

Vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Andelen av de allra äldsta som bor i särskilt boende har minskat kraftigt under de senaste tjugo åren, samtidigt som andelen som får omfattande hemtjänst ökat något. Underlag saknas för att bedöma om den utökade hemtjänsten för de äldsta kompenserat neddragningen i särskilt boende och vilka effekter för de äldre denna förändring fått.
- Socialstyrelsen konstaterar också att en ökad andel av de mest sjuka äldre bor i ordinärt boende. År 2012 bodde 72 procent av de mest sjuka äldre i ordinärt boende, motsvarande siffra år 2007 var 66 procent.
- De mest sjuka äldre som bor hemma vårdas mer på sjukhus och oftare av specialistläkare i öppenvård jämfört med de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende. De läggs in på sjukhus oftare samtidigt som de stannar där i fler dygn.
- Det har skett en viss ökning av andelen av personalen som har högre utbildning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre.
- Förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre har minskat.
- Allt fler äldre är födda utomlands, år 2000 var 9 procent av alla 65-åringar eller äldre födda utomlands och år 2012 hade andelen ökat till 12 procent. Den nationella patientenkäten visar att äldre patienter med annat modersmål än svenska känner sig sämre bemötta än patienter med svenska som modersmål.
- Äldre med kortare utbildning besöker specialistläkare i öppenvård mer sällan än äldre med längre utbildning. Detta mönster skiljer sig från annat vårdutnyttjande då äldre med kortare utbildning oftare läggs in på sjukhus, äter fler läkemedel och oftare bor i permanent särskilt boende.

Aktuell utveckling

I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen den äldre befolkningens hälsoutveckling. Vidare beskriver vi förändringar i den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre.

Sveriges befolkning blir allt äldre

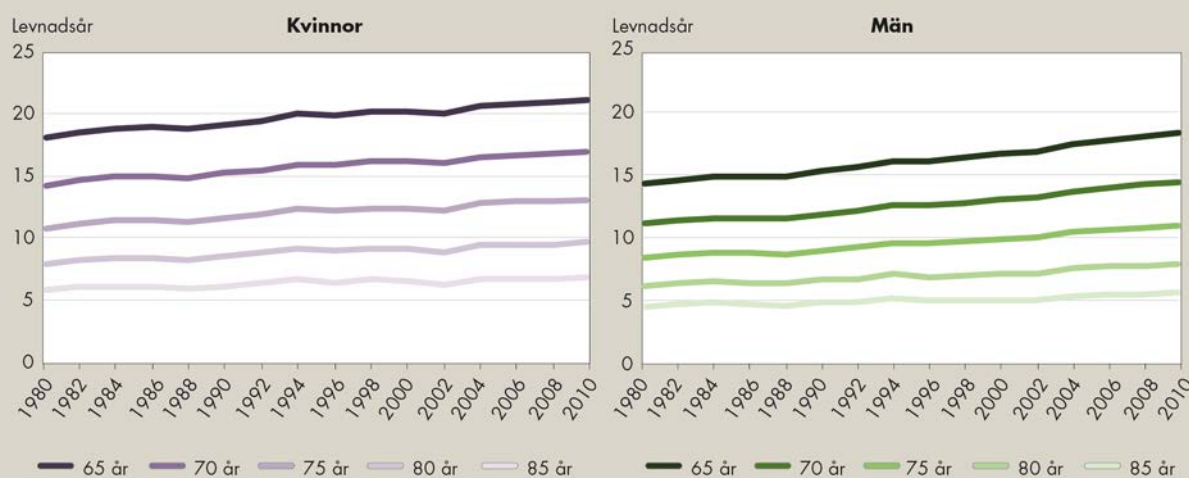
De som är 65 år och äldre utgör i dag 19 procent av befolkningen mot 17 procent för trettio år sedan. Om ytterligare trettio år beräknas andelen äldre ha ökat till 24 procent enligt Statistiska centralbyråns prognoser. Andelen i befolkningen som är under tjugo år beräknas däremot inte förändras i någon större grad, och andelen personer i så kallad förvärvsaktiv ålder – mellan 20 och 64 år – förutses minska.

Under de senaste 50 åren har medellivslängden ökat. Detta är framförallt till följd av att dödligheten i övre medelåldern har minskat, men även därför att de äldre lever allt längre. Man kan också konstatera att under de senaste 30 åren har funktionsförmågan och det allmänna hälsotillståndet hos äldre successivt blivit bättre. Det är också framförallt efter 80 års ålder som nedsatt hälsa blir mycket vanligt förekommande.

För kvinnor och män som i början på 2010-talet hade uppnått 65 års ålder, var den återstående förväntade livslängden 21 respektive 18,4 år. Jämfört med 1980 ökade den återstående livslängden vid 65 års ålder med 3 år bland kvinnor och 4,1 bland män. För äldre personer i alla åldersgrupper såväl 70-, 75-, 80- som 85-åringar – har den återstående medellivslängden ökat under perioden 1980–2010 (figur 7:1).

Figur 7:1. Förväntad återstående medellivslängd för personer i 65 års ålder och äldre, 1980–2010

Kvinnor och män i åldrar 65, 70, 75, 80 och 85.



Källa: Register över totalbefolkning, Statistiska centralbyrån.

Antalet levnadsår med god hälsa ökar mer än medellivslängden

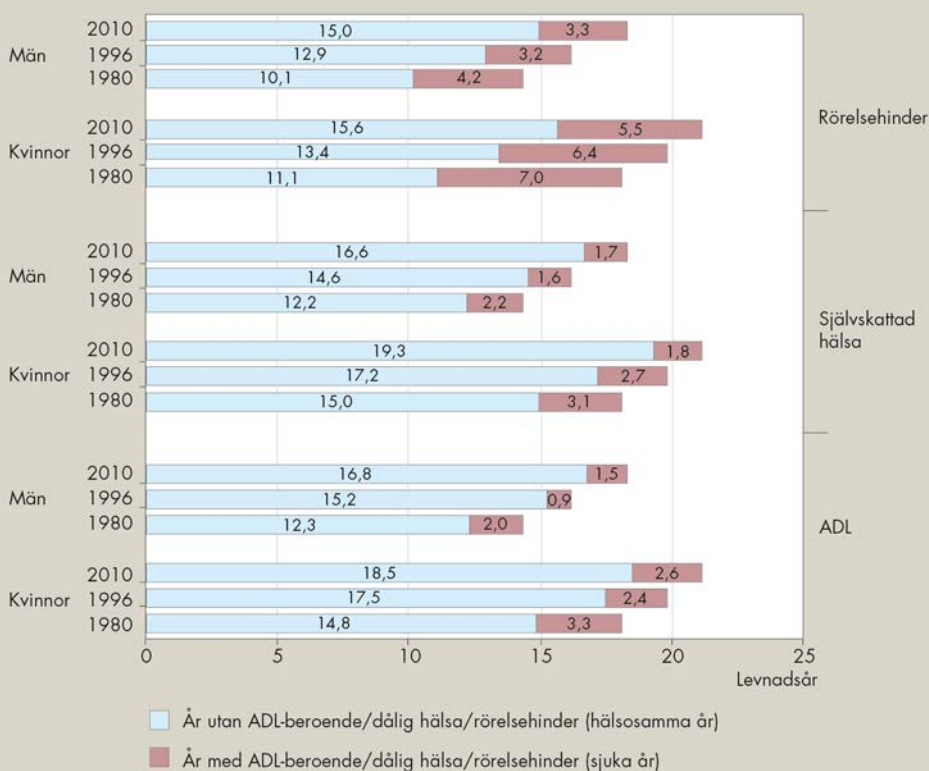
Den ökade livslängden från 65 års ålder innebär ett tillskott av år utan ohälsa, det vill säga att sjukligheten kommer allt senare i livet. Det gäller för självupplevd hälsa och flera olika mått på funktionsnedsättning visar en studie av äldres hälsoutveckling under de senaste trettio åren [1].

Ökningen av medellivslängden bestod av friska år, det vill säga år med bibehållen ADL-förmåga⁵³, fria från rörelsehinder samt med god självuppskattad hälsa (figur 7:2). Den längre livslängden har såldes inneburit att åren med ohälsa kommer senare i livet, för alla de undersökta hälsomått.

Antalet år med god hälsa ökade mer än vad den återstående livslängden gjorde, nämligen upp till 5 år beroende på valet av hälsomått. Att hälsosamma levnadsår ökar mer än medellivslängden är resultatet av att de år som livet förlängs med är hälsosamma [1].

Figur 7:2. Förväntat antal levnadsår med eller utan hälsobesvär

Personer som var 65 år gamla 1980, 1996 respektive 2010, utifrån olika hälsomått. Kvinnor och män.



Källa: Undersökningar av levnadsförhållanden och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

⁵³ ADL betyder *Aktiviteter i Dagligt Liv* och omfattar aktiviteter som en person måste utföra om han eller hon vill leva ett självständigt liv. Dessa aktiviteter indelas vanligen i två olika aktivitetsområden. Personligt ADL, vilket omfattar aktiviteter kring den egna personen (till exempel födointag, toalettbesök och personlig hygien), samt instrumentell ADL, vilket omfattar aktiviteter som rör boendet eller fritiden (till exempel matlagning, inköp och städning). Med ADL-förmåga avses hur väl man klarar att självständigt utföra dessa aktiviteter och ett vårdbehov uppkommer när man ofrivilligt blir beroende av hjälp för att sköta en eller flera aktiviteter.

Även den återstående livslängden vid 75 respektive 85 års ålder har ökat, och för personer som har uppnått dessa högre åldrar kan man förvänta sig att antalet år med god hälsa kommer att öka mer än vad livslängden gör.

Resurser för vård och omsorg

Fortsatt omstrukturering inom vård och omsorg

Totalt sett minskar andelen personer i befolkningsgruppen 65 år och äldre som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. Antalet som får hemtjänst har visserligen ökat under perioden 2007–2012, men inte andelen (tabell 7:1). Andelen i befolkningen som får hemtjänstinsatser var ungefär samma år 2012 som 2007, cirka 12 procent, medan antalet hemtjänsttagare har ökat med drygt 20 000 personer under samma period. Samtidigt fortsätter såväl antalet som andelen personer 65 år och äldre som bor permanent i särskilt boende att minska, från cirka 6 procent 2007 till cirka 5 procent 2012.

Tabell 7:1. Personer 65 år och äldre som har vissa insatser den 1 oktober respektive år, 2007–2012

Antal och andel i befolkningen, avrundade värden.

