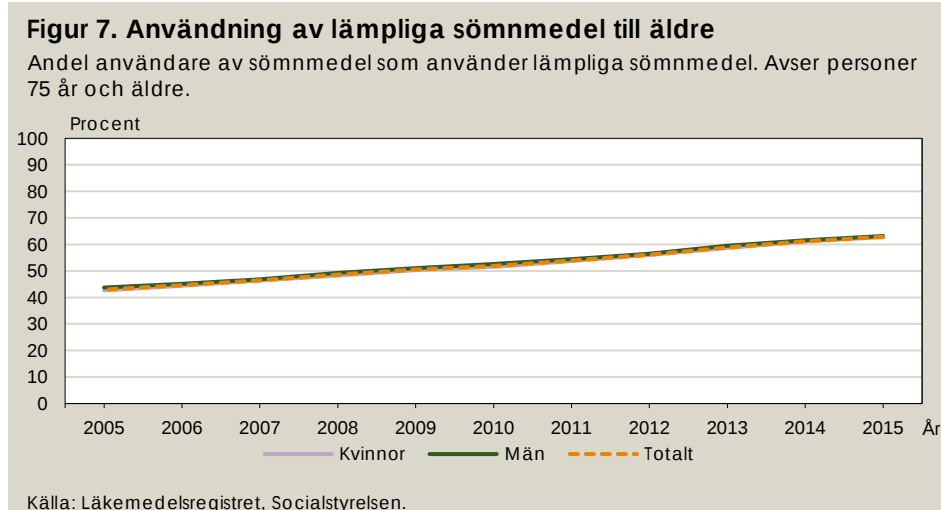
Källa: Registret för socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Sömnmedel

I gruppen psykofarmaka ingår även läkemedel avsedda att lindra sömnbesvär, så kallade sömnmedel. Vanliga biverkningar av sömnmedel är dagtrötthet, förvirring och minnesstörningar, och sömnmedel leder också till ökad fallrisk [10].

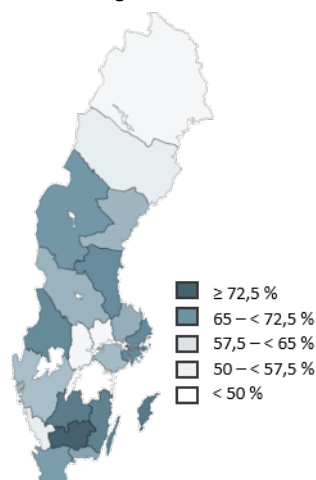
Sömnbesvär är vanligt förekommande hos äldre, men innan vården sätter in ett läkemedel mot det är det viktigt att utesluta olika sjukdomstillstånd som kan orsaka sömnstörningarna, till exempel restless legs syndrome (förkortat RLS), hjärtsvikt och depression. Det är också viktigt att endast förskriva sådana sömnmedel som har en kort verkningstid i kroppen för att minska risken för biverkningar.

Socialstyrelsen följer upp i vilken grad mer lämpliga sömnmedel förskrivs till personer 75 år och äldre, och förskrivningen av mer kortverkande preparat till denna grupp ökar (se figur 7).



Förskrivningen av lämpliga sömnmedel till äldre personer varierar dock över landet och skillnaden är som mest 20 procentenheter mellan länen (se figur 8).

Figur 8. Andel personer 75 år och äldre med sömnmedel som behandlas med sömnmedel som är lämpliga för äldre, 2015. Redovisning utifrån län.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Närmare 40 procent av de personer som besvarat frågan om ängslan, oro eller ångest behandlades med någon form av sömnmedel (38 procent i särskilt boende, och 39 procent av dem i ordinärt boende). Det är alltså av stor vikt att de läkemedel som förskrivs till denna grupp ger så få biverkningar och negativa effekter som möjligt.

Olämpliga läkemedel för äldre

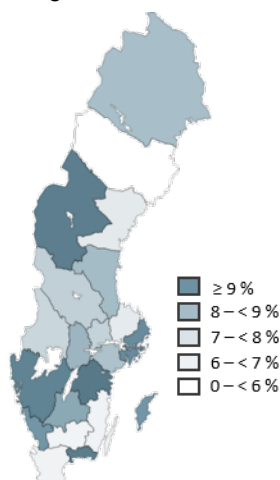
Utöver psykofarmaka (som nämns ovan) finns en lång rad andra läkemedel som kan orsaka problem hos äldre personer. Exempel på sådana läkemedel:

- starka smärtstillande preparat
- vissa läkemedel mot magbesvär, illamående, muskelstelhet, inkontinens, allergier och diabetes
- vissa läkemedel mot högt blodtryck.

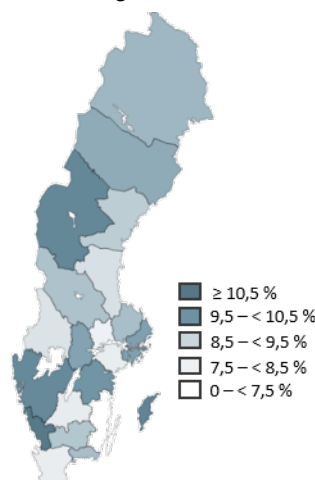
Den fullständiga listan över vilka läkemedel som kan vara olämpliga vid hög ålder uppdateras allt eftersom nya olämpliga läkemedel upptäcks. En förteckning över vilka läkemedel som ingår i denna rapport finns i bilaga 1.

I åldersgruppen 75 år och äldre i befolkningen behandlades cirka 8 procent med något av de läkemedel som anses som olämpliga under 2016. För dem i samma åldersgrupp som bodde i särskilt boende var siffran under första halvåret 2017 ungefär densamma, 8,3 procent. Variationen mellan länen var för denna grupp 6 till 10 procent (se figur 9). För personer i ordinärt boende var siffran i stället över 9,5 procent och variationen mellan länen 7,4 till 11 procent (se figur 10).

Figur 9. Andel personer 75 år och äldre i särskilt boende som behandlas med olämpligt läkemedel för äldre, 2017. Redovisning utifrån län.



Figur 10. Andel personer 75 år och äldre med hemtjänst som behandlas med olämpligt läkemedel för äldre, 2017. Redovisning utifrån län.



Observera skillnaden i skalor mellan figur 9 och 10.

Källa: Registret för socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Samband mellan läkemedelsbehandling och oro

I den här rapporten har myndigheten tittat på hur personer i ordinärt boende med stöd av hemtjänst eller i särskilt boende som använder olämpliga läkemedel har svarat på undersökningens fråga om ångslan, oro eller ångest.

Myndigheten har även undersökt hur stor andel av de som svarat positivt respektive negativt på den frågan som behandlas med läkemedel som anses vara olämpliga för äldre personer.

En del läkemedel kan enskilt ha ogynnsamma effekter hos äldre, medan andra blir ogynnsamma först när de kombineras med andra läkemedel. På grund av detta har myndigheten tittat på olika kombinationer av läkemedel, och huruvida de kan vara relaterade till positiva eller negativa svar på frågorna.

De läkemedel som ingår i denna undersökning omfattar bland annat:

- vissa typer av sömnmedel och lugnande medel
- läkemedel som reglerar hjärtrytm
- blodtryckssänkande läkemedel
- starka smärtstillande läkemedel
- antidepressiva läkemedel.

Det är viktigt att notera att inte alla läkemedel inom dessa grupper är olämpliga för äldre. Dessutom ska det alltid göras en individuell bedömning av läkare innan ett läkemedel ordineras. Den kompletta listan över substanser som ingår i denna rapport finns i bilaga 1.

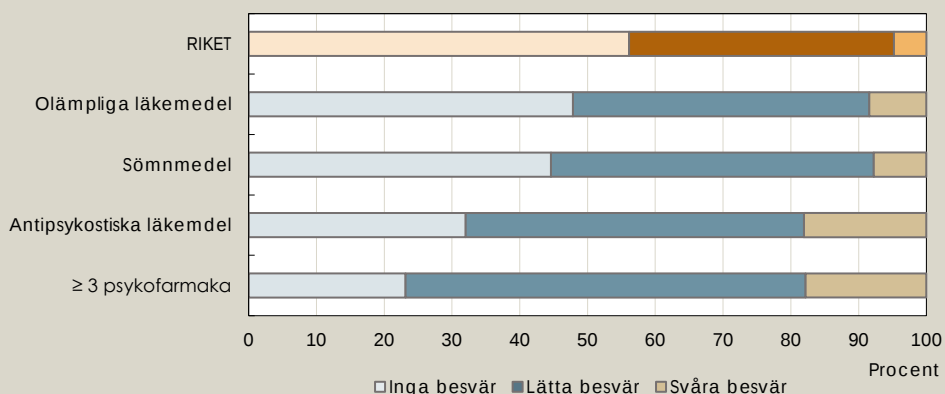
Svaren på frågan om personernas upplevelse av ängslan, oro eller ångest har grupperats enligt principen *positiva – neutrala – negativa* svar. I avsnittets figurer ligger fokus på de positiva svaren, det vill säga hög nöjdhet, god rörlighet och liknande. Det förekommer dock även hänvisningar i texten till den andel som svarat neutralt eller negativt.

Den generella bilden är att personer med något av de undersökta läkemedlen eller läkemedelskombinationerna, och som dessutom har insats i form av hemtjänst i högre grad har lämnat negativa svar på frågorna jämfört med genomsnittet. I många fall är dock skillnaderna marginella.

Den sammantagna procentuella fördelningen redovisas utifrån diagnos av positiva, neutrala och negativa svar på den aktuella frågan i figur 11 och 12, där *RIKET* representerar den genomsnittliga svarsfördelningen av alla som har svarat.

Figur 11. Fördelning av svar om ängslan vid läkemedelsbehandling – hemtjänst

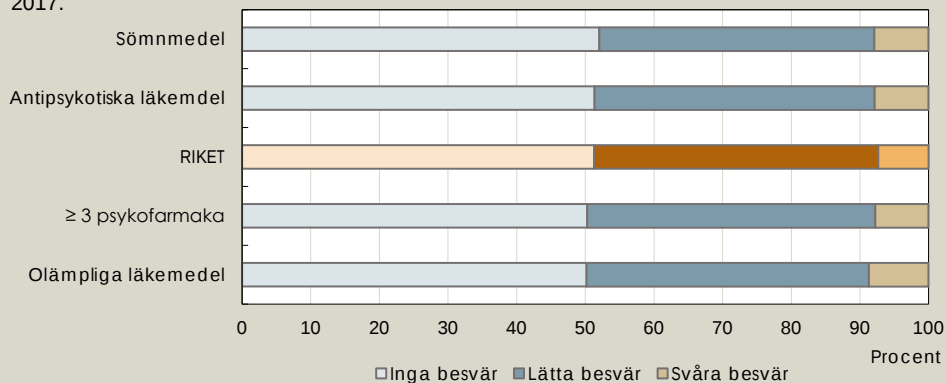
Den genomsnittliga procentuella fördelningen av positiva, neutrala och negativa svar på frågan om upplevelsen av ängslan, oro och ångest för de personer som behandlats med olämpliga läkemedel och som har insats i form av hemtjänst, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Figur 12. Fördelning av svar om ängslan vid läkemedelsbehandling – särskilt boende

Den genomsnittliga procentuella fördelningen av positiva, neutrala och negativa svar på frågan om upplevelsen av ängslan, oro och ångest för de personer som behandlats med olämpliga läkemedel och som har insats i form av särskilt boende, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Avseende upplevelsen av ängslan, oro eller ångest går det att se skillnader i svaren från personer med de olika insatserna hemtjänst respektive särskilt boende som behandlas med någon av de läkemedel eller kombinationer av läkemedel som anses olämpliga.

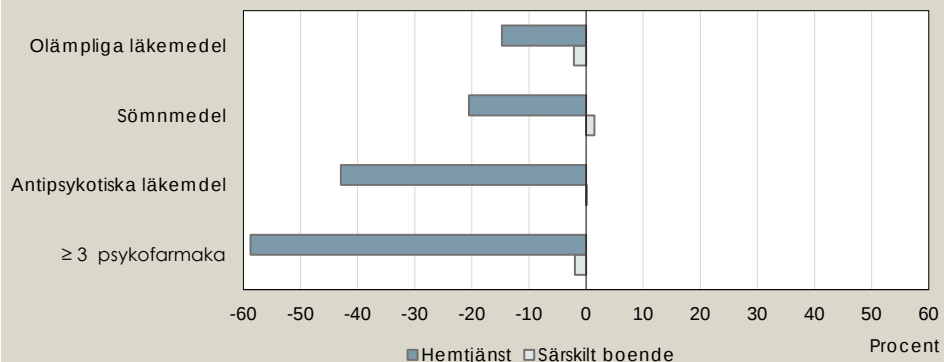
Personer i särskilt boende har i hög grad svarat på frågorna som genomsnittet i riket, det vill säga drygt hälften har inga besvär med ångest alls, medan knappt 10 procent uppger att de har svåra besvär. För dem i ordinärt boende ser resultatet betydligt mer varierat ut. Denna grupp har svarat att de inte besvärar av ängslan, oro eller ångest i mycket lägre grad än genomsnittet, och detta gäller för samtliga undersökta läkemedelskombinationer.

Personer som tillhör gruppen med hemtjänst och som behandlas med tre eller fler psykofarmaka sticker ut kraftigt i jämförelsen – avvikelserna mot riksgenomsnittet är nästan 60 procent. De bakomliggande siffrorna visar också tydligt att denna grupp i högre grad har svarat att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, 17,8 procent mot riksgenomsnittet på 4,8 procent.

Mer än 50 procent av alla som svarat att de har svåra besvär med ängslan, oro eller ångest tillhör den grupp som behandlas med tre eller fler psykofarmaka. Motsvarande siffra är 6 procent hos de som svarat att de inte besvärar av ängslan, oro eller ångest.

Figur 13. Ängslan, oro eller ångest vid läkemedelsbehandling

Den procentuella avvikelser i andel positiva svar per läkemedelsgrupp från riksgenomsnittet andel positiva svar på frågan om ängslan.



Källa: Läkemedelsregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Sammanfattning

En hög andel av de som svarat på enkäten behandlas med något av de läkemedel som är med i undersökningen. Det är därmed av intresse att se i vilken grad användningen av läkemedel påverkar det psykiska välbefinnandet.

Analysen visar tydligt att personer som använder något av de undersökta läkemedlen upplever en högre grad av oro än riksgenomsnittet, åtminstone om de bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst.