Årtal	Befolkning 65+ år	Därav									
		Har hemtjänst i ordinärt boende*		Bor permanent i särskilt boende		Beviljade korttidsboende		Har personlig assistsans enligt LSS		Deltar i dag- verksamhet	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
2007	1 608 413	198 900	12,37	97 500	6,06	8 900	0,55	300	0,02	10 600	0,66
2008	1 645 081	201 900	12,27	96 700	5,88	8 700	0,53	400	0,02	11 500	0,70
2009	1 690 777	205 700	12,17	95 400	5,64	8 500	0,50	400	0,02	IU	IU
2010	1 737 246	211 000	12,15	93 980	5,41	8 100	0,47	500	0,03	11 500	0,66
2011	1 784 668	220 600	12,36	92 200	5,17	7 800	0,44	500	0,03	11 500	0,64
2012	1 828 283	219 600	12,01	90 500	4,95	7 800	0,43	600	0,03	11 200	0,61

*Bland dem som har hemtjänst i ordinärt boende inkluderas även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källa: Sol-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Befolkningsstatistik, SCB.
Uppgifter från mängdstatistik: hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende, personlig assistans.
Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Socialstyrelsen har tidigare visat att omfördelningen av antalet timmar med hemtjänst har förändrats [2]. Antalet äldre som får omfattande insatser från hemtjänsten ökar, samtidigt som antalet äldre personer med få timmar (det vill säga 1–9 timmar per månad) minskar.

År 2007 hade 53 500 personer beslut om 1–9 timmar och 2012 var motsvarande antal 51 400 personer, vilket är en minskning med 2 100 personer. Antalet äldre med beslut om 25 eller fler timmars hemtjänst ökade från 52 400 till 59 100 personer under samma tidsperiod. Det har även skett vissa förändringar i övriga insatser för äldre. Antalet äldre personer med beslut om korttidsboende har minskat med 1 100 personer. Antalet personer med

biståndsbeslutad dagverksamhet har ökat något, men andelen av befolkningen med sådan insats är mer eller mindre oförändrad (tabell 7:1).

En ökande andel hemtjänstinsatser sker i enskild regi (tabell 7:2) jämfört med kommunal regi. Andelen hemtjänststimmar som utfördes i enskild regi ökade från 13 till 23 procent mellan 2007 och 2012. Det är ungefär lika stora andelar personer som bodde i särskilda boenden som drivs i enskild regi under perioden.

Tabell 7:2. Olika former av insatser fördelade efter typ av regi 2007–2012

År	De beviljade hemtjänststimmar*, fördelade efter typ av hemtjänstföretagens regi		Personerna i särskilt boende, fördelade efter typ av boendes regi	
	Kommunal %	Enskild %	Kommunal %	Enskild %
2007	87	13	86	14
2008	84	16	84	15
2009	83	17	83	17
2010	81	19	81	19
2011	80	20	80	20
2012	77	23	79	21

*Bland dem som har hemtjänst i ordinärt boende inkluderas även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källa: Sol-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Befolkningsstatistik, SCB.

Uppgifter från mängdstatistik: hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende, personlig assistans.

Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Omfattningen av äldreomsorgen bland de allra äldsta har minskat

Andelen bland de allra äldsta, personer i åldern 80 år och äldre, som fick kommunalt finansierad äldreomsorg genom hemtjänst eller särskilt boende, var drygt 45 procent i början av 1990-talet (tabell 7:3). År 2012 var motsvarande siffra cirka 38 procent, vilket innebär en minskning om drygt 8 procent. Den stora förändringen över tid beror på att det totala antalet äldre i särskilt boende har minskat med cirka 23 000 personer mellan åren 1993 och 2012.⁵⁴ För de allra äldsta (80 år och äldre) minskade andelen personer 80 år eller äldre som bodde i särskilt boende från knappt 22 till knappt 15 procent⁵⁵ eller med cirka 21 500 personer under samma tidsperiod.

⁵⁴ Här inkluderas både permanent och korttidsboende för att skapa jämförbarhet över tid.

⁵⁵ Beträffande underlaget finns inte jämförbara uppgifter om antalet hjälptagare i hemtjänsten respektive boende i särskilt boende över tid. Förklaringen är att sättet att definiera hemtjänst respektive särskilt boende har förändrats under åren. Detta har korrigerats så långt som möjligt i ovanstående sammanställning. De vidare definitionerna av hemtjänst och särskilt boende innebär ett större antal personer med hemtjänst respektive boende i särskilt boende, än efter 1999. Skillnaderna är dock inte så stora att de förrycker den trendmässiga utvecklingen. Uppgifterna från 2000-talet har en god kvalitet.

Andelen allra äldsta som får hemtjänst har ökat. År 1993 hade cirka 23 procent av alla personer 80 år och äldre hemtjänst och 2012 var motsvarande andel cirka 22 procent. Mellan 1993 och 2012 ökade antalet personer i denna grupp som fick hemtjänst med 18 300. Eftersom antalet personer med hemtjänst minskade under 1990- talet, döljer det långa tidsperspektivet en betydande ökning i antalet personer som fått hemtjänst under det senaste 10 åren (tabell 7:3).

Tabell 7:3. Antal personer som beviljats hemtjänst eller särskilt boende åren 1993, 1997, 2001, 2006 och 2012.

		Alla med hemtjänstinsatser*			Alla i särskilt boende**			Alla som antingen har hemtjänst eller bor i särskilt boende
		Alla åldrar (Antal)	Alla 80+ år (Antal)	Täckningsgrad*** för personer 80+ år	Alla åldrar (Antal)	Alla 80+ år (Antal)	Täckningsgrad*** för personer 80+ år	Täckningsgrad*** för personer 80+ år
Årtal	1993	149 700	92 200	23,2	121 300	89 400	22,5	45,7
	1997	130 100	84 800	19,8	130 700	97 700	22,9	42,7
	2001	121 700	84 800	18,3	127 100	99 400	21,7	40,0
	2006	140 300	102 000	20,9	107 600	86 600	17,7	38,6
	2012	152 400	110 500	22,2	98 300	77 900	15,6	37,8
Förändring i täckningsgrad****		A = -1,0 R = -0,4			A = -6,9 R = -30,7			A = -7,9 R = -17,3

* t.o.m. år 2000 inkluderades personer med hemsjukvård i gruppen med hemtjänst.

** t.o.m. år 2000 inkluderades personer med tillfälligt boende i gruppen med permanent särskilt boende.

*** Den andel bland alla personer 80 år och äldre som har hemtjänst/särskilt boende.

**** A = Förändring i täckningsgrad (1993–2012) i absoluta tal. B = Förändring i täckningsgrad (1993–2012) i relativa tal.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen. Uppgifterna är hämtade från Sveriges officiella statistik 1994, 1998, 2002, 2007 och 2012.

I tabell 7:4 redovisas uppgifter om hemtjänstinsatsernas omfattning (det vill säga beviljat antal timmar hemtjänst per månad). Insatsernas storlek ökade kraftigt under 1990-talets början, för att sedan sjunka tillbaka till en lägre nivå vid 2000-talets början (tabell 7:4). Sedan 2001 har det åter skett en ökning av andelen personer 80 år och äldre som får hemtjänstinsatser i större utsträckning. Gränsen på 25 timmar eller mer används för att beteckna omfattande hemtjänst.

Tabell 7:4. De allra äldsta med längre hemtjänstinsatser under perioden 1993–2012

Personer 80 år och äldre med beviljade hemtjänstinsatser på 25 timmar eller mer i månaden, åren 1993–1995, 2001, 2006 och 2012.
Andel alla 80 år och äldre med beviljad hemtjänst. Procent.

Årtal	Personer med 25 timmar eller mer i månaden
	Andel alla 80+ med hemtjänst
	Procent
1993	37,6
1994	38,7
1995	40,8
2001	37,1
2006	38,6
2012	41,8

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

Kraftig ökning av antalet äldre med RUT-tjänster

Det så kallade RUT-avdraget infördes vid halvårsskiftet 2007 och innebär att privatpersoner får göra skatteavdrag på högst 50 000 kr per år för hushållsnära tjänster (till exempel städning, fönsterputs och enklare trädgårdsarbete). Det går också att göra avdrag för hjälp av omsorgskaraktär, till exempel hjälp med personlig hygien samt på- och avklädning [3].

Användningen av RUT-tjänster har ökat bland äldre (65 år och äldre). Under 2008 var det drygt 29 000 personer 65 år och äldre som gjorde avdrag, det vill säga mindre än 2 procent av alla äldre, och år 2012 hade antalet ökat till 179 000 personer, eller nästan 10 procent av alla i den åldersgruppen. Troligen var andelen som använde tjänsterna större med tanke på att många i parrelationer bara gjorde RUT-avdrag på en av inkomsterna. Den del av befolkningen som procentuellt mest använder RUT-tjänster är ensamstående kvinnor över 64 år [4]. Enligt en rapport från Socialstyrelsen är det lika vanligt för äldre att köpa städtjänster privat som att få hjälp av närstående [5].

Under perioden 2008–2012 minskade antalet äldre som hade 1–9 timmar hemtjänst per månad med cirka 2 600 personer. Under samma period ökade antalet äldre som utnyttjade RUT-tjänster med cirka 150 000. Socialstyrelsen vet inte om det är de äldre personer som annars skulle ha fått hemtjänst som nu använder RUT-tjänster.

För att pensionärer ska kunna göra fullt RUT-avdrag krävs att de har en inkomst på minst 260 000 kronor per år. Under inkomståret 2011 hade 20 procent av personer över 64 år en sådan eller högre inkomst.

Tabell 7:5. Genomsnittliga pensioner i kommuner med högsta respektive lägsta andel användare av RUT-tjänster

Kommuner	Andel alla pensionärer som utnyttjar RUT 2012	Genomsnittlig pension 2012
	%	Tkr
<i>Med högsta andel användare</i>		
Danderyd	23	252
Höganäs	20	180
Vellinge	18	205
Lomma	16	199
Båstad	15	178
Täby	15	220
<i>Med lägsta andel användare</i>		
Dorotea	-	145
Arjeplog	1	150
Gällivare	2	165
Övertorneå	2	151
Skinnskatteberg	2	162
Malå	2	154

Källa: Skatteverket.

År 2012 utnyttjades RUT-avdraget mest i de kommuner där de äldre hade höga inkomster⁵⁶ och på motsvarande sätt var det framför allt i kommuner med låga pensioner som RUT-avdraget utnyttjades minst (tabell 7:5). En orsak, förutom låga pensioner, kan vara att det fortfarande saknas företag som erbjuder RUT-tjänster i vissa kommuner.