Det går inte att se detta mönster hos personerna i särskilt boende, där svarsfördelningen istället är nästintill identisk med riksgenomsnittet. Det går däremot inte att dra några slutsatser om huruvida läkemedlen påverkar hur en individ upplever förekomsten av ängslan, oro eller ångest. Det går inte heller att säga om läkemedlet i fråga har förskrivits i syfte att minska ängslan hos den enskilde.

En anledning till denna ovisshet är att läkemedelsregistret i dagsläget inte innehåller specifik information om förskrivningsorsak. Det går med andra ord inte att se varför en person har fått ett visst läkemedel.

Däremot tyder resultatet på att en hög andel av personer i ordinärt boende som behandlas med läkemedel mot oro och ångest fortfarande känner sig oroliga och ångestfyllda – trots att de är under behandling. Det betyder inte att läkemedelsbehandlingen i sig inte fungerar men det kan vara en signal på att vissa personer är i behov av kompletterande insatser i kombination med sin läkemedelsbehandling.

Förekomst av sjukdomar och upplevelser om omsorgen

Följande avsnitt handlar om de tre diagnosgrupper som är vanligast förekommande hos gruppen 65 år och äldre: sjukdomar i rörelseorganen, hjärtsjukdomar och typ 2-diabetes. Även gruppen med multisjuklighet presenteras. Detta avsnitt belyser hur personer med dessa diagnoser eller tillstånd svarar på sex frågor i undersökningen.

Resultaten visar att:

- Personer som bor i ordinärt boende med en multisjuklighet skattar den egna hälsan som mindre god och upplever sig ha mer besvär av ängslan än den genomsnittliga hemtjänsttagaren.
- Personers upplevelser av hälsan och omsorgen ser olika ut beroende på diagnos och om den enskilde bor i ordinärt boende eller särskilt boende.

Långvariga eller kroniska sjukdomar är vanligt bland äldre personer. Enligt beräkningar har över 65 procent av personerna i Sverige som är 65 år och äldre minst två sjukdomar som klassas som långvariga eller kroniska.

Att ha en kronisk sjukdom behöver dock inte nödvändigtvis påverka upplevelsen av hälsa på individnivå. Det är med andra ord fullt möjligt att uppleva sin hälsa som god, trots att man har en kronisk eller långvarig sjukdom.

I det här avsnittet har svaren från undersökningens enkät matchats med information från PAR. Detta för att belysa i vilken utsträckning bakomliggande sjuklighet påverkar individernas upplevelse av rörlighet, hälsa, ängslan, ensamhet, trygghet och nöjdhet.

Data har tagits fram för ett stort antal diagnosgrupper, men i denna redovisning har fokus varit på följande tre grupper:

- sjukdomar i rörelseorganen (inklusive frakturer)
- hjärtsjukdom
- typ 2-diabetes.

Sett till antal individer är dessa tre grupper störst, vilket gör analyserna säkrare. Mer information om matchning och urval av diagnosgrupper finns i metodavsnittet.

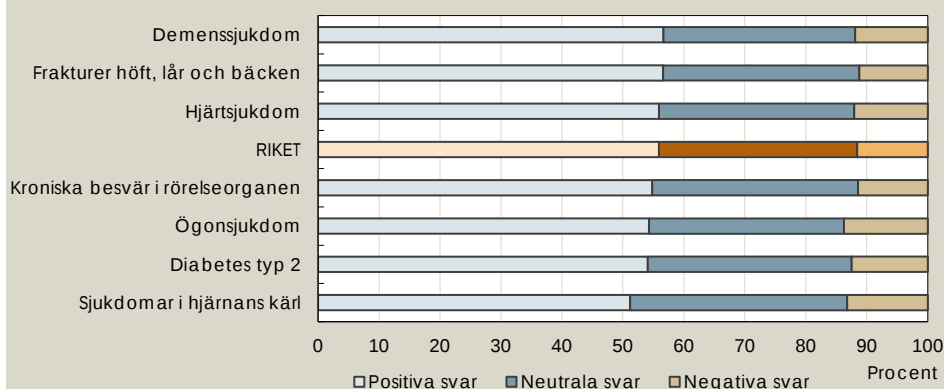
Svaren har grupperats enligt principen *positiva – neutrala – negativa* svar. I avsnittets figurer ligger fokus på de positiva svaren, det vill säga hög nöjdhet, god rörlighet etc. Det förekommer även hänvisningar i texten till den andel som svarat neutralt eller negativt.

Den generella bilden är att personer med någon av de undersökta diagnoserna i högre grad lämnat negativa svar på frågorna jämfört med riksgenomsnittet, men i många fall är skillnaden marginell.

Den sammantagna procentuella fördelningen redovisas utifrån diagnos av positiva, neutrala och negativa svar på de sex utvalda frågorna i figur 14 och figur 15. Värdet som representerar den genomsnittliga svarsfördelningen av alla i landet som har svarat på enkäten har märkts med *RIKET* i figurerna.

Figur 14. Fördelning av svar utifrån diagnos - särskilt boende

Den genomsnittliga procentuella fördelningen av positiva, neutrala och negativa svar på de frågor* som ingår i rapporten, per diagnosgrupp för de vanligaste diagnoserna hos personer på särskilt boende, 2017.

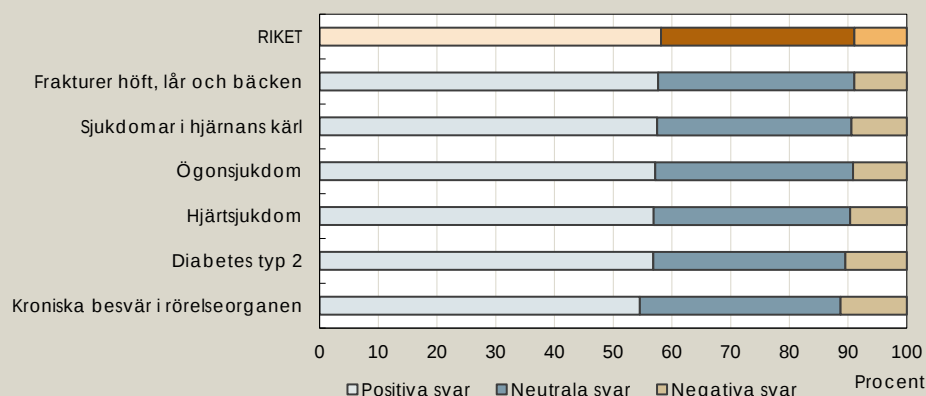


* Se avsnittet inledning

Källa: Patientregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Figur 15. Fördelning av svar utifrån diagnos - hemtjänst

Den genomsnittliga procentuella fördelningen av positiva, neutrala och negativa svar på de frågor* som ingår i rapporten, per diagnosgrupp för de vanligaste diagnoserna hos personer med hemtjänst, 2017.



* Se avsnittet Inledning

Källa: Patientregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Under varje diagnosavsnitt presenteras svaren på de sex frågorna i ett profildia-gram. Strecket i mitten av diagrammet (vid position 0) motsvarar det genom-snittliga värdet för alla som självständigt lämnat ett positivt svar på den aktuella frågan.

Staplarna till höger och till vänster representerar den procentuella avvikelser i andelen positiva svar för personer med den aktuella diagnosen. En stapel till vänster betyder alltså att personerna lämnat ett positivt svar på frågan i lägre grad än riksgenomsnittet, medan en stapel till höger tyder på ett positivt svar i högre grad än genomsnittet.

Rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för ett flertal olika åkommor som drabbar skelett, leder och muskler i kroppen. Några exempel på sjukdomar i rörelseorganen:

- artros
- osteoporos (benskörhet)
- inflammatoriska ledsjukdomar
- olika typer av ryggproblem.

Beroende på åkomma kan behovet av vård variera, och kan även skilja sig åt mellan individer. Personerna som drabbas får ofta omfattande konsekvenser av sjukdomarna. Ledsvullnad och ömhet, rörelsesmärta, nedsatt muskelkraft och trötthet är vanliga symtom som i sin tur leder till bland annat minskad rörlighet samt minskat oberoende och välmående [11].

I rörelseorganens sjukdomar ingår även olika typer av frakturer. Frakturerna i sig är dock inte kroniska tillstånd, utan läker oftast med eller ibland utan behandling [11]. Frakturer hos äldre personer uppkommer oftast genom att de ramlar. Det kan räcka med ett fall i samma plan för att en fraktur ska uppstå, eftersom det är så pass vanligt att äldre lider av osteoporos [12]. Enligt de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar har var tredje kvinna mellan 70 och 79 år osteoporos. Varje år kan cirka 70 000 frakturer härledas till osteoporos, varav 18 000 höftfrakturer och 10 000 kotfrakturer [11].

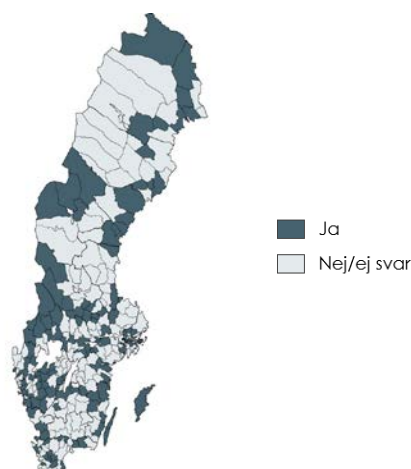
I denna rapport är frakturer i höft, bäcken och ländrygg i fokus. Höftfrakturer, och i vissa fall bäckenfrakturer, måste behandlas kirurgiskt. Mindre allvarliga frakturer i bäckenet kan ibland självläka.

Frakturer i ländryggen hos äldre personer uppstår ofta efter relativt lindrigt våld, och beror i hög grad på osteoporos. Samtliga frakturer ovan kan hos äldre personer ge kvarstående besvär i form av bland annat smärta och inskränkningar i rörligheten [12].

Enligt Statistiska centralbyråns undersökning om levnadsförhållanden (förkortat ULF) från 2016 uppgav 59 procent av de tillfrågade som var 16 år och äldre att de har besvär av värk i rörelseorganen, kvinnor i högre grad än män. Hos de personer som var 75 år och äldre uppgav närmare 75 procent av kvinnorna och 62 procent av männen att de besvärades av värk i rörelseorganen [13].

Trots att sjukdomar i rörelseorganen är mycket vanliga hos äldre visade en enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde 2013 att kännedomen om de nationella riktlinjerna på området var låg i kommunerna, samt att endast ett fåtal kommuner erbjöd någon form av utbildning till vård- och omsorgspersonalen om rörelseorganens sjukdomar (se figur 16 och 17).

Figur 16. Känner kommunen till de Nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar?



Figur 17. Erbjuder kommunen utbildning till sin personal om rörelseorganens sjukdomar?



Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar – Indikatorer och underlag för bedömning. Enkät till kommunerna 2013. Socialstyrelsen, 2014.

Den senaste enkätundersökningen om kommunernas vård och omsorg till personer med sjukdomar i rörelseorganen genomfördes 2013, och mycket kan ha ändrats sedan dess.

Det är dock fortfarande önskvärt att all vård- och omsorgspersonal har goda kunskaper om hur sjukdomar i rörelseorganen påverkar den drabbade individen. En grundläggande förståelse för hur symtom vid olika diagnoser kan lindras är en förutsättning för att kunna hjälpa de personer som lever med diagnoserna att förbättra sin rörlighet för att få bättre hälsa.

Det finns tydliga skillnader i hur äldre personer i de båda grupperna kroniska besvär i rörelseorganen respektive frakturer har svarat i undersökningen (se figur 18 och figur 19). Båda grupperna har i lägre grad än genomsnittet svarat positivt avseende rörlighet inomhus, och det är också högre andelar i de båda grupperna som lämnat negativa svar i jämförelse med riksgenomsnittet. Detta är inte förvånande med tanke på de symtom som beskrivs i föregående avsnitt.

Däremot verkar inte personer som tidigare har haft en fraktur tycka att deras allmänna hälsotillstånd påverkas negativt av detta. Av de personer som haft en fraktur och som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst är det till och med en högre andel än genomsnittet som svarat att deras hälsotillstånd är gott eller mycket gott.

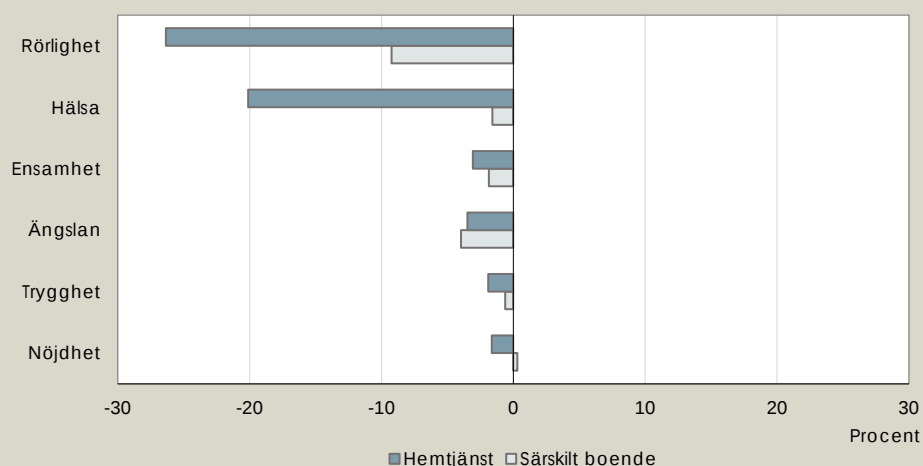
I gruppen med kroniska besvär i rörelseorganen påverkas däremot även det allmänna hälsotillståndet negativt. Detta kan tolkas som att personer med kroniska besvär i rörelseorganen har större inskränkningar än de personer som har behandlats för en fraktur, då kroniska besvär ger inskränkningar som i högre grad påverkar deras vardag på olika vis.

Det finns också tydliga skillnader i svar mellan dem med kroniska besvär i rörelseorganen som bor hemma med stöd av hemtjänst och dem som bor i särskilt boende. Båda grupperna har i lägre grad svarat positivt på frågan om det allmänna hälsotillståndet.

Skillnaden är tydligast hos de personer som har stöd av hemtjänst. När myndigheten tittar på de bakomliggande siffrorna har nästan 27 procent av dem med hemtjänst svarat att deras allmänna hälsotillstånd är dåligt eller mycket dåligt. Motsvarande siffra för gruppen som bor i särskilt boende är knappt 18 procent. Vad detta beror på går inte att säga med hjälp av de data som finns tillgängliga i denna undersökning. Därav kan detta vara ett område att analysera vidare i ett senare skede.