Anhöriga som omsorgsgivare

Den ökade medellivslängden innebär att allt fler personer i de förvärvsarbetande åldrarna 45–64 år kommer att ha äldre anhöriga i livet. Även om samhällets vård och omsorg riktad till de äldre är omfattande i Sverige, kan man inte bortse från behovet av anhörigas insatser.

Enligt Folkhälsoinstitutets årliga folkhälsoenkäter hjälper cirka 10–11 procent av den vuxna befolkningen sina sjuka eller gamla närstående på olika sätt. Detta är vanligast i åldrarna 45–64 år och vanligare bland kvinnor än män.

Enligt Statistiska centralbyråns *Undersökningar om levnadsförhållanden* gav närmare en fjärdedel (24 procent) bland personer 55 år och äldre regelbunden hjälp till en äldre, sjuk eller funktionshindrad person i det egna hemmet eller utanför hushållet.

I största allmänhet ger kvinnor vård och omsorg i större utsträckning än män, och de står också oftare ensamma med dessa åtaganden. Äldre som behöver hjälp får den alltså oftare av döttrar än av söner och döttrarnas insat-

⁵⁶ Det vill säga förvärvsinkomst inkl. pensioner.

ser har ökat över tid. Bland dem som ger omsorg dominerar personer i förvärvsaktiv ålder. Enligt Socialstyrelsens undersökning från 2012 [6] uppgav 8 procent av de som svarade och som var i förvärvsaktiv ålder att de hade varit tvungna att gå ner i arbetstid på grund av sitt vårdåtagande, och 3 procent uppgav att de hade lämnat sitt eget arbete av detta skäl. Det motsvarar nästan 100 000 personer i befolkningen.

Utöver att ge vård, omsorg eller tillsyn tar anhöriga även ofta ett stort ansvar för att samordna hemtjänst, sjukvårdskontakter, läkemedelsanskaffning och andra insatser. Konsekvenserna av att svara för vård, omsorg och tillsyn av en närstående kan innebära ökade risker att själv drabbas av ohälsa, sämre ekonomi, social isolering och försämrad livskvalitet [6].

Äldre får både vård och omsorg

En ökad andel av de mest sjuka äldre bor i ordinärt boende. Socialstyrelsens avgränsning av målgruppen de mest sjuka äldre är personer som antingen har omfattande vårdinsatser eller omsorgsinsatser. Ungefär 12 procent har hjälp med både vård och omsorg

Tabell 7:6. Mest sjuka äldre (65+ år), fördelade efter boendeform, 2007–2012

Antal och andel.

Årtal*	Alla äldre 65+ år	Därav			Allra mest sjuka äldre 65+ år	Därav	
		Mest sjuka	Mest sjuka i särskilt boende	Mest sjuka i ordinärt boende		I särskilt boende	I ordinärt boende
		Antal	%	%		%	%
2007	1 608 413	17,5	5,9	11,5	281 000	34	66
2008	1 645 081	18,2	5,7	12,4	299 000	32	68
2010	1 737 246	17,1	5,2	11,8	296 700	31	69
2011	1 784 668	17,1	5,1	12,0	305 100	30	70
2012	1 828 283	17,2	4,8	12,4	315 200	28	72

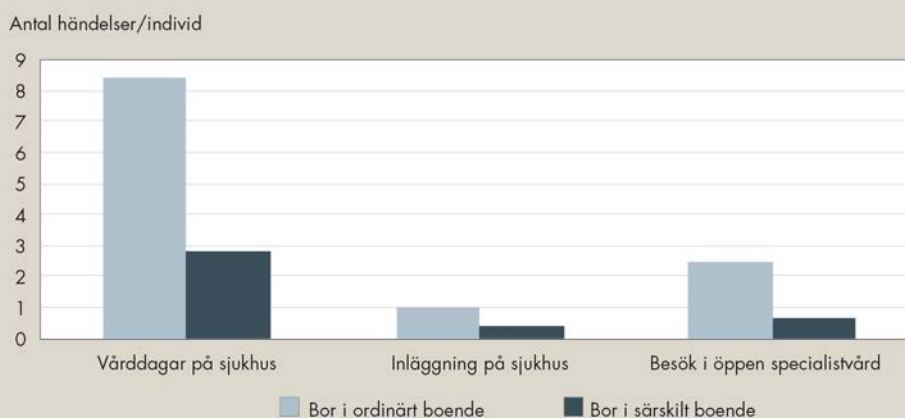
*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009.

Källa: Patientregistret, SoL-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

Andelen mest sjuka äldre har varit relativt stabil sedan 2007 då mätningarna började. År 2007 tillhörde 17,5 procent av befolkningen 65 år och äldre, gruppen de mest sjuka äldre, 2012 var motsvarande andel 17,2 procent (tabell 7:6). Andelen mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende har ökat till 72 procent år 2012 jämfört med 66 procent år 2007.

Figur 7:3. Omfattningen av de mest sjuka äldres vårdkonsumtion under 180 dagar, 2007–2011

Genomsnittligt antal händelser per individ.



Källa: Patientregistret, Sol-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

Omkring 40 procent av de mest sjuka äldre har insatser från både socialtjänstens äldreomsorg och öppen och sluten specialistläkarvård. Andelen mest sjuka äldre som även har sjukvårdsinsatser från primärvård eller hemsjukvård är eventuellt ännu större men går inte att mäta. Andelen som bor i ordinärt boende med endast serviceinsatser (till exempel städning, tvätt, inköp) från hemtjänsten har minskat något sedan 2007. Samtidigt ökar andelen som får stöd med personlig omvårdnad (till exempel på- och avklädning, personlig hygien). År 2011 hade ungefär två tredjedelar av de mest sjuka äldre i ordinärt boende både serviceinsatser och hjälp med personlig omvårdnad från hemtjänsten. Ungefär 75 procent hade trygghetslarm, 10 procent hade beslut om korttidsboende och knappt 7 procent hade dagverksamhet.

De mest sjuka äldre som fortfarande bor hemma vårdas mer på sjukhus och av specialistläkare i öppenvård jämfört med de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende. De läggs i genomsnitt in på sjukhus fler gånger per år samtidigt som de stannar där fler dygn (figur 7:3).

Kunskapsbaserad vård och omsorg

En kunskapsbaserad vård och omsorg ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunskapsbaserad vård och omsorg förutsätter dessutom kompetent personal med relevant utbildning. I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen hur personalresurserna och personalens yrkeskompetens har utvecklats. Balansen mellan den långsiktigt beräknade tillgången och efterfrågan på personal tas också upp.

Antalet anställda ökar

Antalet anställda inom den offentligt finansierade äldreomsorgen har ökat med cirka 10 000 personer under de senaste åren. Framförallt har det skett en

ökning av antalet anställda inom enskilt driven äldreomsorg på kommunalt uppdrag.

Tabell 7:7. Antal anställda samt antal årsanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre*, 2008–2012

Anställda av	Anställningsform	Antal anställda respektive år				
		2008	2009	2010	2011	2012
Kommuner*	Månadsanställda	152 554	146 132	142 730	140 644	140 147
	Timanställda	34 497	33 300	34 501	34 401	34 906
Enskilda utförare**	Månadsanställda	22 795	25 788	27 187	35 161	39 529
	Timanställda	5 155	5 876	6 572	8 600	9 845
Totalt antal anställda		215 001	211 096	210 989	218 806	224 427
Totalt antal årsanställningar exkl. långtidsfrånvaro***		148 800	156 700	150 000	157 200	161 200

*Antal anställda inom vård och omsorg om äldre respektive funktionsnedsättning har fördelats på de båda verksamheterna med stöd av hur kostnaderna har fördelats enligt räkenskapsammandraget för respektive år.

Gruppen timanställda har reducerats vad gäller s.k. PAN-anställningar (anställd som personlig assistent, ledsagare eller avlösare av enskild funktionsnedsatt brukare) vilket innebär en viss justering jämfört med tidigare lägesrapporter.

**Antalet anställda hos enskilda utförare har skattats med stöd av den andel av verksamheten som bedrivits i enskild regi, enligt Socialstyrelsens verksamhetsstatistik för respektive år. 2011 års siffror har omräknats efter felskrivning i 2013 års lägesrapport.

***Med långtidsfrånvaro avses frånvaro 30 dagar eller längre för föräldraledighet, sjukdom, studier m.m.

Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Under perioden 2008–2012 har en allt större andel av den kommunalt finansierade äldreomsorgen utförts av enskilda utförare.⁵⁷ Under perioden 2008–2012 har antalet månadsanställda inom enskilt driven äldreomsorg ökat med nästan 17 000 personer, vilket gör att antalet månadsanställda inom vården och omsorgen om äldre har ökat med totalt cirka 5 000 personer. Om man lägger till de timanställda har antalet ökat med nästan 10 000 under samma period (tabell 7:7). Däremot har antalet månadsanställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre i egen regi däremot minskat med cirka 12 000 personer under de senaste fem åren.

Ett annat mått på tillgänglig arbetstid är antalet anställningar omvandlat till heltidsanställningar, så kallade årsanställningar. Som framgår av tabell 7:7 har antalet årsanställningar ökat med 12 400 under de senaste fem åren, eller med närmare 9 procent.

Viss ökning av andelen personal med högre utbildning

Kommunernas vård och omsorg karaktäriseras av att merparten av personalen har en gymnasial vård- och omsorgsutbildning och att bara en mindre del har en eftergymnasial utbildning inom vård och omsorg.

Socialstyrelsens jämförelse mellan åren 2008 och 2012 visar att det har skett en viss förändring av sammansättningen av personal när det gäller utbildningsnivå (tabell 7:8). Mest har antalet undersköterskor och rehabiliteringspersonal ökat under perioden, med cirka 12 procent. Under samma pe-

⁵⁷ Den enskilt drivna verksamheten förutsätts i våra uträkningar ha samma personalbemanning som den kommunalt drivna äldreomsorgen.

riod har antalet vårdbiträden minskat med cirka 7 procent. Om detta beror på att befintliga vårdbiträdestjänster har omvandlats till underskötersketjänster, eller om det också innebär en ökad utbildningsnivå med krav på examen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram går inte att utläsa av statistiken. Sammanlagt har antalet vårdbiträden och undersköterskor ökat med totalt 4 procent.

Tabell 7:8. Antal månadsanställda* fördelade på vissa yrkeskategorier i den kommunalt finansierade vården och omsorgen

Både kommunala och enskilda utförare

Yrkesgrupp	2008	2012	Förändring 2008–2012	Förändring i relation till 2008
	Antal	Antal	Antal	%
Ledningsarbete	6 307	6 192	-115	-1,8
Handläggare	1 131	944	-187	-16,5
Administratörer	1 667	1 780	113	6,8
Sjuksköterskor	8 586	9 124	538	6,3
Arbets terapeuter	2 077	2 330	253	12,2
Sjuktymnaster	1 290	1 447	157	12,2
Vårdbiträden	60 659	56 655	-4 004	-6,6
Undersköterskor	75 776	84 775	8 999	11,9
Övrigt vård- och omsorgsarbete**	17 876	16 468	-1 408	-7,9
Totalt	175 369	179 715	4 346	2,5

För fördelningsprinciper, se förklaring () och (**) till tabell 7:7.

Fördelningen av personal har förutsatts vara den samma för kommunala som enskilda utförare, med undantag för gruppen handläggare som enbart är kommunalanställda.

**Personalstorlek inom äldreomsorgen har uppskattats att utgöra samma andel av all personal inom äldre- och funktionshinderområdet totalt som äldreomsorgens andel av totala kostnader för detta område. Därför är det sannolikt att i gruppen övriga ingår många personliga assistenter och rehabiliteringspersonal som saknar relevant utbildning och som kanske inte ens jobbar inom äldreomsorgen.

Tabellen är inte direkt jämförbar med tabell 7:7 i 2013 års lägesrapport. Det beror på att (1) i 2013 års lägesrapport ingår inte PAN anställda och (2) årets siffror har även justerats pga. räknepel i 2013 års redovisning.

Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar i sin tillsynsrapport för 2013 av vård och omsorg om äldre [7] att äldreomsorgen har svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. Detta gäller i mycket hög utsträckning under sommarsemestrarna.

För lite gerontologi och geriatrik i utbildningarna

En mycket stor del av den hälso- och sjukvård och socialtjänst som utförs går till personer som är 65 år eller äldre. Denna andel förväntas öka under 2020-talet eftersom antalet äldre som är över 80 år enligt SCB:s befolkningsprognoser kommer att öka mycket kraftigt.

I november 2011 hade enbart 3,6 procent av de sjuksköterskor som arbetar inom den kommunala vården och omsorgen en specialistutbildning i geriatrik. Under år 2011 avslutade 53 sjuksköterskor en specialistutbildning med

inriktning mot äldre och geriatrik. Av dessa kommer troligen enbart en dryg tredjedel att arbeta i den kommunala äldreomsorgen. I november 2011 var antalet verksamma läkare med specialistutbildning i geriatrik 510 personer, vilket var en liten ökning sedan 2007 med 14 personer. Under 2012 var det 27 personer som fick en specialistlegitimation i geriatrik, vilket inte täcker pensionsavgångarna inom gruppen [8].

Kompetensförsörjningen är av central betydelse för vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att öka andelen sjuksköterskor med specialistutbildning inom vården och omsorgen om äldre, liksom andelen med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi. Socialstyrelsen anser även att det är angeläget att fler läkare och sjuksköterskor ges specialistutbildning alternativt vidareutbildning inom äldrepsykiatri som från och med 2014 är ett eget medicinskt specialitetsområde.

Landstingen erbjuder fortbildningsinsatser

Femton av nitton tillfrågade landsting hade under de senaste två åren erbjudit personalen fortbildningsinsatser för att öka kompetensen om de mest sjuka äldres vårdbehov, det visar en ny kartläggning som Socialstyrelsen genomfört [9]. Exempel på tema för fortbildningsinsatserna är

- neurorehabilitering
- stroke
- demens
- nutrition
- palliativ vård
- fall
- motiverande samtal
- läkemedel till äldre
- geriatrisk omvårdnad
- självmordsrisk
- patientsäkerhet
- samordnad individuell vårdplanering.

De flesta landsting svarade att de hade erbjudit personal inom primärvården fortbildning, samt att även privata utförare av primärvård och personal som arbetar inom den slutna specialistvården hade erbjudits detta. Drygt hälften svarade att personal som arbetar vid akutmottagningar och i den öppna specialistvården fortbildas [9].

Många har fått värdegrundsutbildning

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen utgår från de nya bestämmelser som skrevs in i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, den 1 januari 2013 och som handlar om att äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Med anledning av den nya värdegrunden pågår det omfattande aktiviteter inom äldreomsorgen för att utveckla arbetssättet. Det bedrivs bland annat en omfattande kompetensutveckling som är nära knuten till det dagliga arbetet med äldre. I studiecirkelform och under arbetsplatsmöten diskuterar personalen vardagsnära frågor, till exempel gott bemötande, hur trygghet och

meningsfullhet skapas och hur personalen kan bli bättre på att lyssna till de äldre och ta tillvara deras vilja och önskemål.

Under 2012–2013 har cirka 2 110 chefer inom äldreomsorgen slutfört högskoleutbildningen *Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen*. Det innebär att arbetsledare från 215 av landets 290 kommuner har deltagit. Utbildningen är på 7,5 högskolepoäng och handlar inte bara om den nationella värdegrunden, utan även om hur man som chef förmedlar kunskap och teorier om etik och humanism, samt hur man kan utforma en förändringsprocess med stöd av den nationella värdegrunden. Dessutom har cirka 300 chefer slutfört en fördjupningsutbildning.

Under hösten 2012 fick 164 kommuner del av stimulansmedel för att utbilda värdegrundsledare eller socialt ansvariga samordnare för att stödja värdegrundsarbetet i personalgrupperna. Under 2013 fick 131 kommuner del av medlen, 91 av dem hade beviljats medel även 2012.

Socialstyrelsen startade hösten 2013 *Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen*. Utbildningen är på 30 högskolepoäng och är till största delen webbaserad. Syftet med utbildningen är att stärka och utveckla kompetensen hos enhetschefer och ledare inom äldreomsorgen. Under hösten 2013 hade cirka 820 ledare inom äldreomsorgen påbörjat utbildningen [10].

Många saknar yrkesförberedande utbildning

Socialstyrelsen har i allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre preciserat vilka grundläggande kunskaper vårdbiträden, undersköterskor och motsvarande minst bör ha. De allmänna råden redovisar tolv områden som personalen bör ha grundläggande kunskaper om och förmåga i. De allmänna råden anger att det går att tillägna sig dessa kunskaper och förmågor på två sätt:

- gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande utbildning
- 1 100 poäng i programgemensamma kurser i karaktärsämnena⁵⁸ och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik.

Personalen bör även få tillräckliga kunskaper för att kunna förstå, tala, läsa och skriva svenska språket (en veckas heltidsstudier motsvarar 20 poängs gymnasieutbildning).

Regeringen ger genom det så kallade Omvårdnadslyftet stöd till kommuner och enskilda utförare som ger fler medarbetare dels grundläggande kompetens, dels fördjupad kompetens för specialiserade uppgifter. Under 2013 har Socialstyrelsen förmedlat 293 miljoner kronor till 202 kommuner inom Omvårdnadslyftet. De utbildningar som kommunerna och enskilda vårdföretag har prioriterat är gymnasieskolans kurser

- Vård och omsorgsarbete 1 och 2
- Medicin 1
- Psykiatri 1
- Hälsovetenskap

⁵⁸ Med karaktärsämnen avses: Hälsovetenskap, Medicin 1, Etik och människans livsvillkor. Psykiatri 1, Psykologi 1, Vård och omsorgsarbete 1 och 2, samt specialpedagogik 1.

- Etik och människans livsvillkor.

År 2012 var 14 procent av de cirka 8 700 elever som påbörjat en utbildning inom Omvårdnadslyftet anställda av enskilda utförare. Det var 5 procent som genomförde vidareutbildningar på yrkeshögskolan eller högskolan, framförallt inom demens, psykiatri och palliativ omvårdnad och åldrande [10].

Socialstyrelsens webbaserade Äldreguiden visar hur stor andel av de månadsanställda vårdbiträdena och undersköterskorna på varje enhet för särskilt boende och hemtjänst som har minst 1 000 poäng i karaktärsämnen inom vård- och omsorgsprogrammet eller inom motsvarande utbildning.

Andelen personal i särskilt boende som har en sådan yrkesförberedande utbildning har ökat från 76 till 86 procent mellan 2008 och 2013. För personal i hemtjänst finns motsvarande uppgifter bara för åren 2009 till 2012. Under den tiden ökade andelen med grundutbildning från 67 till 75 procent.⁵⁹

Olämplig läkemedelsförskrivning till äldre minskar

Sjukdom i kombination med åldersrelaterade fysiologiska förändringar gör äldre mer känsliga för vissa läkemedel [11]. Symtom som orsakas av läkemedel kan missuppfattas som ett nytt medicinskt problem och leda till att den äldre personen får ytterligare läkemedel. Det finns därför ett stort behov av att fördjupa kunskapen om hur en omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

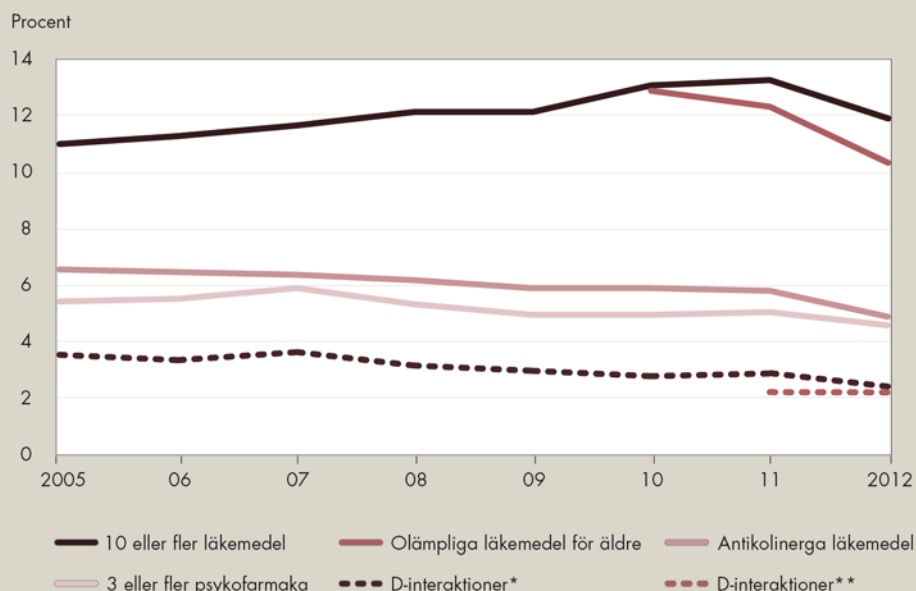
Personer som är 80 år och äldre använder i dag i genomsnitt drygt fem olika läkemedel per person. Äldre som är multisjuka och äldre som bor i särskilt boende är på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar mest känsliga för läkemedel. Personer i denna grupp får i genomsnitt närmare tio läkemedel per person [12].