Figur 18. Kroniska besvär i rörelseorganen

Den procentuella avvikelsen i andel positiva svar vid kroniska besvär i rörelseorganen från riksgenomsnittets andel positiva svar på rapportens utvalda frågor*.

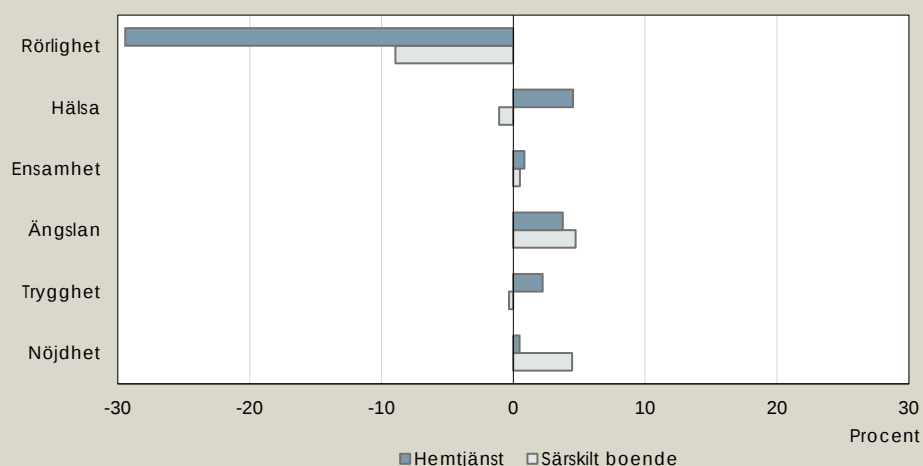


*Se avsnitt Inledning.

Källa: Patientregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Figur 19. Frakturer

Den procentuella avvikelsen i andel positiva svar vid frakturer från riksgenomsnittets andel positiva svar på rapportens utvalda frågor*.



*Se avsnitt Inledning.

Källa: Patientregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Typ 2-diabetes

Diabetes typ 2, eller typ 2-diabetes, är en vanligt förekommande sjukdom i befolkningen – i synnerhet hos äldre personer. I den kommunala hälso- och sjukvården har en relativt stor andel diabetes. Av personer 65 år och äldre använder 17 procent diabetesläkemedel, insulin eller tabletter [14]. Sjukdomen ger förhöjda blodglukosnivåer, och behöver i cirka 90 procent av fallen behandlas med läkemedel.

Många med diabetes drabbas även av följsjukdomar i hjärta, kärl, njurar, ögon och nerver. Risken för att drabbas av dessa följsjukdomar ökar ju längre tid en person har haft diabetes och ju högre blodsockret har legat. Följsjukdomarna kan i värsta fall bidra till en för tidig död.

Diabetes kan således ge akuta och livshotande symtom om blodglukosnivåerna stiger eller sjunker kraftigt, så det är väldigt viktigt att mäta nivåerna i blodet regelbundet. I många fall görs detta med hjälp av en blodglukosmätare, som personen kan använda själv eller med stöd [15].

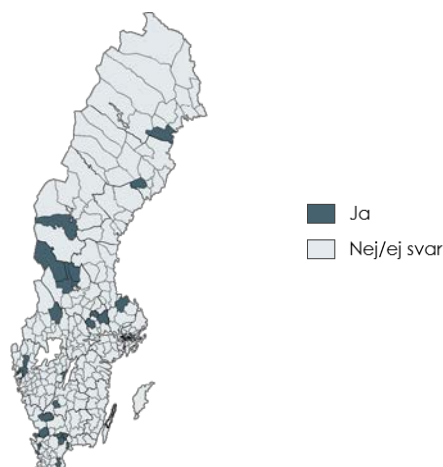
I Sverige finns ungefär 450 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes. Cirka 90 procent av dessa har typ 2-diabetes, varav de flesta får sin sjukvård inom primärvården snarare än specialistvården. Många äldre personer med typ 2-diabetes kräver dessutom betydande omvårdnadsinsatser, både inom kommunal hemsjukvård och särskilda boenden [15].

I en enkät som skickades till samtliga kommuner 2014, där 256 kommuner svarade, frågade Socialstyrelsen om kommunen eller stadsdelen erbjuder någon form av utbildning i diabetesvård till den personal som arbetar inom de olika kommunala boendeformerna (se figur 21).

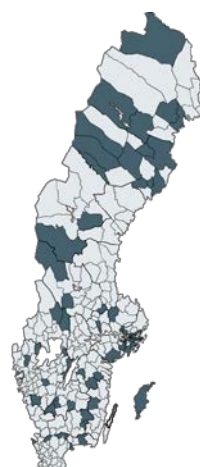
När enkätundersökningen genomfördes första gången 2011 svarade 40 procent av kommunerna (85 stycken) att de erbjöd sådan utbildning. I 2014 års enkät hade andelen sjunkit rejält, till 14,5 procent som erbjöd utbildning (37 kommuner), en anmärkningsvärd försämring.

I enkätundersökningen om diabetesvård från 2014 ställdes även frågan om huruvida kommunerna eller stadsdelarna arbetade aktivt med att förebygga en av de vanligaste komplikationerna vid diabetes, nämligen svårläkta fotsår, genom preventiv fotvård. De flesta kommuner och stadsdelar (184 stycken) svarade nej på den frågan, och endast 72 kommuner eller stadsdelar (28 procent) svarade ja, vilket visas i figur 22 [15].

Figur 21. Erbjuder kommunen eller stadsdelen någon form av utbildning i diabetesvård till personalen som arbetar inom de olika boendeformerna?



Figur 22. Erbjuder kommunen eller stadsdelen preventiv fotvård till personer med diabetes?



Nationella riktlinjer – Utvärdering – Diabetesvård – Indikatorer och underlag för bedömning. Enkät för nationell utvärdering av diabetesvården - om kommunernas diabetesvård, 2014. Socialstyrelsen, 2015.

Den senaste enkätundersökningen om kommunernas vård och omsorg till personer med diabetes genomfördes 2014, och mycket kan ha ändrats sedan dess.

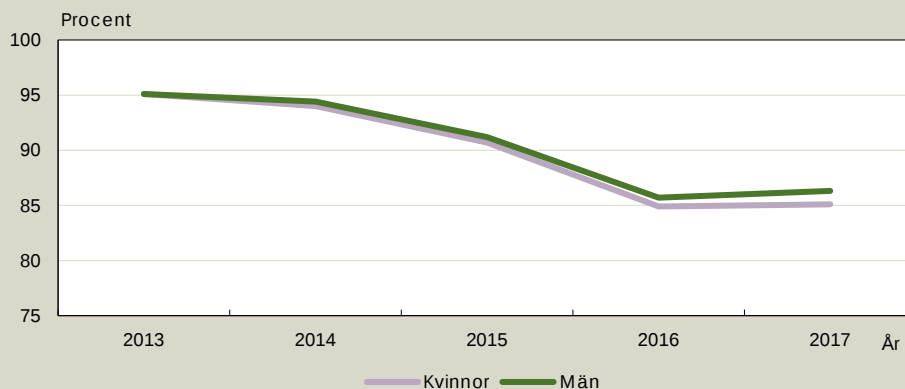
Det vore önskvärt ifall alla kommuner uppmärksammade vikten av preventiv fotvård, eftersom en sådan till synes liten insats minskar risken avsevärt för både svårläkta fotsår, långdragna infektioner och behov av amputationer. Samtliga av dessa komplikationer medför ett stort lidande för den som drabbas. Ett lidande som således i många fall går att förebygga.

Andelen personer med typ 2-diabetes som är 75 år och äldre som genomgått en årlig fotundersökning inom landstingens primärvård har sjunkit med nästan 10 procentenheter mellan 2013 och 2017 (se figur 23). Därmed är det av ännu större betydelse att alla kommuner börjar arbeta aktivt med preventiv fotvård till de personer med typ 2-diabetes som får stödinsats i form av hemtjänst eller särskilt boende.

Det är även av stor betydelse att det börjar ske en samverkan mellan huvudmännen för att kunna tillgodose alla behov på individnivå.

Figur 23. Fotundersökning vid typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som genomgått minst en fotundersökning under det senaste året, år 2013–2017 (oktober). Avser personer 75 år och äldre som vårdats inom primärvården.



Källa: NDR – Nationella diabetesregistret.

Personer med typ 2-diabetes har lämnat lite varierande svar beroende på om de bor i ordinärt eller särskilt boende (se figur 24). De som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst, upplever i lägre grad än riksgenomsnittet att de kan röra sig utan svårigheter. Dessutom är det en lägre andel i denna grupp som upplever sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott. Personer med typ 2-diabetes i särskilt boende har svarat ungefär som riksgenomsnittet på dessa frågor.

Figur 24. Typ 2-diabetes

Den procentuella avvikelser i andel positiva svar vid typ 2-diabetes från riksgenomsnittets andel positiva svar på rapportens utvalda frågor*.



*Se avsnitt Inledning.

Källa: Patientregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

När det gäller frågorna om ensamhet respektive ångslan, oro eller ångest är det i stället personer i särskilt boende som svarat mindre positivt än riksgenomsnittet.

Av personerna i särskilt boende, som svarat helt själva på frågorna, har nästan hälften (49 procent) svarat att de ibland eller ofta besvärar av ångslan, oro eller ångest. Av dem som har typ 2-diabetes besvärar hela 58 procent av detta.

Enligt en utvärdering av diabetesvården från 2011 framgår att en betydande del av patienter med typ 2-diabetes oroar sig för framtiden och för att drabbas av komplikationer av sin sjukdom [16].

Det är också önskvärt att personalen i både ordinärt boende och i särskilt boende har tillräcklig kunskap om diabetes och dess påverkan på hälsan. Socialstyrelsen konstaterade i utvärderingsrapporten från 2015 att det finns förbättringspotential för flertalet av kommunerna, främst gällande utbildning om diabetes till personalen, användande av vårdprogram och tillgång till preventiv fotvård [15].

Hjärtsjukdomar

Inom gruppen hjärtsjukdomar finns ett flertal olika sjukdomstillstånd som kan ge alltifrån inga eller mycket lindriga symtom till svåra eller livshotande tillstånd. I denna rapport redovisas dock personer med olika typer av hjärtsjukdomar tillsammans. Nedan redovisas de vanligaste diagnoserna och deras inverkan på det dagliga livet.

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en av de vanligaste kroniska hjärtsjukdomarna, och man beräknar att cirka 250 000 personer får läkemedelsbehandling för sjukdomen. Utöver dessa finns sannolikt ett stort mörkertal, exempelvis med personer som är i ett tidigt skede av sin hjärtsvikt utan att ha fått behandling för det ännu. Hos personer över 80 år lever cirka 10 procent med sjukdomen.

Vid hjärtsvikt har hjärtat en nedsatt pumpförmåga, vilket leder till en försämrad blodcirkulation i kroppen. Vanliga symtom är andfåddhet, vätskeansamlingar i kroppen (så kallat ödem) och trötthet. Ofta yttrar sig dessa symtom genom att personen med hjärtsvikt har svårigheter att gå längre sträckor, är svullen om benen och har hosta.

Vid svår hjärtsvikt kan även blodcirkulationen till viktiga organ i kroppen försämrats, vilket kan leda till bland annat försämrad njurfunktion och andra allvarliga organsviktsymtom.

Hjärtsvikt går inte att bota och försämrats dessutom över tid. Det finns dock behandlingar som kan lindra symtomen och förlänga livslängden hos den enskilde. Behandling sker främst med läkemedel, men även en så kallad sviktpacemaker kan vara ett effektivt behandlingsalternativ [17].

Ischemisk hjärtsjukdom (hjärtinfarkt, kärlkramp)

I diagnosgruppen ischemisk hjärtsjukdom ingår bland annat hjärtinfarkt, kärlkramp och andra sjukdomar som leder till minskad blodcirkulation och syretillförsel till hjärtmuskeln.

Kärlkramp orsakas ofta av förträngningar i hjärtats kranskärl, vilket minskar syretillförseln till hjärtmuskeln vid exempelvis ansträngning eller stress. Ofta klingar symtomen ut temporärt när kroppen lugnar ner sig, eller när kärlvidgande läkemedel ges.

När en förträngning brister eller lossnar från kärlväggen uppstår en blodpropp som i stället kan leda till en hjärtinfarkt. Vid en hjärtinfarkt blir kranskärllet helt, eller nästan helt, igentäppt varvid hjärtmuskelcellerna börjar dö. Om detta sker krävs en snabb och korrekt behandling för att kunna rädda livet på den person som drabbats [18].

Varje år insjuknar cirka 30 000 personer i hjärtinfarkt, varav knappt 30 procent avlider inom fyra veckor efter infarkttillfället. För de personer som överlever sin infarkt finns idag effektiv läkemedelsbehandling att få, en behandling som dessutom minskar risken att få en ny infarkt väsentligt. Trots behandling drabbas dock många ändå av följsjukdomar, bland annat hjärtsvikt [17].

Ischemiska hjärtsjukdomar är ofta förknippade med både smärta och ångest. Även när en person har överlevt en hjärtinfarkt kan man känna oro och ängslan över risken att drabbas igen.

Personer med ischemisk hjärtsjukdom som bor i hemtjänst eller särskilt boende kan behöva hjälp och stöd från sin kommun för att lyckas med bland annat förbättrad kosthållning, rökstopp samt ökad rörlighet. Detta stöd är mycket viktigt, eftersom dessa faktorer har stor påverkan på återinsjuknande i hjärt- och kärlsjukdom [17].

Arytmier (bland annat förmaksflimmer)

Arytmier är en grupp hjärtsjukdomar som innebär rubbningar i hjärtats rytm. Det finns många olika typer av arytmier med varierande svårighetsgrad. Vissa arytmier ger så svåra symtom att det påverkar individens dagliga liv, medan andra inte ger några symtom alls [17].

År 2016 behandlades cirka 70 000 patienter inom specialiserad vård till följd av en arytm, cirka 85 procent av dessa på grund av förmaksflimmer. Förmaksflimmer innebär att hjärtats förmak pumpar oregelbundet och okoordinerat i förhållande till hjärtats kamrar. Detta behöver i sig inte leda till några akuta symtom, men däremot kan förmaksflimmer leda till att blodproppar bildas i hjärtat som sedan vandrar vidare till hjärnan där de kan orsaka en stroke.

En del personer med förmaksflimmer märker inte av det alls, medan andra blir lättare andfådda och trötta. Förekomsten av förmaksflimmer ökar med åldern och i kombination med annan hjärtsjukdom [17].

Personer med hjärtsjukdom och deras upplevelser om omsorgen

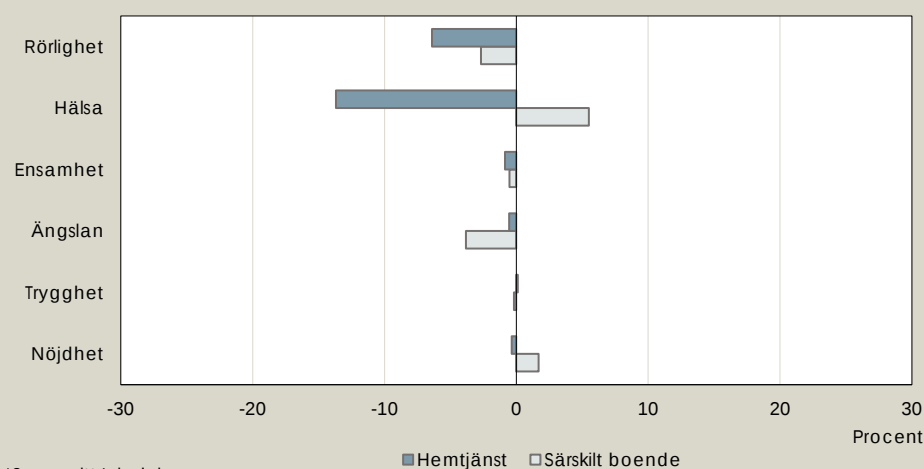
Liksom för personer med typ 2-diabetes skiljer svaren sig åt för personer med hjärtsjukdom mellan dem som bor i ordinärt boende och dem som bor i särskilt boende (se figur 25).

Hjärtsjuka personer som har stöd av hemtjänst skattar i lägre grad än riksgenomsnittet sin hälsa som god eller mycket god. Det är också en högre andel av dem som svarat att de skattar sin hälsa som dålig eller mycket dålig. Likaså upplever de sin rörlighet som sämre än genomsnittet.

De som i stället bor i särskilt boende svarar mer likt genomsnittet på frågan om rörlighet, och något mer positivt än genomsnittet på frågan om hur de bedömer sitt allmänna hälsotillstånd. På övriga frågor ligger svaren nära genomsnittet.

Figur 25. Hjärtsjukdomar

Den procentuella avvikelser i andel positiva svar vid hjärtsjukdom från riksgenomsnittets andel positiva svar på rapportens utvalda frågor*.



*Se avsnitt Inledning.

Källa: Patientregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Multisjuklighet

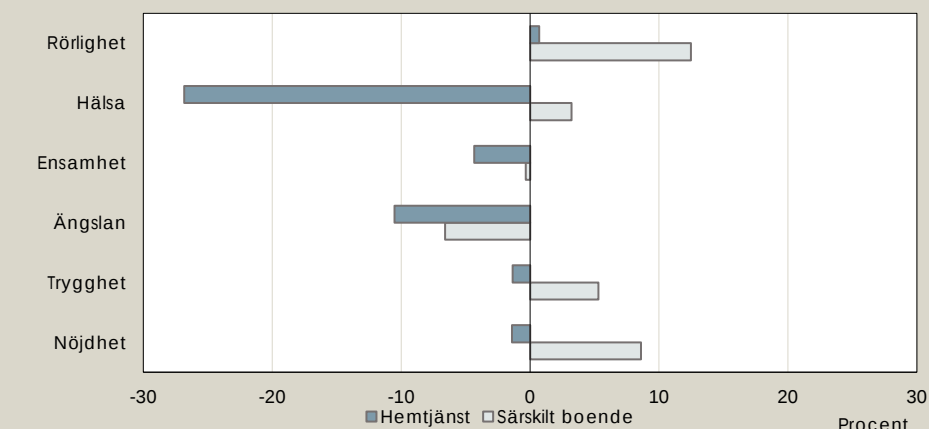
Gruppen med multisjuklighet definieras genom att individerna har:

- varit inskriva i slutenvården minst tre gånger under tolv månader
- fått minst tre diagnoser från olika diagnosgrupper (enligt ICD-10) under tolv månader
- i vissa fall ska individerna vara över en viss ålder [19].

Figur 26 visar hela gruppen som deltagit i undersökningen för särskilt boende och hemtjänst samt har en multisjuklighet. En individ behöver alltså både ha fått tre eller fler diagnoser och ha varit inskrivna minst tre gånger i slutenvården under 2016 för att finnas med i denna beräkning.

Figur 26. Multisjuklighet

Den procentuella avvikelser i andel positiva svar vid multisjuklighet från riksgenomsnittets andel positiva svar på rapportens utvalda frågor*.



*Se avsnitt Inledning.

Källa: Patientregistret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Figur 26 påvisar skillnaderna mellan hur de som är multisjuka och som bor i ordinärt boende respektive i särskilt boende upplever sin omsorg. De som bor i ordinärt boende skattar i lägre grad än genomsnittet sin hälsa som god, medan de som bor i särskilt boende svarat något mer positivt. Båda grupperna oavsett boendeform upplever i högre grad ängslan, oro eller ångest än riksgenomsnittet.

En person i ordinärt boende som är multisjuk har ett stort vård- och omsorgsbehov som hemtjänsten och den kommunala hemsjukvården behöver tillgodose. Det ställer höga krav på att vården och omsorgen är sammanhållna, då det ofta innebär många besök i hemmet av vård- och omsorgspersonal.

För att lyckas med en vård- och omsorgskontinuitet krävs samordning mellan aktörer, vilket kan vara lättare på ett särskilt boende (där det ofta är samma personal som rör sig) än i ordinärt boende. Detta skulle kunna vara en förklaring till att personer med multisjuklighet i ordinärt boende tycks skatta sin egen hälsa och uppleva omsorgen som mindre bra än personerna i särskilt boende. En faktisk personalnärvaro kan även vara ett av skälen till att personer i särskilt boende upplever sig vara något mer trygga än genomsnittet, vilket figur 26 visar.

Sammanfattning

Uppgifterna i detta kapitel visar att det inte finns någon entydig bild av hur personer med kroniska sjukdomar har besvarat enkäten. Fysisk sjukdom påverkar dock tydligt hur en person uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd och sin möjlighet att röra sig i boendet. Däremot är bilden mer varierad när det handlar om hur en person upplever sin ensamhet, ängslan, trygghet och nöjdhet med det stöd som personen får.

Vad gäller trygghet är avvikelserna från genomsnittet mycket små och andelen som känner sig trygga med sitt boende är över 85 procent, även hos personer med kronisk eller långvarig sjukdom.

Personerna som tillhör någon av de undersökta diagnosgrupperna och som bor i ordinärt boende har i lägre grad än motsvarande grupp i särskilt boende svarat positivt på frågorna om rörlighet och självskattad hälsa. Samma mönster går att se i ett flertal av de andra diagnosgrupperna som har exkluderats från denna redovisning.

Hos gruppen med multisjuklighet svarar de i ordinärt boende i lägre grad positivt på näst intill samtliga frågor. Där är det nästan en motsatt effekt för de som bor i särskilt boende.

De uppgifter som har samlats in räcker dock inte för att analysera varför det är så stora skillnader i svaren beroende på boendeform. Däremot är det svårt att bortse från möjligheten att en del av de personer som idag har stöd av hemtjänst kan vara i behov av mer hjälp än de har blivit beviljade, till exempel genom att få en plats på särskilt boende med högre närvaro av vård- och omsorgspersonal.

Sammantaget ger bilden ovan en indikation på att många olika faktorer samverkar i hur de som har besvarat enkäten upplever olika delar av sin tillvaro. Frånvaro av sjukdom är därför inte i sig någon garanti för positiva svar på frågorna, och på samma sätt kan även personer med kroniska sjukdomstillstånd uppleva sitt hälsotillstånd som gott.

Socialtjänstinsatser och hur de äldre upplever omsorgen

Följande avsnitt berör de insatser som ges inom ramen för SoL till personer 65 år och äldre. Avsnittet fokuserar på hemtjänstens delinsatser. Detta eftersom insatsen särskilt boende inte specificeras genom delinsatser. Fokus ligger på hur personer med olika delinsatser svarar på de sex frågor som lyfts i rapporten.

Resultaten visar att:

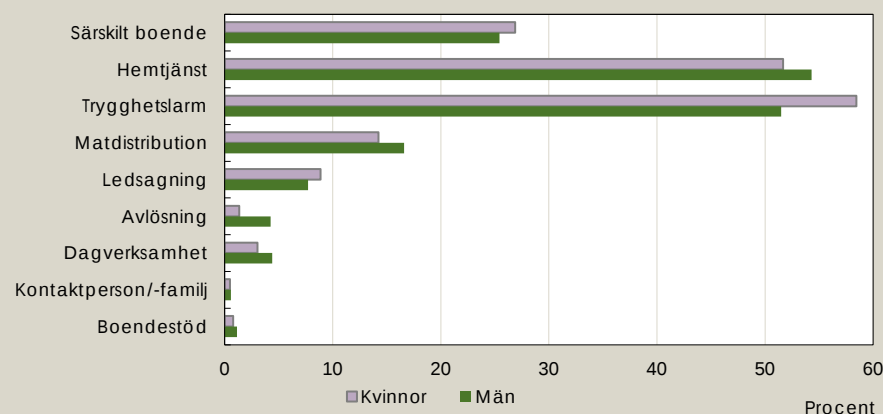
- Personer med fler beviljade hemtjänststimmar lämnar mer negativa svar än genomsnittet.
- Personer med insatsen dagverksamhet har större besvär av ensamhet och ängslan än genomsnittet.
- Personer med insatsen matdistribution är i större utsträckning än genomsnittet nöjda med och trygga i sin hemtjänst.

Allt fler människor i Sverige kommer att bo kvar längre hemma. Detta beror dels på att befolkningen över lag är friskare och lever längre, dels på att vård och omsorg framöver kommer att ske i hemmet i större utsträckning [21].

I detta avsnitt synliggör vi hur de som har olika insatser enligt SoL uppfattar sin omsorg och sin hälsa. För detta ändamål har undersökningens data samkörts med Socialstyrelsens SoL-register. Enligt registret hade 316 491 personer socialtjänstinsatser i oktober 2016. Fördelningen av insatser i figur 27 visas uppdelat på män och kvinnor.

Figur 27. Fördelning av socialtjänstinsatser

Fördelning av socialtjänstinsatser uppdelat på kvinnor och män som är 65 år och äldre (oktober 2016).



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Det är dubbelt så många kvinnor än män som får insatser av socialtjänsten, cirka 211 000 är kvinnor av totalt 316 000. De tre vanligaste socialtjänstinsatserna är trygghetslarm, hemtjänst och särskilt boende. Andra socialtjänstinsatser är:

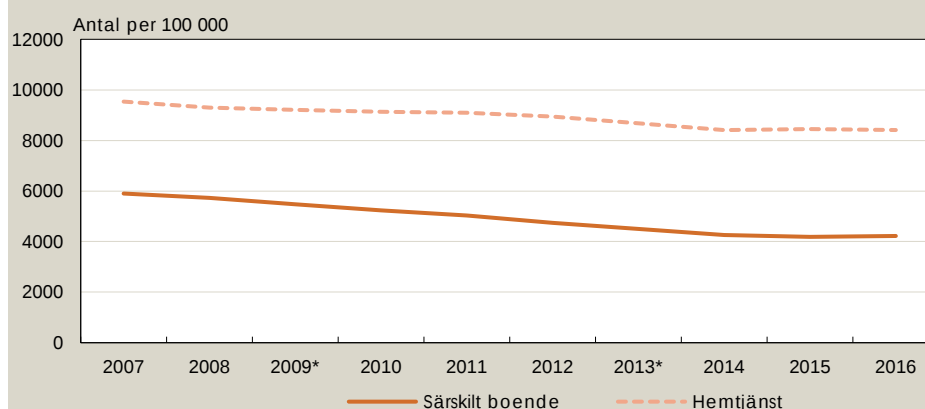
- Kontaktperson – en person som utses av socialnämnden med uppgift att hjälpa den enskilde och hens närmaste med personliga angelägenheter.
- Boendestöd – syftar till att stödja den enskilde i den dagliga livsföringen i eget boende.
- Ledsagning – en insats i form av en följeslagare ute i samhället, som ska möjliggöra för den enskilde att fortsätta medverka i det sociala livet trots funktionsnedsättning.
- Avlösning av anhörig – kan ges som insats när en anhörig utför omsorgsinsatser till sin enskilde och behöver en paus för återhämtning.
- Dagverksamhet – kan ges som insats till personer med behov av social samvaro mm. utanför den egna bostaden [22].

Det finns ingen tydlig instruktion på vad insatserna ska innehålla, och inte heller vad de har för målsättning, utan insatserna behöver utgå och anpassas efter den enskildes behov.

Antalet personer som fått insatserna hemtjänst och särskilt boende har inte minskat under åren, men i förhållande till den ökade äldre befolkningen tyder utvecklingen på en nedåtgående trend. Figur 28 visar utvecklingen av antalet personer med stöd av hemtjänst och som bor i särskilt boende över de senaste tio åren.

Figur 28. Utveckling av hemtjänst och särskilt boende

Antal personer i särskilt boende och med hemtjänst per 100 000 invånare, 65 år och äldre mellan åren 2007 och 2016.



*Data finns ej, medelvärde mellan året innan och året efter.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen samt Befolkningsregistret, Statistiska centralbyrån.

En del av den nedåtgående trenden kan vara att Sveriges befolkning blir allt friskare och lever längre [23]. Att antalet personer i särskilt boende har minskat med nästan 2000 personer per 100 000 invånare som är 65 år och äldre,

kan betyda att de som faktiskt bor i särskilt boende har ett större vårdbehov än för tio år sedan.