Figur 7:4 visar att förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos personer 80 år och äldre i huvudsak har minskat under perioden 2005–2012. Förändringen har mätts med hjälp av fem olika indikatorer.

⁵⁹ År 2013 ströks denna fråga i Socialstyrelsens öppna jämförelser till hemtjänsten på grund av brister i svaren. Det gör att tidigare års redovisning för hemtjänsten troligen får tolkas med stor försiktighet.

Figur 7:4. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta 2005–2012

Andel personer 80 år och äldre som förskrivs olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer, den 31 december respektive år.



*Analysen av interaktioner baserades t.o.m. 2011 på den källa som användes i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige) som är en sammanställning av läkemedelfakta från läkemedelsindustrin till olika förskrivare av läkemedel, främst läkare och apotekspersonal. FASS utges årligen av Läkemedelsindustriföreningens Service AB (LIF).

**Fr.o.m. 2011 baseras analysen på en annan källa, SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing), numera tillgänglig i flertalet patientjournalssystem.

Källa: Patientregistret, Sol-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

Även om andelen personer i den patientgrupp som behandlas med tio eller fler läkemedel hade ökat fram till 2011, visade den senaste mätningen år 2012 en minskning med cirka 1,5 procent från det föregående året. Den omfattande läkemedelsanvändningen låg alltså på samma nivå år 2012 som år 2008, och var bara marginellt högre än den som hade uppmätts 2005, det vill säga sju år tidigare.

Ett flertal förbättringar i kvaliteten i läkemedelsbehandlingen har också skett under 2005–2012, bland annat en långsam men kontinuerlig minskning i användningen av antikolinerga läkemedel⁶⁰ som kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre, och samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka har också minskat. Sedan 2010 ses också en minskning med 20 procent av förskrivning av läkemedel som är olämpliga för äldre.⁶¹

⁶⁰ Antikolinerga läkemedel blockerar signalsubstansen acetylcholin i hjärnan. De omfattar bland annat medel mot urinläckage (inkontinens), det lugnade medlen hydroxizin (Atarax) och alimemazin (Alimemazin, Theralen) och den äldre typen av antidepressiva medel (tricykliska antidepressiva).

⁶¹ Socialstyrelsens indikator preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger. Indikatoren anger andelen (procent) personer som använder följande läkemedel: långverkande bensodiazepiner (N05BA01, N05CD02, N05CD03), läkemedel med antikolinerga effekter, tramadol (N02AX02) och propiomazin (N05CM06). Andelen ska vara så låg som möjligt. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, Socialstyrelsen, 2010.)

Mellan 2007 och 2012⁶² har det också skett en minskning med över 30 procent i förekomsten av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner, det vill säga sådana kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras omsättning eller verkan på ett sätt som kan leda till allvarliga biverkningar eller utebliven effekt.⁶³

Säker vård och omsorg

Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och rättstillämpningen ska grunda sig på lagen samt vara tydlig och förutsägbar. I detta avsnitt tar Socialstyrelsen upp lex Sarah-anmälningar.

Lex Sarah-anmälningar inom äldreomsorgen

I det här avsnittet redovisas erfarenheter från lex Sarah-anmälningar inom äldreomsorgen under 2013 med utgångspunkt i en sammanställning av de ärenden som har beslutats av Socialstyrelsen och av Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL och i 24 b–24 g §§ och 23 e § LSS finns bestämmelserna om lex Sarah. Lex Sarah gäller även för verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse. Enligt lex Sarah ska anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS. Den som bedriver verksamheten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till IVO.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

Vanliga allvarliga missförhållanden och orsaker

Socialstyrelsens tillsynsavdelning respektive IVO har under perioden 1 januari–1 november 2013 fattat handlagt och fattat beslut 404⁶⁴ ärenden som avser lex Sarah-anmälningar inom verksamhetsområdet äldreomsorg. Redogörelsen baseras på dessa 404 lex Sarah-anmälningar.⁶⁵

Kommunen har varit huvudman för verksamheten i drygt 75 procent av de lex Sarah-anmälningar där tillsynsmyndigheten har fattat beslut under 2013, och enskilda verksamheter i knappt 25 procent.

⁶² Sedan 2011 baseras analysen av interaktioner på en annan källa än tidigare (se förklaringar i figur 7:4). Den nya källan ger upphov till lägre värden på indikatorn, men eftersom den bara har genererat två mätpunkter (för år 2011 och 2012), är det för tidigt att uttala sig om den långvariga utvecklingen.

⁶³ De vanligaste olämpliga kombinationerna i D-klassen är acetylsalicylsyra i lågdosberedning (Trombyl) tillsammans med antiinflammatoriska läkemedel av typen NSAID (ökad blödningsrisk), samt ett kaliumsparande diuretikum tillsammans med kalium (risk för hyperkalemi dvs. ökad halt av kalium i blodet som kan leda till kammarflimmer och död).

⁶⁴ Avser inkomna ärenden där Socialstyrelsen/IVO har fattat beslut och där de regionala tillsynsenheterna inrapporterat data som översänts till Socialstyrelsen/IVO.

⁶⁵ Under hela 2013 fattades det beslut i 606 ärenden inom området äldreomsorg, vilket är en ökning cirka 165 ärenden jämfört med föregående år. Analysen i detta avsnitt grundar sig endast på beslutade och inrapporterade ärenden perioden 1 januari–1 november 2013.

De allra flesta allvarliga missförhållanden har inträffat i särskilda boendeformer och hemtjänst i ordinärt boende. De vanligast förekommande allvarliga missförhållanden inom äldreomsorgen i de ärenden där Socialstyrelsen respektive IVO har fattat beslut är

- att en beviljad insats inte har blivit utförd alls
- att en beviljad insats har utförts på ett felaktigt sätt
- brister i bemötande
- ekonomiska övergrepp.

Åtgärder vid allvarliga missförhållanden

För att avhjälpa eller undanröja de allvarliga missförhållandena eller de påtagliga riskerna för allvarliga missförhållanden har de som bedriver verksamheterna vidtagit åtgärder inom följande områden:

- Kommunikation och information
- Rutiner och riktlinjer
- Utbildning, kompetens och handledning
- Organisation, bemanning och arbetsledning
- Lokaler, teknik och utrustning.

I knappt en tredjedel av lex Sarah-ärendena har arbetsrättsliga åtgärder vidtagits. När det gäller några allvarliga missförhållanden (främst stölder och fysiska övergrepp) har de även polisanmälts för att rättsväsendet (polis, åklagare och domstol) ska ta ställning till om handlingarna är brottsliga.

Tillsynsmyndighetens granskning av lex Sarah-anmälningar

Socialstyrelsens respektive IVO:s granskning av lex Sarah-anmälningar inom äldreomsorgen har visat att de flesta rapporterade missförhållanden är utredda i tillräcklig omfattning och att verksamheten har vidtagit åtgärder för att avhjälpa eller undanröja det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för ett allvarligt missförhållande. Socialstyrelsen respektive IVO har avslutat dessa ärenden utan ytterligare åtgärder. I 19 ärenden har det under de första tio månaderna 2013 fattats beslut med krav på åtgärder från den som bedriver verksamheten.

I ungefär en tredjedel av ärendena har verksamheterna dock fått komplettera utredningarna. Orsaken har varit att det har saknats uppgifter enligt kraven på vad en utredning ska innehålla enligt Socialstyrelsens föreskrifter (5 kap. SOSFS 2011:5). I många fall har utredningens fokus legat på vem eller vilka som har gjort fel i den aktuella situationen, snarare än på att finna det som brustit i verksamhetens organisation, det vill säga på systemnivå.

I några få fall har Socialstyrelsen respektive IVO även öppnat nya tillsyns-ärenden för att granska hur kommunen eller den enskilda verksamheten tillämpar bestämmelserna om lex Sarah (verksamhetstillsyn). Det har varit i fall då en begäran om kompletteringar och påpekanden angående brister i den berörda verksamhetens lex Sarah-utredningar inte har lett till något resultat [13].

Individanpassad vård och omsorg

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, och hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad.

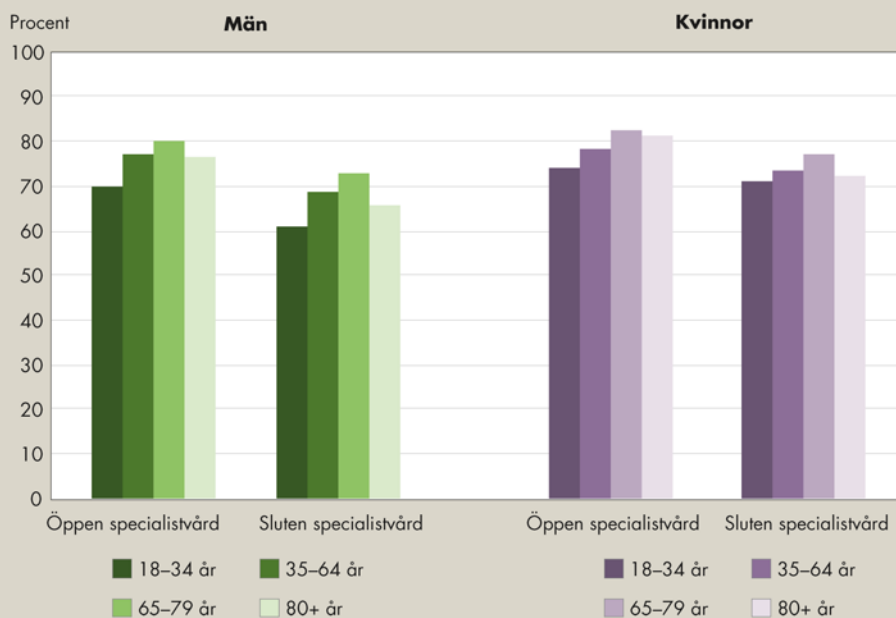
De flesta äldre anser att de får gott bemötande – men inte alla

Enligt resultaten i den nationella patientenkäten tyckte majoriteten av patienterna i äldrevården att de hade blivit bemötta på ett bra sätt i sina kontakter med vården.⁶⁶ Bilden är dock inte entydig. Vid jämförelsen mellan patienter i fyra åldersgrupper (18–34, 35–64, 65–79 och 80+ år) framträder ett tydligt mönster att ju äldre patienterna blir, desto fler anser sig ha fått gott bemötande – dock med undantag för den äldsta gruppen (figur 7:5) som är nöjd i mindre grad. Ett annat mönster är att män i alla åldersgrupper anser sig ha blivit bra bemötta i större utsträckning än kvinnor, samt att patienter inom den öppna specialistvården är nöjda med bemötandet i större utsträckning än patienter inom den slutna vården.