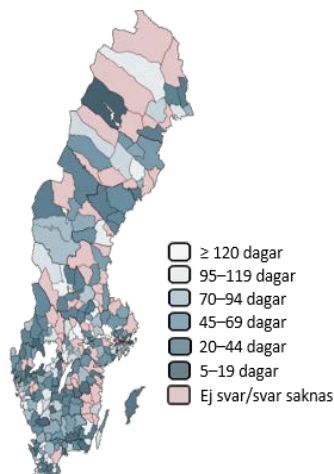
Eftersom antalet personer som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänstinsatser också har minskat, kan det antas att även dessa personer har större behov av vård och omsorg än för tio år sedan.

Ett sätt att få en bild över tillgången till platser inom särskilt boende är att titta på de genomsnittliga väntetiderna, från det att ansökan om plats på särskilt boende lämnats in till dess ett erbjudande om inflyttningsdatum lämnas. Enligt uppgifter från Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) var den genomsnittliga väntetiden 57 dagar 2016 (i de cirka 230 kommuner och stadsdelar som rapporterat in uppgiften). Antal dagar varierade dock kraftigt mellan olika kommuner: kortast genomsnittlig väntetid var 5 dagar, och längst var 178 dagar.

I fjorton kommuner var väntetiden för att få plats på särskilt boende 120 dagar eller längre (se figur 29). Detta kan tyda på att det finns en geografisk ojämlikhet i tillgången till plats på särskilt boende när behovet för detta hos den enskilde uppstår, eller när insatser från hemtjänst inte längre är tillräckliga för att tillgodose den enskildes behov.

Väntetiden till särskilt boende har dessutom ökat under de senaste tio åren [20].

Figur 29. Genomsnittlig väntetid från ansökan om plats på särskilt boende till erbjudande om inflyttningsdatum, 2016. Redovisning utifrån kommuner.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada.

Antal hemtjänsttimmar

När en person beviljas hemtjänst sätts ofta en tid i anslutning till insatsen. Figur 30 visar ett genomsnitt på antal beviljade hemtjänsttimmar per månad, samt hur de förhåller sig till respektive fråga. De som i genomsnitt har fler hemtjänsttimmar i veckan svarar i större utsträckning att:

- De bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som ganska eller mycket dåligt
- De har stora svårigheter med förflyttning, eller kan inte förflytta sig alls

- De har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest
- De besväras ofta av ensamhet
- De upplever det som ganska eller mycket otryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten
- De är sammantaget ganska missnöjda eller mycket missnöjda med den hemtjänst som de har.

En person som har fått många hemtjänsttimmar beviljade har enligt en biståndsbedömare ett större vård- och omsorgsbehov. Ju fler timmar en enskild person har, desto svårare blir det för kommunen att kunna tillgodose behovet med samma vård- och omsorgspersonal.

Även i de fall där det är svårt att tillgodose en personalkontinuitet bör det finnas en vård- och omsorgskontinuitet. Det betyder att även om omsorgen utförs av olika personer ska finnas en fungerande informationsöverföring, till exempel genom ett systematiskt arbete med individuella genomförandeplaner. Syftet är att omsorgen ska ske på ett och samma sätt, och alltid utgå från den enskildes behov [20].

Genomsnittet för personer med hemtjänst är 32¹ beviljade hemtjänsttimmar per månad [24]. Genomsnittet antal hemtjänsttimmar för personer med hemtjänst som svarar självständigt på frågorna i undersökningen är 23 timmar per månad, vilket synliggörs genom det vertikala strecket i figur 30. De två värdena skiljer sig åt på grund av att personer som svarar självständigt på undersökningen har färre hemtjänsttimmar än när de får hjälp att besvara eller när en anhörig svarar utan den enskildes medverkan.

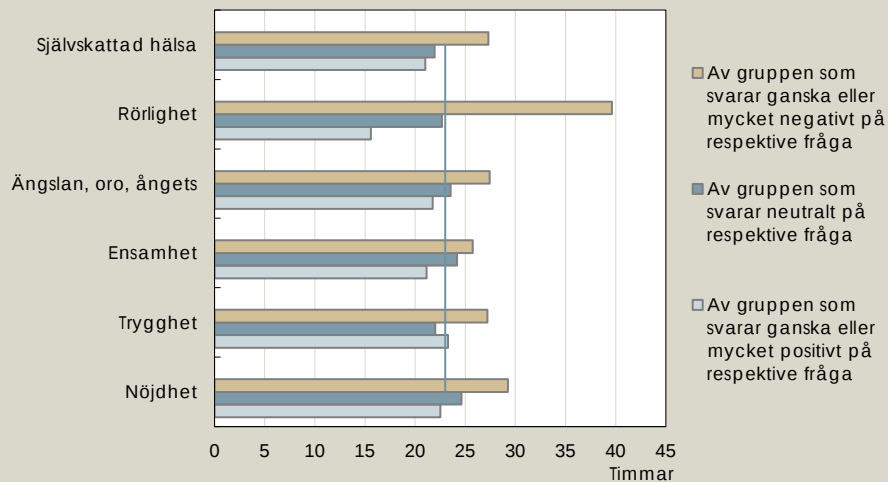
Gruppen som upplever att de har stora svårigheter med att förflytta sig eller inte kan förflytta sig alls är de som avviker mest från riksgenomsnittet, då de har drygt 41 beviljade hemtjänsttimmar per månad. Detta kan jämföras med det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar innan inflyttning till särskilt boende, som var 55 timmar per månad 2015.

Utifrån staplarna som bygger på de personer som svarat negativt, är det personer som ofta har besvär av ensamhet som avviker minst från riksgenomsnittet med drygt 26 beviljade hemtjänsttimmar per månad.

¹ Genomsnittet för hemtjänsttimmar är uträknade för rapporten och kan inte jämföras med tidigare års resultat utifrån att beräkningen antagligen ser annorlunda ut.

Figur 30. Hemtjänststimmar

Antal beviljade hemtjänsttjänststimmar per månad i genomsnitt, uppdelat per fråga och svarsalternativ om positiva, neutrala och negativa upplevelser.



Källa: Registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Trygghet och nöjdhet

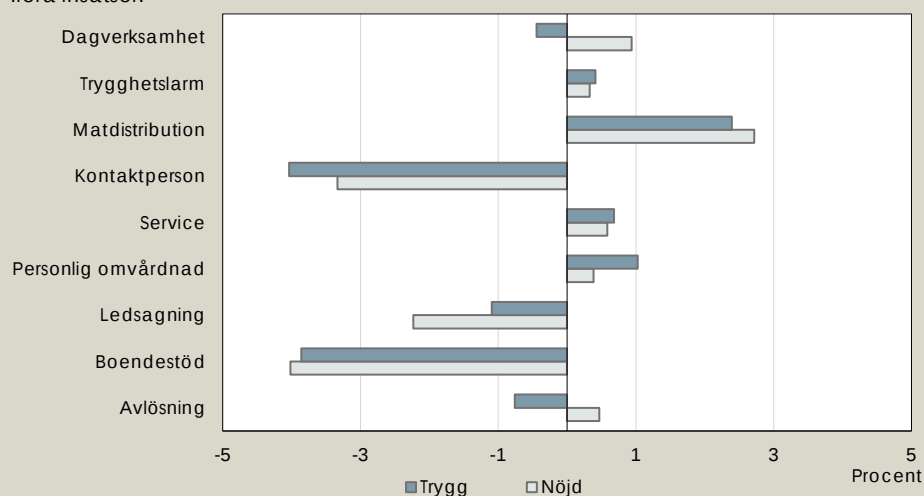
Enligt SoL (5 kap. 4 §) ska socialnämnden verka för att äldre människor ska få möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden, samt för att de ska ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Av de individer som bor hemma med stöd från hemtjänsten och som deltagit i undersökningen självständigt uppger 90 procent att de är mycket nöjda eller ganska nöjda. Dessutom uppger 86 procent att de är mycket trygga eller ganska trygga.

Figur 31 visar den genomsnittliga nöjdheten och tryggheten per insats, i jämförelse med genomsnittet. På insatsen matdistribution avviker värdena positivt på båda frågorna. Personer med insatsen matdistribution svarar i något högre utsträckning att de är mycket eller ganska trygga och mycket nöjda eller ganska nöjda. Observera att i stapeln kan en person som har en specifik insats ha svarat att den är trygg men inte nöjd, och vice versa.

Figur 31. Trygghet och sammantagen nöjdhet

Den procentuella avvikelser i andel positiva svar per insats från riksgenomsnittets andel positiva svar på frågan om trygghet och nöjdhet. En person kan ha en eller flera insatser.



Källa: Registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

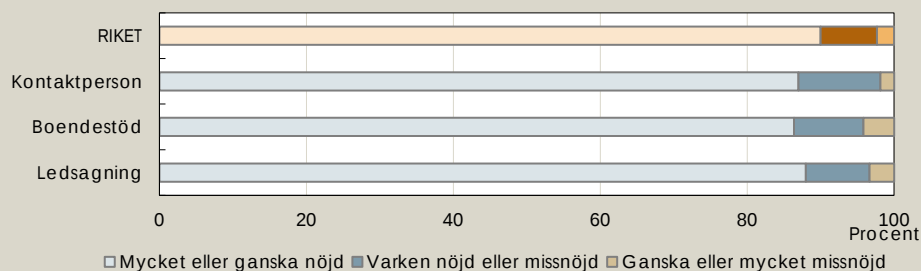
Figur 31 visar negativt avvikande värden för insatserna kontaktperson, ledsagning och boendestöd i respektive fråga. Personer med insatsen kontaktperson, boendestöd och ledsagning svarar mindre positivt på frågorna om nöjdhet och trygghet än riksgenomsnittet. Dessa grupper består av ett mindre antal personer, vilket gör resultaten mindre pålitliga.

Även om personerna med dessa insatser är mindre benägna att svara positivt på frågorna än riksgenomsnittet, är det inte säkert att de i högre utsträckning är mycket eller ganska otrygga eller missnöjda.

Figur 32 och figur 33 visar den sammantagna procentuella fördelningen utifrån insats av positiva, neutrala och negativa svar på frågorna om nöjdhet och trygghet. För insatsen kontaktperson framgår det att de tillfrågade inte i högre utsträckning svarar att de ganska eller mycket missnöjda. Skillnaden syns i stället genom att de i något större utsträckning har svarat att de varken är nöjda eller missnöjda. Däremot svarar de i något högre utsträckning att de är otrygga än genomsnittet. *RIKET* representerar den genomsnittliga svarsfördelningen av alla som har svarat.

Figur 32. Fördelning av svar om nöjdhet utifrån insats

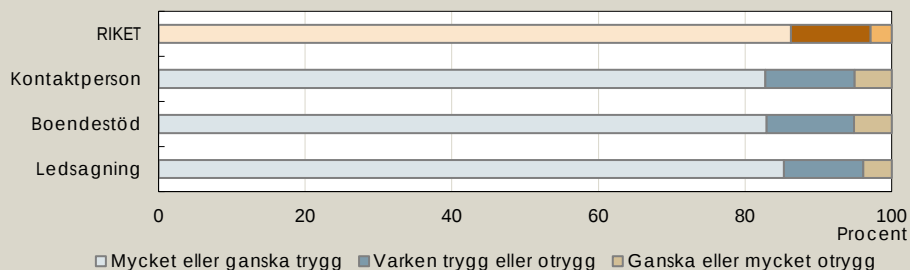
Den genomsnittliga procentuella fördelningen av positiva, neutrala och negativa svar på frågan om sammantagen nöjdhet per insats, 2017.



Källa: Registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Figur 33. Fördelning av svar om trygghet utifrån insats

Den genomsnittliga procentuella fördelningen av positiva, neutrala och negativa svar på frågan om trygghet per insats, 2017.



Källa: Registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

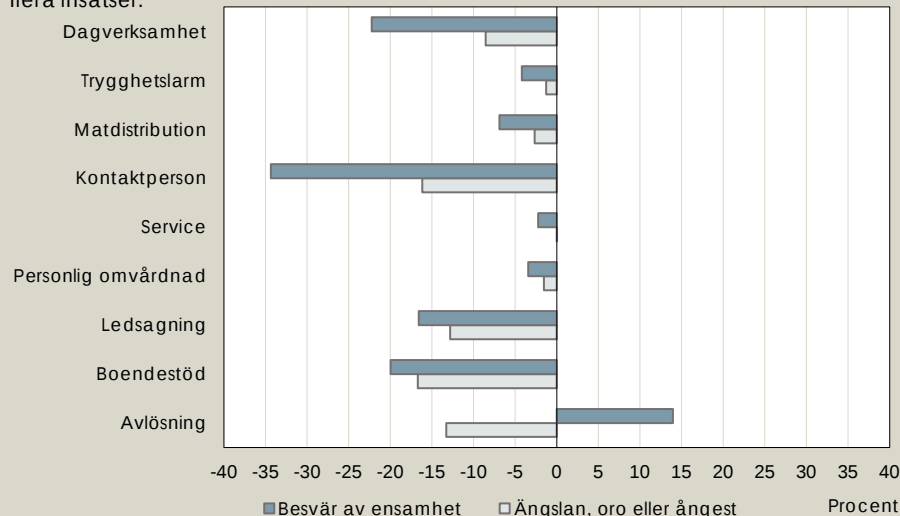
Ensamhet och ångslan

Depression är ett av de vanligaste psykiska hälsoproblemen bland äldre personer [25]. Vid depression är känslor av ensamhet och ångest vanligt och återkommande. Enligt undersökningen upplever drygt 55 procent av de äldre att de besväras av sin ensamhet. Dessutom upplever drygt 49 procent att de besväras av ångslan, oro eller ångest.

Figur 34 visar hur insatserna förhåller sig till frågorna om ensamhet och ångslan, oro eller ångest. Personer med insatserna dagverksamhet, kontaktperson, ledsagning och boendestöd avviker negativt i sina svar i samtliga frågor om besvär av ensamhet och ångslan, oro eller ångest.

Figur 34. Ensamhet och ängslan, oro eller ångest

Den procentuella avvikelser i andel positiva svar per insats från riksgenomsnittets andel positiva svar på frågan om ensamhet och ängslan. En person kan ha en eller flera insatser.



Källa: Registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Personer med insatserna kontaktperson och dagverksamhet svarar i mindre utsträckning positivt på frågan om de besvärar av ensamhet än riksgenomsnittet. Detta innebär att de i högre utsträckning angett att de besvärar av ängslan, oro eller ångest, och av ensamhet. Gruppen med stödinsatsen kontaktperson besvärar dessutom av ensamhet ibland eller ofta (detta gäller närmare 70 procent av fallen).

I Sverige har ungefär 10 000 personer en biståndsbeslutad insats om dagverksamhet [26]. Insatsen dagverksamhet kan ha lite olika inriktningar, där vanligaste förekommande inriktning är dagverksamhet för personer med demenssjukdom. I ett tidigt skede av demenssjukdom kan personen som drabbats uppleva både ångest och sömnsvärigheter [25].

En viktig del av dagverksamheten är den sociala samvaron. Aktiviteterna i dagverksamheterna är ofta likartade, men personalen kan utföra aktiviteterna på lite olika sätt beroende på dagverksamhetens inriktning och deltagarnas behov [27]. Det är därför viktigt att dagverksamheten är personcentrerad och utgår från individen.

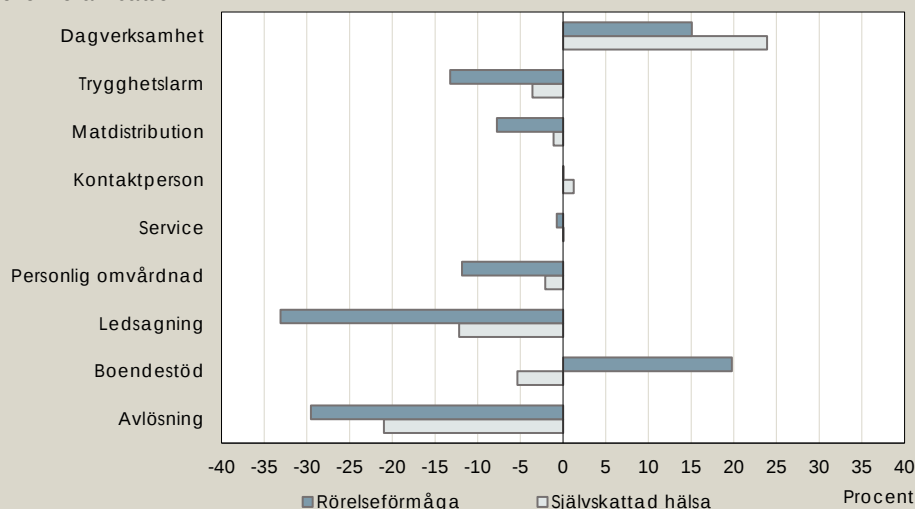
Positiva effekter av insatsen är att dagverksamhet dels kan fungera som avlastning och stöd i vardagen för de anhöriga som vårdar sina närstående, dels kan en fungerande dagverksamhet leda till att en person kan bo kvar lite längre i sitt ordinära boende.

Rörelseförmåga och hälsa

I undersökningen svarar 72 procent av de äldre att deras rörelseförmåga sträcker sig mellan vissa svårigheter att förflytta sig själv, till att inte kunna förflytta sig själv alls. Sådana funktionsnedsättningar ger ett ökat behov av stöd i vardagen, både från kommunala omsorgsinsatser och från anhöriga.

Figur 35. Rörelseförmåga och självskattad hälsa

Den procentuella avvikelser i andel positiva svar per insats från riksgenomsnittets andel positiva svar på frågan om rörelseförmåga och hälsa. En person kan ha en eller flera insatser.



Källa: Registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

I frågorna om rörelseförmåga och självskattad hälsa är bilden något varierad. Personer i dagverksamhet svarar i högre grad positivt på dessa frågor, medan framförallt personer med insatserna ledsagning och avlösning av anhörig i lägre grad svarat positivt.

I gruppen med insatsen avlösning av anhörig har 28 procent dessutom svarat att de antingen har stora problem med förflyttning eller inte kan förflytta sig alls på egen hand. Detta kan jämföras med riksgenomsnittet på 14 procent. Ungefär samma bild gäller gruppen med insatsen ledsagning, där 23 procent har svårigheter med förflyttning.

Figur 35 visar att det finns ett stort behov av insatsen avlösning av anhörig i de fall där denna insats beviljats, då personer med insatsen upplever sin rörelseförmåga och hälsa som mindre god än riksgenomsnittet.

Sammanfattning

Insatsen ledsagning utmärker sig som negativt avvikande från genomsnittet på samtliga frågor. Enligt en kartläggning som Socialstyrelsen genomförde 2010 saknades ofta genomförandeplaner för insatsen ledsagning [28]. Detta är den senaste kartläggningen som Socialstyrelsen genomfört, och mycket kan ha ändrats sedan dess.

Inom insatsen dagverksamhet saknas det också genomförandeplaner [27]. Syftet med just genomförandeplaner är att skapa en struktur för själva genomförandet av en insats. Det är viktigt att arbetet planeras, bedrivs målinriktat och att insatser följs upp tillsammans med individen som har beviljats insatsen.

Dessutom behöver en genomförandeplan med information om en insats finnas för att den ska gå att följa upp. I hemtjänsten har 70 procent av de

äldre personerna en genomförandeplan som de har varit delaktiga i att upprätta [29]. Att en person inkluderas i utformandet av sin egen omsorg förstärker känslan av inflytande, vilket är en förutsättning för ett personcentrerat förhållningssätt inom äldreomsorgen.

Resultaten visar att personer med fler beviljade hemtjänststimmar än riksgenomsnittet svarar i lägre grad positivt på samtliga frågor, vilket speglar att stora behov är en viktig faktor i den enskildes upplevelser av omsorgen och sin egen hälsa.

Insatserna ska alltid utgå från individens behov och förutsättningar. En genomförandeplan är ett verktyg för att planera vad som ska ske och vilket behov insatsen i fråga ska tillgodose.

Det finns olika arbetssätt för att utgå från individernas behov, som medför att de känner sig delaktiga och därigenom kan stärka sina egna resurser när det handlar om själva genomförandet av aktiviteterna [30].

För att en insats ska få så bra utfall som möjligt är det viktigt att individen själv är delaktig i sin vård och omsorg. Tidigare analyser har visat på att en sådan delaktighet kan bidra till att den enskilde både känner sig tryggare och mindre ensam [3].

Anhörigperspektivet

I följande avsnitt redovisas resultaten från undersökningens anhörigdel, det vill säga svar från de som är anhöriga till personer i särskilt boende. Avsnittet belyser också de äldre personernas behov, särskilt i de fall som deras anhöriga har besvarat enkäten utan deras medverkan.

Resultaten visar att:

- Majoriteten av anhöriga som deltagit i undersökningen upplever samarbetet med personalen på det särskilda boendet som bra.
- 83 procent av anhöriga som deltagit i undersökningen är nöjda med den vård och omsorg som ges till deras närstående. När äldre svarar helt själva är 84 procent lika nöjda.
- Personer har stora behov av vård och omsorg när deras anhöriga svarar på enkäten utan deras medverkan.

Syftet med denna undersökning är att ta reda på vad den enskilde tycker om sin äldreomsorg. Då anhöriga ofta är en del av den enskildes vardag kan det vara värdefullt att även öka medvetenheten om situationen som anhörig.

I denna rapport används följande begrepp:

- den enskilde eller enskilde äldre används för den person som tar emot omsorg, vård och stöd. I vissa fall används begreppet närstående.
- anhörig används för den person som ger omsorg, stöd eller vård – som inte är personal.

Att en verksamhet har ett anhörigperspektiv innebär att de även uppmärksammar personerna i den enskildes omgivning. Anhöriga betyder ofta mycket för den enskilde, och de kan ofta bistå vården och omsorgen med kunskap om den enskilde i fråga. Det är därför viktigt att även anhöriga får känna sig delaktiga, inte minst för att känna tilltro till personalen i hemtjänsten eller i det särskilda boendet [31].

Frågor till anhöriga i webbenkäten

År 2017 är det första gången som de som är anhöriga till någon som bor på särskilt boende, och som hjälpt denne att besvara webbenkäten, även har fått möjlighet att besvara frågor om sina egna upplevelser som just anhörig.

I webbenkäten finns det några frågor som riktar sig enbart till anhöriga, som endast aktiveras när en anhörig besvarar enkäten. Fem procent av personerna som bor på särskilt boende har lämnat svar via den webbenkäten, och av dessa är 60 procent av enkäterna endast besvarade av en anhörig. Av helheten representerar detta tre procent, alltså cirka 1200 anhöriga.

Följande data bygger på denna anhöriggrupps upplevelser, vilket gör att urvalet är selektivt.

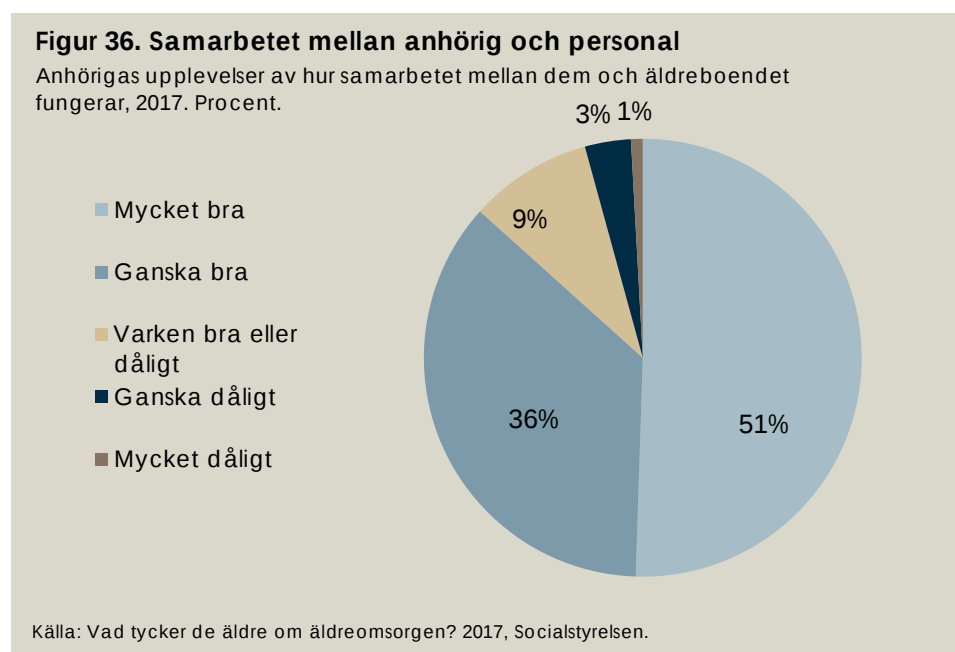
En majoritet av de svarande besöker sina närstående flera gånger per månad

Fem procent av de anhöriga som besvarade enkäten åt en närstående besöker sin närstående på äldreboendet dagligen. Totalt 43 procent besöker sin närstående några gånger per vecka, medan 45 procent uppger att de besöker sin närstående några gånger per månad. Sju procent av anhöriggruppen uppger att de besöker sin närstående på äldreboendet några gånger per år.

Samarbetet mellan anhörig och personal

En bra samverkan mellan anhöriga och vårdgivare kan vara en viktig del för att öka äldre personers känsla av delaktighet i sin vård och omsorg [31].

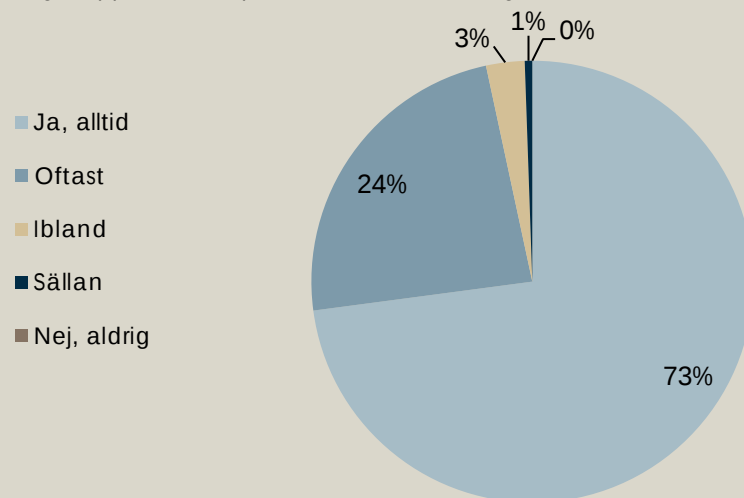
Majoriteten av de anhöriga, 51 procent, upplever att samarbetet fungerar mycket bra med äldreboendet. En fjärdedel av de anhöriga (36 procent) upplever att samarbetet fungerar ganska bra, och endast 1 procent upplever att samarbetet fungerar mycket dåligt. Svaren redovisas i figur 36 nedan.



Majoriteten av de anhöriga upplever att de blir bemötta på ett bra sätt, vilket framgår av figur 37. Ingen anhörig anser att den aldrig blir bemött på ett bra sätt, och endast 1 procent anser att de sällan blir bemötta på ett bra sätt.

Figur 37. Personalens bemötande

Anhörigas upplevelser av personalens bemötande gentemot dem, 2017. Procent.

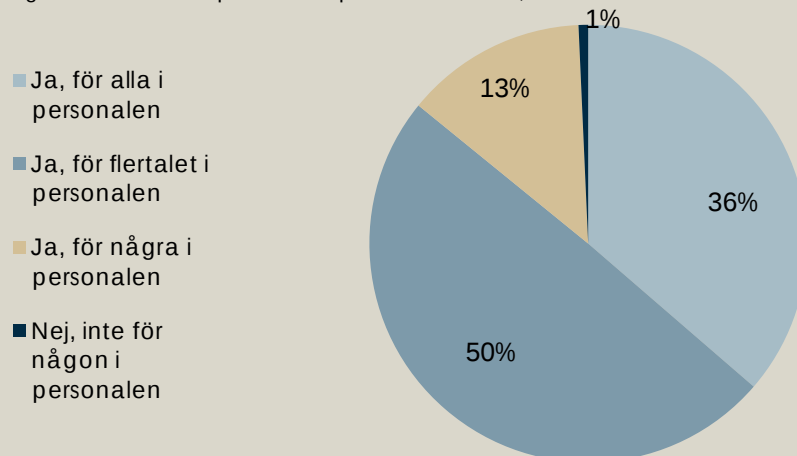


Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2017, Socialstyrelsen

På frågan om den anhörige känner att de har förtroende för personalen på sin närståendes äldreboende svarar mer än en fjärdedel att de har förtroende för samtliga i personalen och hälften att de har förtroende för flertalet i personalen. En procent uppger att de inte har förtroende för någon i personalen, vilket framgår av figur 38.

Figur 38. Förtroende för personalen

Anhörigas förtroende för personalen på äldreboendet, 2017. Procent.