⁶⁶ Data använda i avsnittet kommer från den nationella patientenkäten som under våren 2012 genomfördes bland patienter som antingen var inlagda på sjukhus (bland 80 000 patienter inom slutna specialistvård) eller som kom till specialiserad vård vid öppna sjukhusmottagningar, (bland drygt 180 000 patienter inom öppen specialistvård), exklusive akutmottagningar och barnsjukvård. Undersökningen genomfördes i samtliga landsting och regioner bland patienter som sökte vård för kroppsliga åkommor, dvs. som kom till somatisk vård. Enkäten besvarades av 45 000 patienter inom den slutna vården och drygt 100 000 patienter inom den öppna vården.

Figur 7:5. Gott bemötande i vården, 2012

Andel patienter i olika typer av vårdkliniker som anser att de har fått gott bemötande*. Kvinnor och män i fyra åldersgrupper som fick vård inom specialiserad öppen alternativt sluten klinik.



* Om patienten anser att han eller hon i kontakter med vården helt och hållet har känt sig delaktig, blivit bemött med respekt och fått tillräcklig information (inklusive de som tyckte att de inte behövde information).
Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Ojämnt bemötande

Fortsättningsvis begränsas beskrivningen till att gälla enbart äldre, det vill säga personer 65 år och äldre.

Mönstret att män anser sig vara bemötta på ett bra sätt oftare än kvinnor stärks om man analyserar de tre ingående aspekterna av gott bemötande, nämligen att

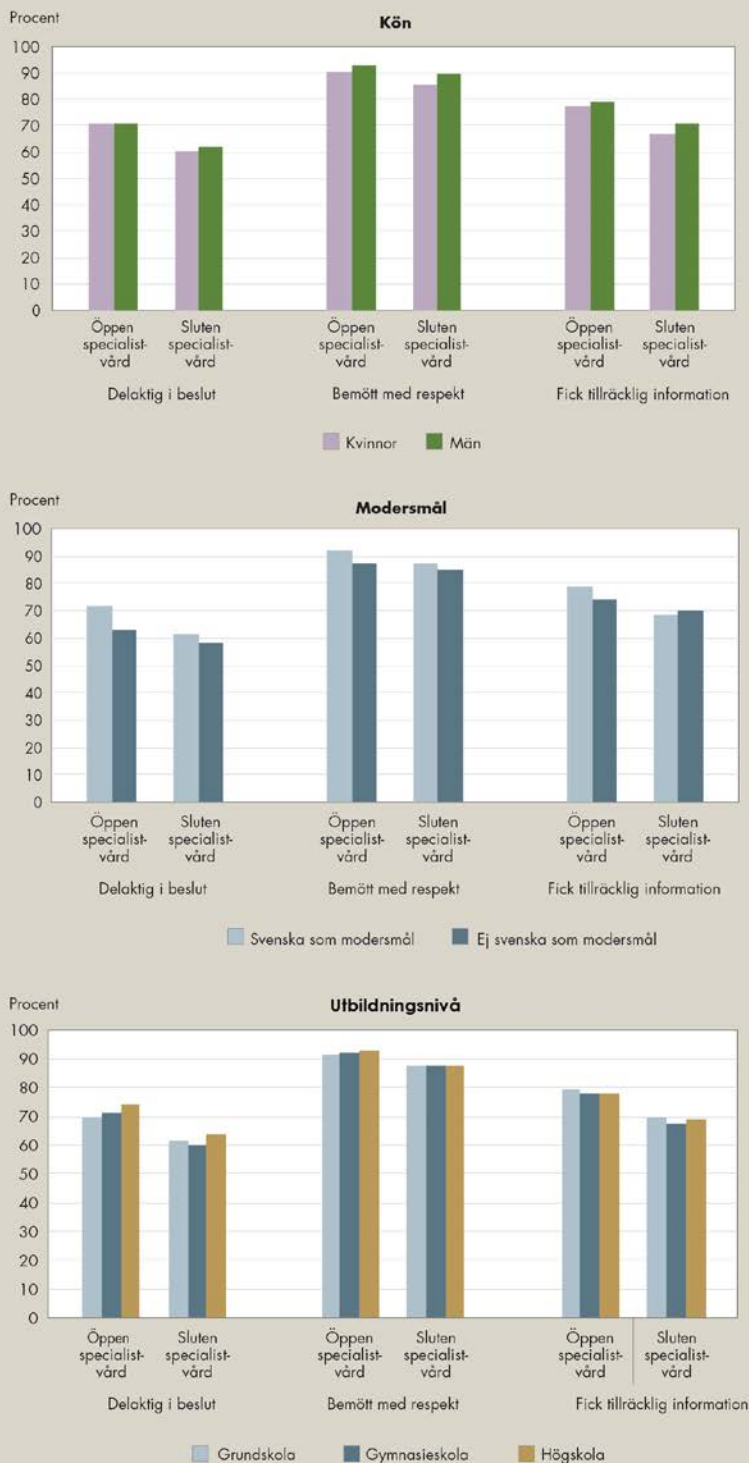
- delta i beslut
- bli bemött med respekt
- få tillräckligt med information.

Enligt figur 7:5 var det bara bland patienter inom den öppna specialistvården som en lika stor andel (71 procent) kvinnor som män kände sig delaktiga.

Annars var det genomgående fler män än kvinnor som uppgav att de blivit helt och hållet bemötta med respekt (93 respektive 91 procent inom den öppna vården samt 86 respektive 89 procent inom den slutna vården) samt att de fått tillräckligt med information (79 respektive 77 procent inom den öppna vården samt 67 respektive 71 procent inom den slutna vården).

Figur 7:6. Äldre i olika befolkningsgrupper som tycker att de fick ett gott bemötande i vården, 2012

Andel patienter i ålder 65+ i olika typer av vårdkliniker som anser att de helt och hållet deltog i beslut som rörde dem, blev bemötta med respekt eller fick tillräckligt med information¹. Kvinnor och män, personer med svenskt respektive ej svenskt modersmål samt personer med högst grundskole-, gymnasie- och högskoleutbildning som fick vård i specialiserad öppen alternativt sluten somatisk klinik. Procent.



Det finns också tydliga skillnader när det gäller personer med svenska som modersmål och andra, där äldre patienter med ett annat modersmål än svenska ansåg sig ha blivit bra bemötta mer sällan än dem med svenska som modersmål (figur 7:6). Exempelvis ansåg 71 procent bland öppenvårdspatienter med svenska som modersmål att de varit delaktiga i beslut, medan motsvarande andel bland öppenvårdspatienter med ett annat modersmål än svenska var 63 procent. Bara när det gäller tillgången till information angav de med ett annat modersmål än svenska i högre utsträckning än de med svenska som modersmål att de var nöjda. Det gäller dock bara patienter inom slutenvården.

Skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper pekar inte genomgående i samma riktning. Fler patienter med högre utbildning tyckte att de var delaktiga i beslut, jämfört med patienter med högst grundskoleutbildning, och ungefär samma andel i alla tre utbildningsgrupperna tyckte att de blivit bemötta med respekt (över 92 procent inom den öppna vården och över 87 procent inom den slutna vården). När det gäller tillgången till information, var patienter med högre utbildning något mindre nöjda än patienter med bara grundskola.

Sammanfattningsvis visar dessa resultat att vården inte är jämlik när det kommer till bemötande. Speciellt tydligt är det att kvinnor och personer med ett annat modersmål än svenska känner sig sämre bemötta i större utsträckning än män respektive patienter med svenska som modersmål. En annan intressant skillnad är att patienter oftare upplever dåligt bemötande när de vårdas innerliggande på sjukhus jämfört med när de besöker den specialiserade öppna vården.

Majoriteten tycker att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål

Under 2013 genomförde Socialstyrelsen en totalundersökning om äldres uppfattningar av vård och omsorg. Redovisningen handlar om att fånga det som är relevant för de äldre, men ger inte en heltäckande beskrivning av förhållandena inom vården och omsorgen av äldre. Totalt 139 388 personer över 65 år svarade på enkäten (99 469 personer med hemtjänst och 39 919 personer som bor i särskilt boende). Bortfallet är förhållandesvis stort, cirka 70 procent av de äldre med hemtjänst i ordinärt boende och cirka 57 procent av de äldre inom särskilda boenden svarade på enkäten. Socialstyrelsen vet sedan tidigare studier att de som inte svarar generellt har en sämre hälsa och är mindre nöjda med sin vård och omsorg än äldre som mår bra. Detta kan påverka resultaten. Resultaten kan också påverkas om det är någon annan än den äldre som hjälper till att fylla i enkäten eller har besvarat enkäten åt den äldre eftersom det då kan bli hjälparens åsikt och inte den äldres som registreras. I årets undersökning lämnades 79 procent av svaren på hemtjänstområdet och 39 procent av svaren för särskilda boenden av de äldre själva. Sammanfattningsvis speglar resultaten i rapporten ett stort antal personers upplevelser av äldreomsorgen, men samtliga äldre finns inte representerade.

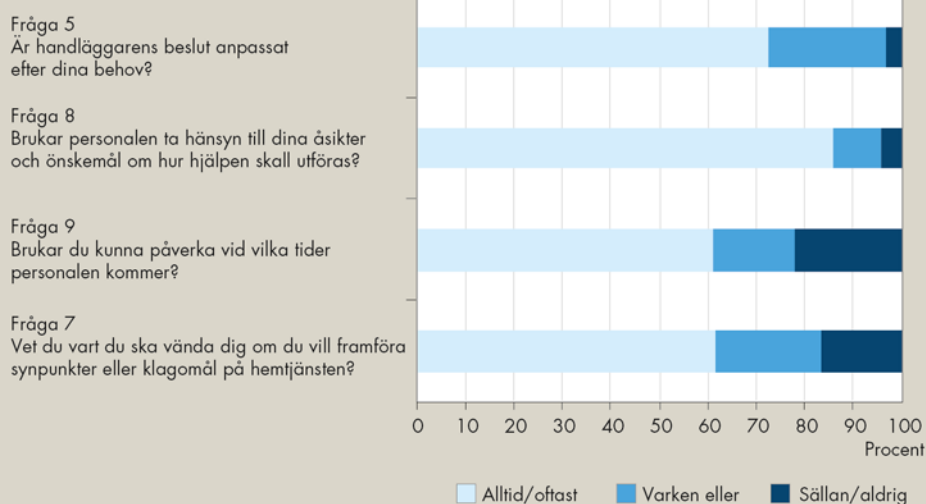
I Socialstyrelsens undersökning från 2013 om äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och särskilda boenden uppgav en majoritet av de äldre inom särskilda boenden, 88 procent, att de fått plats på det boende där de ville bo. Av äldre med hemtjänst svarade 73 procent att handläggarens beslut var anpassat efter deras behov och 62 procent svarade att de helt eller delvis fått välja utförare av hemtjänsten [14].