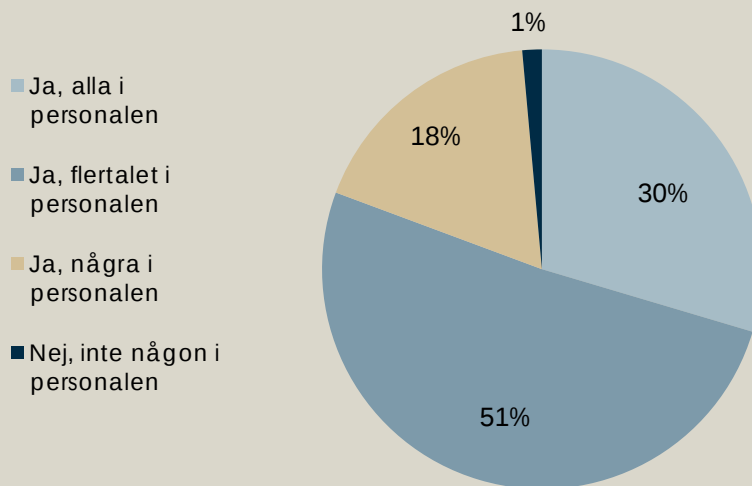


Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2017, Socialstyrelsen

Av figur 39 framgår att lite mindre än en fjärdedel (30 procent) anser att alla i personalen har kunskap och kompetens för att tillgodose deras närståendes vård- och omsorgsbehov. Hälften (51 procent) anser att flertalet i personalen uppfyller behovet, och bara 1 procent upplever att ingen i personalen har den kunskap och kompetens som behövs för att tillgodose deras närståendes behov.

Figur 39. Kompetens hos personalen

Anhörigas upplevelser av att personalen har kunskap och kompetens för att tillgodose deras närståendes vård- och omsorgsbehov, 2017. Procent.



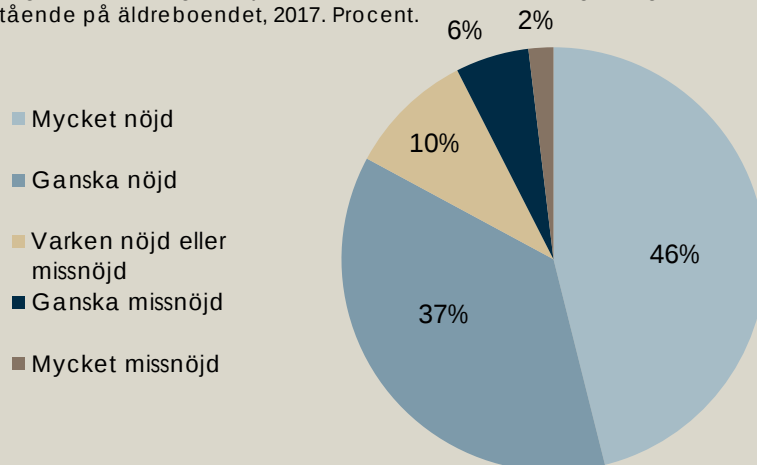
Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2017, Socialstyrelsen.

Anhörigas nöjdhet

Av de anhöriga uppger 83 procent att de sammantaget är ganska eller mycket nöjda med den vård och omsorg som deras närstående får. Vidare är 10 procent varken nöjda eller missnöjda, och sammanlagt uppger 8 procent att de är ganska eller mycket missnöjda (se figur 40). När äldre svarar helt själva är 84 procent lika nöjda.

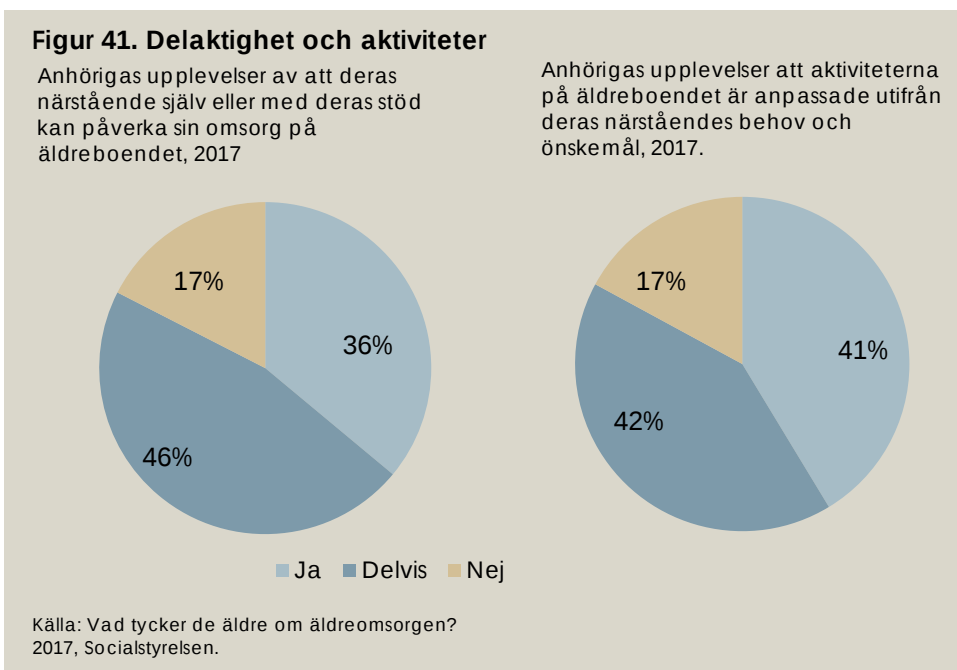
Figur 40. Anhörigas sammanlagda nöjdhet

Anhörigas sammanlagda nöjdhet med den vård och omsorg som ges till deras närstående på äldreboendet, 2017. Procent.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2017, Socialstyrelsen.

Av de anhöriga uppger 82 procent att de upplever att deras närstående helt eller delvis kan påverka sin omsorg på äldreboendet. Svarsfördelningen på denna fråga är exakt samma som på frågan om huruvida aktiviteterna är helt eller delvis anpassade utifrån deras närståendes behov och önskemål, vilket också är 82 procent. De som har negativa upplevelser på de båda frågorna är även de lika stora: 17 procent (se figur 41).



Anhörigas situation

För att belysa situationen för anhöriga har uppgifterna om de äldre personer vars anhöriga deltar självständigt i undersökningen samkörts tillsammans med Socialstyrelsens hälsodataregister. Dessa uppgifter relateras endast till gruppen där en anhörig svarat självständigt, det vill säga utan medverkan av den enskilde äldre.

Vem som kategoriserar sig själv som ”anhörig” är upp till den person som besvarat enkäten. Därmed räknas inte de som anger att de är god man eller förvaltare, vän eller bekant, personal eller annan person som anhöriga.

Vårdbehov

Det finns vissa faktorer som kan påverka den enskildes möjlighet att medverka vid besvarandet av enkäten. En faktor som skulle kunna påverka är den enskildes hälsotillstånd. I de fall en anhörig deltar i undersökningen utan den enskildes medverkan har det skett en samkörning med uppgifter från PAR om personerna med demensdiagnos samt antal vårdtillfällen som den enskilde har.

Tabell 4 visar att 7 procent av de som bor hemma med stöd av hemtjänsten har en demensdiagnos, motsvarande siffra för personerna i särskilt boende är 13 procent.

I PAR registreras alla diagnoser som ställs inom specialiserad öppenvård eller slutenvård. Diagnoser som ställs i primärvården finns det inte lagstöd för att samla in, vilket gör att andel personer med en demensdiagnos troligtvis är underskattad.

Individerna i ordinärt boende, där en anhörig har svarat i deras ställe, har angett att de i genomsnitt har 40 hemtjänsttimmar per månad. Detta går att jämföra med gruppen som svarade självständigt på frågorna, där de som hade stora svårigheter att förflytta sig på egen hand hade 40 timmar per månad (se avsnittet *Socialtjänstinsatser och hur de äldre upplever omsorgen*). Riksgenomsnittet i ordinärt boende var 32 beviljade hemtjänsttimmar per månad.

Samma personer besökte den specialiserade öppenvården eller slutenvården 5,5 gånger i snitt under 2016, (se tabell 4). För personerna i särskilt boende var genomsnittet 4,4 gånger under 2016. Särskilda boenden har ofta personal tillgänglig dygnet runt, vilket kan minska behovet av sjukhusbesök.

Tabell 4. Behov av vård och omsorg

Diagnoser, förskrivna läkemedel, vårdtillfällen och hemtjänsttimmar hos personer där anhöriga lämnar svar i undersökningen. Procent.

	Hemtjänst	Särskilt boende
Demensdiagnos	7,4	12,7
Antipsykotiska läkemedel	6,3	20,1
Olämpliga läkemedel	20,8	20,1
Vårdtillfällen*	5,5	4,4
Hemtjänsttimmar/månad	40	–

*Medelantal vårdtillfällen under 2016

Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret, SoL-registret, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2017, Socialstyrelsen.

Läkemedel

Den grupp som ingår i redovisningen nedan, särskiljer sig från den grupp som ingår i avsnittet *Läkemedel och besvär av ångslan, oro eller ångest*. Därmed är siffrorna också olika.

Intaget av läkemedel är en annan faktor som kan påverka den enskildes möjlighet att medverka i besvarandet av enkäten. När vi åldras förändras kroppen och det innebär att äldre personer kan reagera annorlunda på läkemedel [12]. Olämpliga läkemedel för äldre är just sådana läkemedel som kroppen kan reagera annorlunda på, på grund av just åldrandet. Generellt sett brukar man prata om att kroppen förändras särskilt när en person är 75 år och äldre, men kroppens åldrande kan skilja sig åt på individnivå.

Tabell 5 visar andelen som använder vissa läkemedel i hemtjänst och särskilt boende, samt i båda boendeformerna, där anhöriga besvarat webbenkäten utan den enskildes medverkan.

I de fall där en anhörig besvarat enkäten har 21 procent av personerna som är 75 år och äldre, och som bor hemma med stöd av hemtjänst, fått olämpliga läkemedel förskrivna. På riksnivå har 11,7 procent² av de som bor hemma med stöd av hemtjänsten fått olämpliga läkemedel förskrivna. I särskilt boende har 20 procent av de som var 75 år och äldre fått olämpliga läkemedel

² Viss skillnad i framtagandet av data. För den totala gruppen hämtades läkemedel ut för specifik dag i jämförelse med läkemedelsdata för undersökningsgruppen som hämtades för hela 2016.

förskrivna, där en anhörig besvarat enkäten utan den enskildes medverkan. Dessa siffror går att jämföra med den totala gruppen på särskilt boende, där 9,5 procent³ har fått olämpliga läkemedel förskrivna.

Tabell 5. Läkemedel i olika boendeformer

Förskrivning av olämpliga läkemedel och antipsykotiska läkemedel hos dem som bor hemma med stöd av hemtjänst samt bor i särskilt boende totalt samt dem i samma boendeformer där anhörig deltagit på egen hand i undersökningen, procent.

	Hemtjänst vid anhörig svar	Hemtjänst totalt	Särskilt boende vid anhörig svar	Särskilt boende totalt
Antipsykotiska läkemedel	6,3*	3,0	20,1*	14,7
Olämpliga läkemedel	20,8	11,7	20,1	9,5

*Från 65 år och äldre

Källa: Läkemedelsregistret, Öppna jämförelser; Vård och omsorg om äldre 2017, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2017, Socialstyrelsen.

Antipsykotiska läkemedel används ibland vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (se avsnittet *Läkemedel och besvär av ångslan, oro eller ångest*).

I tabell 5 redovisas användningen av antipsykotiska läkemedel. I ordinärt boende har 6 procent antipsykotiska läkemedel, och i särskilt boende har 20 procent dessa läkemedel (avser gruppen 65 år och äldre).

Av den totala gruppen, 75 år och äldre i ordinärt boende, har tre procent⁴ antipsykotiska läkemedel, medan det i särskilt boende är 14 procent⁵. Trots att siffrorna baseras på lite olika åldersindelningar är de jämförbara, eftersom medianåldern är 86 år vid inflyttning till särskilt boende. I hemtjänsten är medianåldern över 80 år, så även där bör siffrorna vara jämförbara.

En läkemedelsbehandling kan minska vård- och omsorgsbehovet hos den enskilde men kan dessvärre även medföra oönskade effekter. Behandling med olämpliga läkemedel kan leda till såväl demensliknande symtom som till en försämring hos den som redan lider av en demensdiagnos. Detta kan vara missgynnande för den enskilde och dennes anhöriga, eftersom omsorgsbehovet ökar för den enskilde. En god läkemedelsbehandling kan däremot minska vård- och omsorgsbehovet hos den enskilde, vilket då kan underlätta för anhöriga [32].

³ Viss skillnad i framtagandet av data. För den totala gruppen hämtades läkemedel ut för specifik dag i jämförelse med läkemedelsdata för undersökningsgruppen som hämtades för hela 2016.

⁴ Viss skillnad i framtagandet av data. För den totala gruppen hämtades läkemedel ut för specifik dag i jämförelse med läkemedelsdata för undersökningsgruppen som hämtades för hela 2016.

⁵ Viss skillnad i framtagandet av data. För den totala gruppen hämtades läkemedel ut för specifik dag i jämförelse med läkemedelsdata för undersökningsgruppen som hämtades för hela 2016.

Vidare arbete

Inför denna rapport samkörde Socialstyrelsen för första gången vad de äldre tycker om sin äldreomsorg med variabler ur de hälsodata- och socialtjänstregistret som myndigheten förvaltar.

Rapportens resultat visar att det behövs ytterligare studier för att beskriva vad som påverkar den enskildes upplevelser av sin vård och omsorg. Det känns relevant att få ökad förståelse om varför uppfattningen om omsorgen skiljer sig åt mellan ordinärt boende och särskilt boende, när det kommer till viss läkemedelsbehandling eller personer med multisjuklighet.

Utöver de frågor som synliggörs i denna rapport finns även andra områden som undersökningen påvisar men som inte denna rapport fördjupar sig i, exempelvis de stora skillnader som finns mellan och inom landets kommuner. Även om resultatet på riksnivå ligger stabilt över tid finns en svängning mellan kommuner som både kan förbättra och försämma sina resultat relativt mycket, vilket det inte finns tillräcklig kunskap om.

Rapporten är en början till att utreda nya sätt att öka förståelsen om personer med äldreomsorg och öppnar upp för vidare studier för att besvara frågor som inte har kunnat besvaras i denna rapport. På nationell nivå behövs fortsatta analyser, vilket även behövs på lokal nivå där det även är viktigt att se över hur väl de enskildas behov tillgodoses. Socialstyrelsen kommer under 2018 att arbeta med en fördjupad analys inom ramen för öppna jämförelser.

Referenser

1. Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling. Regeringskansliet; 2016.
2. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2015. Socialstyrelsen; 2015.
3. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016. Socialstyrelsen; 2016.
4. Nationell värdegrund för äldreomsorgen – ett vägledningsmaterial. Socialstyrelsen; 2012
5. Prop. 2009/10:116 Värddigt liv i äldreomsorgen.
6. Patientenkät.se. Enkät till primärvården 2016. Hämtad 2017-09-04 från <https://patientenkät.se/sv/resultat/primarvard-2016/>.
7. Esaiasson P, Gilljam M, Oscarsson H, Wängnerud L. Metodpraktikan. Norstedts juridik AB 2004.
8. Österman J, Hols Salén L. Beskrivning av bortfallet i undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" på särskilt boende i Stockholms län. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2013.
9. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – Kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen; 2014.
10. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2017.
11. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2014.
12. Läkemedelsboken. Hämtad 2017-11-20 från: <https://lakemedelsboken.se/>.
13. Undersökning om levnadsförhållanden 2016. SCB (www.scb.se).
14. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Resultat av sambearbetningar mellan kvalitetsregister och hälsodataregister. Socialstyrelsen; 2018.
15. Nationella riktlinjer – utvärdering 2015, diabetesvård. Socialstyrelsen; 2015.
16. Nationell utvärdering 2011, diabetesvård – Landstingens och kommunernas insatser. Socialstyrelsen; 2011.
17. Nationella riktlinjer – utvärdering 2015, hjärtsjukvård. Socialstyrelsen; 2015.
18. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2015.
19. De mest sjuka äldre, avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen; 2011.
20. 10 år med öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre – Jämförelser under åren 2007–2016. Socialstyrelsen; 2017.
21. SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
22. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2017-11-20 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/>.
23. Öppna jämförelser 2016 – En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2017.

24. Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, SoL-registret, Socialstyrelsen.
25. Kunskapsguiden. Hämtad 2017-11-10 från: <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Psykiskohalsa/Sidor/default.aspx>.
26. Socialstyrelsens statistikdatabas. Hämtad 2017-10-29 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/alldreomsorg>.
27. Dagverksamheter för äldre personer, kartläggning. Socialstyrelsen; 2013.
28. Ledsagning enligt LSS och SoL, Kartläggning av kommunernas insatser. Socialstyrelsen; 2010.
29. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2017. Socialstyrelsen; 2017.
30. Kunskapsguiden. Hämtad 2017-10-19 från: <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Individens-behov-i-centrum-IBIC/Sidor/default.aspx>.
31. Stöd till anhöriga, Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Socialstyrelsen; 2016.
32. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2010.
33. Patientregistret, Socialstyrelsen.
34. Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bilaga 1. Metodbeskrivning

Undersökningen 2017 genomfördes på i stort sett samma sätt som tidigare år. Majoriteten deltog genom att besvara en postenkät. I enkäten framgick att respondenterna hade möjlighet att ta del av och besvara frågorna i form av en webbenkät på flera olika språk (svenska, engelska, finska och arabiska). Årets enkätformulär publiceras som separata bilagor på Socialstyrelsens hemsida. Institutet för kvalitetsindikatorer i Göteborg AB (Indikator) samlade in uppgifterna och genomförde undersökningen på uppdrag av Socialstyrelsen.

Målpopulation

Undersökningens målpopulation var samtliga personer som fyllt 66 år senast den 31 december 2016 och som hade hemtjänst i ordinärt boende eller bodde i permanent särskilt boende den 31 december 2016.

Målpopulation – hemtjänst

I målpopulationen äldre med hemtjänst ingår personer som:

- fyllt 66 år senast den 31 december 2016
- bodde i ordinärt boende och hade ett verkställt biståndsbeslut om hemtjänst enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) den 31 december 2016 för minst en av insatserna service, personlig omvårdnad, ledsagning eller avlösning av anhörig i hemmet
- inte enbart hade matdistribution och/eller trygghetslarm
- kommunen hade ett uppföljningsansvar för och som fick hemtjänstinsatser från ett utförarkontor i en annan kommun eller stadsdel.

Målpopulation – särskilt boende

I målpopulationen äldre i särskilt boende ingår personer som:

- fyllt 66 år senast den 31 december 2016
- hade ett verkställt biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § SoL den 31 december 2016 om permanent särskilt boende enligt 5 kap 5 § SoL
- kommunen hade ett uppföljningsansvar för och som bodde i ett särskilt boende i en annan kommun eller stadsdel.

Rampopulation

Undersökningen har två rampopulationer – personer med hemtjänst och personer i särskilt boende – och så långt möjligt ska undersökningens resultat vara möjliga att redovisa på verksamhetsnivå.

För att få en komplett förteckning över verksamheterna uppmanas kommunerna inför varje år att uppdatera informationen om de utförare som verkar i respektive kommun och koppla personerna i målpopulationen till respektive verksamhet. Majoriteten, 285 av 290 kommuner, uppdaterade informationen för 2017.

För de fem kommuner som Socialstyrelsen inte kunde erhålla uppgifter från inhämtades individuppgifter per den 31 december 2016 från Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning för fyra kommuner. En utav de fem kommunerna hade inte fullständig SoL-data, vilket gjorde att undersökningen inte kunde skickas ut till berörda personer i den kommunen eftersom vi inte visste vilka individer som hade hemtjänst eller bodde på särskilt boende.

Det förekommer att personer byter utförare. Om kommunen vid uppgiftslämmandet kände till den nya utföraren angavs denna. I de fall kommunen visste att ett byte skulle komma att ske men inte visste till vilken utförare, eller om personen bytte senare under våren, angavs den utförare som var aktuell per den 31 december 2016 alternativt angavs "okänd utförare". Svaren från de personer som inte kunnat knytas till en utförare har lagts till kommunens totala resultat.

Inför enkätutskicken samkördes personuppgifterna med Skatteverkets avisering av befolkningsuppgifter för att få fram adressuppgifter till personer med hemtjänst eller särskilt boende.

Följande personer exkluderades från undersökningen innan enkäterna skickades ut:

- personer som hade avlidit
- personer som hade emigrerat efter den 1 januari 2017
- personer med hemtjänst som hade flyttat till en annan kommun efter den 1 januari 2017
- personer i särskilt boende som hade bytt bostadsadress efter den 1 januari 2017.

Datainsamling

Indikator har genomfört datainsamling och registrering på uppdrag av Socialstyrelsen. Insamlingen gjordes via postenkäter. Som alternativ till postenkäten kunde respondenterna delta via en webbenkät.

Enkäterna skickades ut mellan mitten av mars 2017 och slutet av maj 2017. Två påminnelser skickades ut under perioden. Med tanke på undersökningens storlek delades utskicken upp på ett flertal dagar för att underlätta den praktiska hanteringen.

Dataregistreringen gjordes maskinellt i en så kallad skanner. De inskickade och besvarade enkäterna kontrollerades översiktligt i samband med datainsamlingen.

Tillförlitlighet

Bortfallet är troligen skevt, och de som svarade är med största sannolikhet friskare än de som inte svarade på enkäten. Det kan påverka resultatet om de som svarar därmed är mer positiva till sin äldreomsorg än de som inte svarar.

En annan möjlig felkälla är att någon annan hjälper till att fylla i enkäten eller besvarar enkäten åt den enskilde. Då kan det bli hjälparens, inte den enskildes, åsikt som registreras. Det finns också en risk för att personer med demenssjukdom eller andra svåra sjukdomar inte representeras med sina åsikter

i undersökningen, om de själva inte kan besvara enkäten och inte heller har möjlighet att få hjälp av någon.

I de fall endast personal lämnar svar tas dessa bort från resultaten.

Ramtäckning

För att kvalitetsbedöma en undersökning är det viktigt att ta hänsyn till hur väl rampopulationen stämmer överens med målpopulationen, det vill säga hur väl man har nått de personer vars upplevelser ska mätas. Täckningsfel i form av under- respektive övertäckning innebär att urvalsramen och populationen inte helt stämmer överens.

Övertäckning innebär att personer ingår i ramen trots att de inte ska göra det. Exempelvis hade vissa kommuner svårt att exkludera personer som enbart hade larm och/eller matdistribution inom hemtjänsten eller som har korttidsplatser på särskilt boende. Socialstyrelsen har förhoppning om att minska den övertäckningen i framtida undersökningar i samarbete med kommunerna.

Undertäckning innebär att personer inte ingår i ramen trots att de borde göra det.

Mätfel

Det är möjligt att personer anger att de är nöjda med den vård och omsorg de har, trots att de inte är det. Vissa personer kan känna sig tacksamma och ger därför ett för högt omdöme, medan andra kanske försöker anpassa sig till ett förväntat svar.

Den enskilde har möjlighet att antingen få hjälp med att fylla i enkäten eller låta någon annan svara för sig. I första hand ska då en anhörig, vän eller bekant hjälpa den enskilde. Detta är dock en källa till mätfel, för om en anhörig eller annan person hjälper till finns risken att den enskilde anpassar sin åsikt efter vad den hjälpende personen vill höra.

Vissa personer kan inte heller själva uttrycka sin åsikt, till exempel vissa personer med demenssjukdom, i sådana situationer kan det vara svårt för någon annan att veta vad den enskilde tycker.

Körning mot Socialstyrelsens register

Patientregistret

Patientregistret innehåller information om avslutade vårdtillfällen i slutenvård och öppen specialistvård [33]. Det gör att vi kan se hur länge personer har vårdats, samt vilka diagnoser och vilka åtgärder de har fått. I registret finns däremot inga uppgifter om primärvård, eller om sådana åtgärder som utförs av andra yrkesgrupper än läkare (psykiatri undantaget).

Från patientregistret togs data från hela 2016. Från gruppen som deltog kördes de vanligaste diagnoserna fram, både huvud- och bidiagnos.

Diagnoserna grupperades sedan i diagnosgrupper för att innefatta grupper med olika sjukdomar. Grupperna som skapades var:

- Hjärtsjukdom och hypertoni (I00–I02, I05–I15, I20–I25, I30–I52),
- Ögonsjukdomar (H00–H59),
- Frakturer på lår, ländrygg och bäcken (S70–S79, S30–S39),
- Sjukdomar i urinorganen (N00–N39),

- Diabetes typ 2 (E11),
- Cerebral vaskulär (I60-I69),
- Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M00–M99),
- Influensa och lunginflammation (J09–J18)
- Symtom och sjukdomstecken från cirkulationsorganen och andningsorganen (R00–R09),
- Symtom och sjukdomstecken från matsmältningsorganen och buken (R10–R19),
- Demenssjukdom (F00–F03, G30),
- Kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna (J40–J47).

Svarsgrupperna som svarat på egen hand och svarat positivt respektive negativt på utvalda frågor kördes mot patientregistret för huvud- eller bidiagnos under 2016. Ytterligare diagnoser som vi valde att ta med var:

- Diagnoser som indikerar pågående alkoholmissbruk (F10.1–6, Z71.4)
- Yttre orsakskoder som indikerar en fallskada (W00–W19).

Andra variabler som inte berörde diagnoser togs även fram från patientregistret. Det innefattade antal vårdtillfällen och vårdtid under 2016.

Vid körning av gruppen med multisjuklighet använder en kod som finns tillgängligt under diarienummer 27634/2011. Koden inkluderar de individer som har minst tre diagnoser från olika diagnosgrupper enligt ICD-10 samt har varit inskrivna minst tre gånger inom slutenvården.

I undersökningen har vi samkört med hela gruppen som deltagit i undersökningen för hemtjänst eller särskilt boende. En individ behöver ha fått tre eller fler diagnoser under år 2016 för att finnas med i beräkningen, samt varit inskrivna minst tre gånger i slutenvården under 2016.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret innehåller alla läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek [34]. Vi kan genom detta register se hur många läkemedel personer har, och om de exempelvis har läkemedel som är klassade som olämpliga för äldre personer. Här ingår apodos (en försluten dosförpackning) som hämtas ut på recept. Ifall en verksamhet har ett centralt läkemedelsförråd så registreras dock inte dessa läkemedelsuttag i läkemedelsregistret.

Läkemedelsregistret kördes mot uppgifter från maj 2016 till maj 2017. Tiden valdes då det är ett år tillbaka från undersökningen 2017 avslutades. Eftersom undersökningen genomförs årligen, är maj 2016 då föregående års undersökning avslutades.

Från läkemedelsregistret körde fem olika variabler:

- Tre eller fler psykofarmaka (N05A, N05B, N05C, N06A)
- Sömnmedel (N05C)
- Medelantal läkemedel
- Antipsykotiska läkemedel (N05A exkl. N05AN)
- Olämpliga läkemedel för äldre

Olämpliga läkemedel för äldre kördes mot gruppen 75 år och äldre eftersom det beräknas vara då kroppens funktioner förändras på ett sådant sätt att läkemedel blir olämpliga på grund av påverkan.

Olämpliga läkemedel för äldre fastslogs vara följande: N05BA01, N05CD02, N05CD03, A03AB, A03BA, A03BB, A04AD, C01BA, G04BD exkl. G04BD12, M03BC01, N02AG, N04A, N05AA02, N05AB04, N05AF03, N05AH02, N05BB01, N06AA, R06AA02, R06AA04, R06AE05, R06AD, N02AX02, N05CM06, N02AJ06, N02AJ09, R05DA04, A10BB0, C02CA04.

Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, SoL-registret

SoL-registret innehåller uppgifter om socialtjänstinsatser till äldre och till personer med funktionsnedsättning [23]. Vanliga insatser till äldre är särskilt boende, hemtjänst i ordinärt boende samt trygghetslarm.

SoL-registret kördes mot uppgifter från maj 2016 till maj 2017. Tiden valdes utifrån samma argument som läkemedelsregistret. Uppgifter från registret kördes mot svarsgrupperna som svarat på egen hand och svarat positivt respektive negativt på utvalda frågor. Uppgifter som hämtades var antal beviljade hemtjänststimmar och hemtjänstinsatser. De kördes mot dem i ordinärt boende som har stöd från hemtjänst.