Flertalet äldre personer (65 år och äldre) var ganska eller mycket nöjda med den vård och omsorg de fått inom särskilda boenden (83 procent) eller hemtjänsten (89 procent). Nästan alla äldre uppgav att bemötandet från personalen var bra och de flesta var trygga med sitt särskilda boende (90 procent) eller sin hemtjänst (87 procent). Majoriteten av de svarande tyckte att personalen alltid eller oftast brukade ta hänsyn till deras åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, 79 procent inom särskilda boenden och 86 procent av dem som hade hemtjänst. Samtidigt svarade fler än var femte inom särskilda boenden att de sällan eller aldrig upplevde att personalen tog hänsyn till deras åsikter och önskemål (figur 7:7 och figur 7:8).

Av de svarande inom särskilda boenden uppgav 59 procent att de alltid eller oftast kan påverka vid vilka tider personalen kommer. Av äldre med hemtjänst svarade 61 procent att de alltid eller oftast kan påverka tiderna. Många äldre, 22 procent, inom särskilda boenden och med hemtjänst upplevde dock att de sällan eller aldrig kan påverka vid vilka tider de får hjälp. Av äldre inom särskilda boenden svarade 30 procent också att personalen sällan eller aldrig informerar i förväg om tillfälliga förändringar, och 18 procent av äldre med hemtjänst svarade samma sak.

Figur 7:7. Äldre om inflytande och delaktighet i hemtjänst

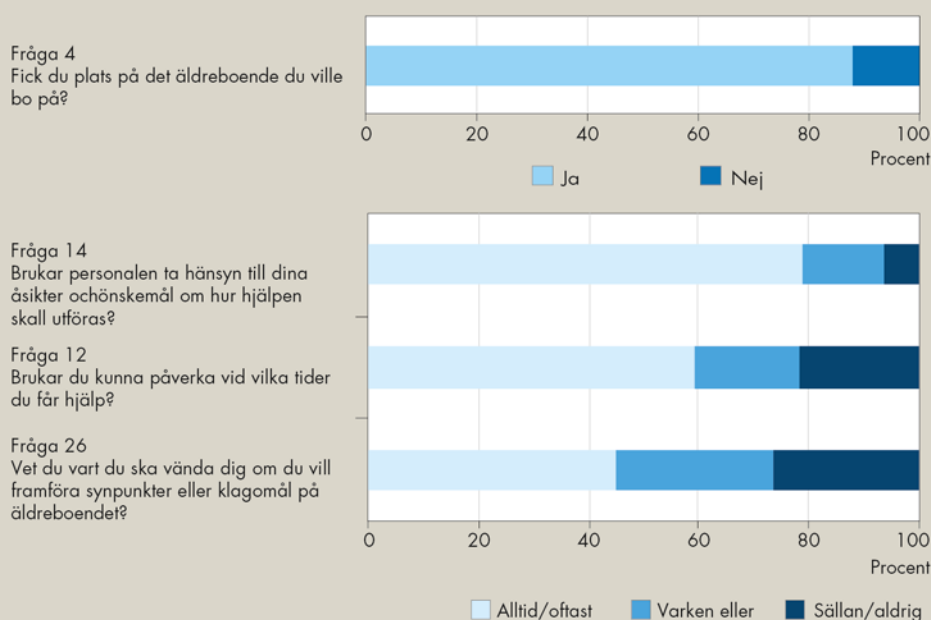
Personer 65+ år som har beviljade hemtjänstinsatser.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2013, Socialstyrelsen.

Figur 7:8. Äldre om inflytande och delaktighet i särskilt boende

Personer 65+ år som bor på särskilda boenden.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2013, Socialstyrelsen.

Endast 45 procent av de äldre inom särskilda boenden svarade att de vet vart de ska vända sig för att framföra klagomål eller synpunkter. Av äldre med hemtjänst svarade sex av tio att de vet vart de ska vända sig om de vill framföra klagomål eller synpunkter på hemtjänsten.

Fler än var femte på särskilda boenden hade känt sig kränkt en eller flera gånger under det senaste året, och andelen är ungefär lika som förra året. Av äldre inom särskilda boenden uppgav 4 procent (2 036 personer) att de hade känt sig kränkta flera gånger. Fler än var tionde med hemtjänst hade känt sig kränkt av personalen under det senaste året, och av dem var det knappt 2 procent (1 043 personer) som hade gjort det flera gånger. Andelarna var ungefär dubbelt så höga bland äldre på särskilda boenden jämfört med äldre med hemtjänst.

De vanligaste exemplen på upplevda överträdelser från personalens sida var respektlöshet i tilltal, miner, blickar eller gester, hårdhänthet från personalen (till exempel hårda grepp vid omvårdnad) samt stöld av saker, pengar eller läkemedel [14].

Jämlik vård och omsorg

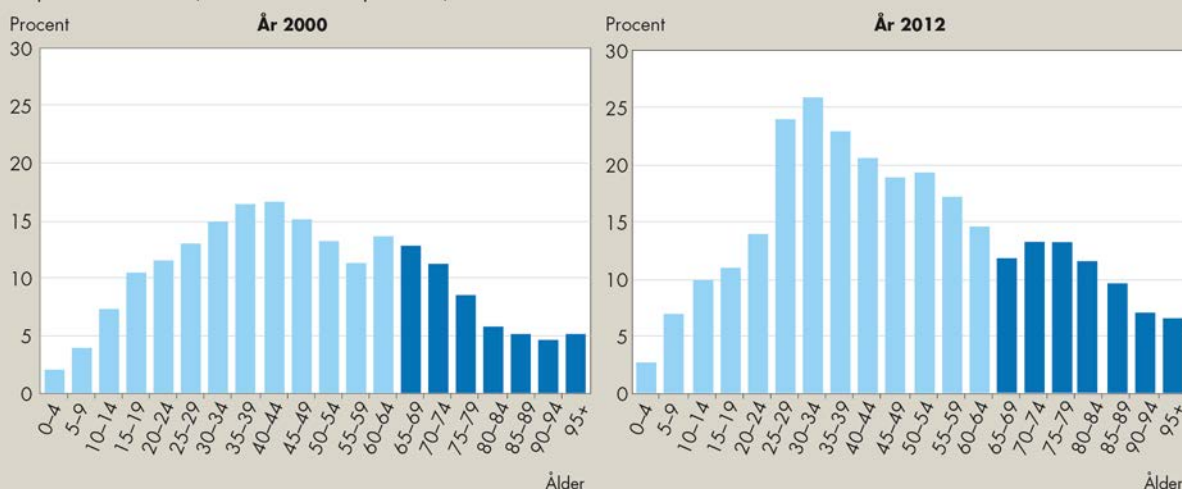
Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

Allt fler äldre är födda utomlands

År 2012 var nästan 16 procent av Sveriges befolkning född utomlands. Personer födda i utlandet är oftast i genomsnitt yngre än befolkningen i övrigt, men med tiden blir det ändå allt fler äldre som är födda utomlands och som har ett annat modersmål än svenska.

Figur 7:9. Befolkningssammansättning i Sverige efter ålder och födelseland år 2000 och 2012

Personer födda utomlands i 5-års klasser. Andel av totalbefolkning den 31 december år 2000 (totalt 8 882 792 personer) respektive år 2012 (totalt 9 555 893 personer). Procent.



Källa: Register över totalbefolkning, Statistiska centralbyrån.

Under det senaste decenniet har antalet äldre utrikes födda ökat från cirka 142 000 personer till närmare 212 000 personer. År 2000 var 9 procent av alla 65-åringar eller äldre födda utomlands och år 2012 hade andelen ökat till cirka 12 procent.

Nästan hälften av äldre utrikes födda var födda i Norden, cirka 40 procent i ett annat europeiskt land och cirka 10 procent kom från ett land utanför Europa. Tillsammans representerar de äldre utrikes födda mer än 160 olika födelseländer.

Det framgår att kommunerna möter skiftande utmaningar när det gäller att tillgodose en språk- och kulturanpassad äldreomsorg. I vissa kommuner finns det många utrikes födda äldre som behöver hjälp. I dessa kommuner är möjligheten att rekrytera språkkompetent personal bättre, eftersom språkkompetensen är större än i andra kommuner med färre utrikes födda i befolkningen. Omvänt, i kommuner med få utrikes födda äldre, kan det vara mycket svårt att kunna erbjuda vård och omsorg på den äldres språk eftersom det finns få utrikes födda i kommunen.

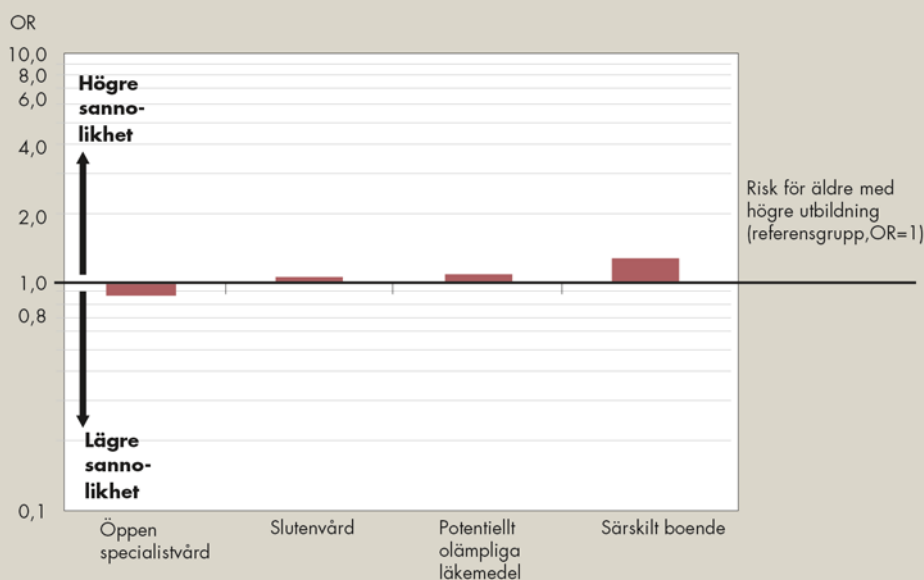
Utbildningsnivån kan kopplas till äldres vårdkonsumtionsmönster

För äldre personer med högst grundskoleutbildning är det mer sannolikt att läggas in på sjukhus, att få potentiellt olämpliga läkemedel eller att bo permanent i särskilt boende, jämfört med äldre som har högre utbildningsnivå.⁶⁷

Lägre utbildningsnivå är starkt kopplad till sämre hälsa, vilket delvis kan förklara att äldre med lägre utbildningsnivå läggs in på sjukhus, använder fler läkemedel eller flyttar till permanent särskilt boende i större utsträckning än högutbildade. Skillnaderna i utnyttjandet av öppen specialistläkarvård går dock i motsatt riktning, välutbildade besöker specialistläkare oftare än personer med lägre utbildning (figur 7:10). Socialstyrelsen anser att detta är värt att uppmärksamma eftersom personer med sämre hälsa rimligen också borde ha större behov av specialistläkarvård än personer med högre utbildningsnivå och bättre hälsa. Det är möjligt att äldre med lägre utbildning mer sällan söker specialistläkare eller att deras behov av öppen specialistvård inte identifieras och uppmärksammas i samma utsträckning som hos personer med högre utbildning.

Figur 7:10. Risk för att äldre 65+ år utnyttjar slutenvård, öppenspecialistvård, potentiellt olämpliga läkemedel och särskilt boende, beroende på utbildningsnivå, 2012

Personer med högst grundskoleutbildning jämfört med personer med högre* utbildning (referensgrupp). Oddsquoter (OR)**.



* Utbildning högre än grundskoleutbildning, dvs. avslutad gymnasieutbildning eller högre.

** Oddsquoter räknas ut med logistisk regression. Oddsquoter är beräknade med 95-procentiga konfidensintervall.

Källa: Statistiska centralbyrån. Patientregistret och Sol-registret, Socialstyrelsen.

⁶⁷ Högre utbildning än grundskola, alltså avslutad gymnasieutbildning eller högre.

Logistisk regression

Figur 7:10 och tabellerna 7:9–7:12 har analyserats med logistisk regression, och mätvärdena redovisas i form av oddskvoter (OR). Oddskvoten ger en uppfattning om sambandens styrka. Den logistiska regressionen analyserar sannolikheten eller egentligen oddset för att en händelse ska inträffa, eller som i dessa fall att tillhöra en viss kategori. Oddset definieras som sannolikheten för att en händelse ska inträffa dividerat med sannolikheten att den inte ska inträffa. Resultaten redovisas som oddskvoter. Oddskvoten betecknar avvikelsen i odds för en grupp jämfört med en referensgrupp som har oddskvoten ett (1).

Förutsättningarna för en jämlik vård och omsorg varierar mellan kommunerna

Socialstyrelsen har studerat utbudet i primärvård, specialistsjukvård och omsorg för personer 65 år och äldre i fem län. Dessa är Västerbotten, Gävleborg, Stockholm, Jönköping och Region Skåne [15].⁶⁸ Resultaten från studien visar att det finns stora skillnader inom dessa län i hur tillgången till primärvård, specialiserad vård och särskilt boende för äldre ser ut. Skillnaderna är också stora mellan kommunerna. Förutsättningarna för att äldre ska få den vård och omsorg de behöver skiljer sig därför beroende på var de bor. Socialstyrelsen bedömer att de stora skillnaderna mellan kommunerna i utbud inte ger förutsättningar för en likvärdig tillgång till vård och omsorg.

Tillgänglighet till vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det ska vara lätt för den som behöver få kontakt med en verksamhet och att få vård och omsorg inom rimlig tid.

Äldre personer med psykiska besvär

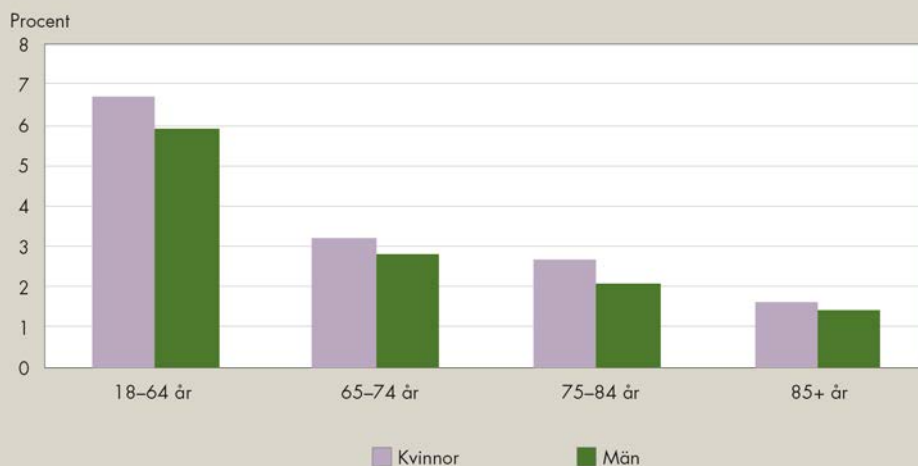
Äldre i behov av specialiserad psykiatrisk vård missgynnas

Psykisk sjukdom bland äldre är minst lika vanligt som bland den yngre befolkningen. Exempelvis uppskattas förekomsten av depression bland personer över 65 år till 12–15 procent, medan motsvarande siffra för hela befolkningen är 4–10 procent. Trots detta får äldre i lägre utsträckning tillgång till specialiserad psykiatrisk vård (figur 7:11).

⁶⁸ Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Artikelnummer 2013-12-18. Socialstyrelsen 2013.

Figur 7:11. Patienter i specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård, 2010

Andel kvinnor och män i respektive åldersgrupp som någon gång under året har haft minst ett vårdtillfälle med psykiatrisk diagnos. Procent.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Äldre personer med psykiska besvär behandlas oftare än yngre personer vid somatiska kliniker. Detta tyder på att äldre med psykisk sjukdom i större utsträckning än yngre behandlas på en vårdinrättning där personalen inte är van att handskas med en psykiatrisk problematik. Konsekvensen kan bli att äldre, som har varit i kontakt med den somatiska vården snarare än psykiatrin på grund av psykisk sjukdom, inte följs upp adekvat alternativt får mindre behandling än de borde ha fått med risk för ökad dödlighet som följd (tabell 7:9).

Tabell 7:9. Risk för ett nytt vårdtillfälle, för psykofarmakaförskrivning eller för att dö efter att ha vårdats vid somatisk klinik för psykisk sjukdom

Personer i ålder 65 år eller äldre. Oddsquoter (OR)*.

Typ av klinik Vårdats för	Risk för					
	Nytt vårdtillfälle		Psykofarmaka- förskrivning		Dödlighet	
	OR	Konfidens- intervall (95 %)	OR	Konfidens- intervall (95 %)	OR	Konfidens- intervall (95 %)
Vårdats vid psykiatrisk klinik (referens)	1		1		1	
Vårdats vid somatisk klinik för						
Missbruk	0,16	0,12–0,20	0,66	0,53–0,80	1,95	1,33–2,85
Schizofreni	0,34	0,22–0,54	0,52	0,33–0,81	2,01	1,21–3,35
Depressioner	0,26	0,21–0,31	0,45	0,37–0,55	1,85	1,46–2,35
Ångestsjukdomar	0,18	0,15–0,21	0,32	0,27–0,38	1,10	0,86–1,42

* Oddsquoterna (OR) är beräknade med logistisk regression.

Justerad för kön, ålder och antal tidigare vårddagar inom slutenvården.

Källa: Patientregistret, dödsorsaksregistret, och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det är vanligt att för första gången i livet diagnostiseras med en depression eller ångestsjukdom efter 65 års ålder. Människor i denna åldersgrupp lider också av somatiska sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar eller kroniska sjukdomar i luftvägarna. Bland äldre med psykisk sjukdom flätas därför psykiska och somatiska symtom samman, och visar på vikten av att den somatiska och psykiatriska vården samordnas i arbetet med att tillgodose dessa äldres särskilda behov av vård [16].

Utbredd användning av psykofarmaka bland äldre medför risk för allvarliga biverkningar

De äldre får inte tillgång till specialiserad psykiatrisk vård i samma utsträckning som den yngre befolkningen, och riskerar därför att bli underbehandlade. Samtidigt är användningen av psykofarmaka utbredd bland äldre och förskrivningen av psykofarmaka till äldre sker i mycket stor omfattning inom primärvården. Detta gäller också specialistpreparat som antipsykotiska läkemedel [16,17].

Tabell 7:10. Risk för utfall som utgör indikation för biverkan av psykofarmaka vid varaktig* användning, 2011

Personer 65 år eller äldre som använder psykofarmaka ur en eller flera läkemedelsgrupper samtidigt. Oddsquoter (OR)**.

Typ av användning	Indikation för biverkan							
	Akutbesök		Mag-tarmblödning		Fallolycka		Dödlighet	
	OR	Konfidensintervall (95 %)	OR	Konfidensintervall (95 %)	OR	Konfidensintervall (95 %)	OR	Konfidensintervall (95 %)
Ej varaktig användning (referens)	1		1		1		1	
1 psykofarmakum	1,33	1,31–1,36	1,26	1,18–1,34	1,36	1,32–1,39	1,51	1,48–1,54
2 psykofarmaka	1,51	1,47–1,55	1,27	1,17–1,39	1,75	1,70–1,81	1,85	1,80–1,90
3 psykofarmaka	1,75	1,68–1,82	1,32	1,17–1,50	1,95	1,87–2,04	2,12	2,04–2,19
4 psykofarmaka	1,77	1,62–1,92	1,42	1,10–1,84	2,07	1,88–2,27	3,08	2,87–3,31

*Läkemedel har avhämtats minst tre gånger i följd.

** Oddsquoterna (OR) är beräknade med logistisk regression.

Justerad för antal tidigare vårddagar inom slutenvården.

Källa: Patientregistret, dödsorsaksregistret, och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det ställs särskilda krav på kunskap om äldre med psykisk sjukdom när allmänläkare inom primärvården ska förskriva psykofarmaka till denna patientgrupp. Det gäller även kunskaperna om hur behandling med psykofarmaka bör ske för att undvika risken för allvarliga biverkningar hos äldre.

När det gäller långvarig behandling med psykofarmaka finns det en ökad risk för olika biverkningar hos äldre patienter. Risken är påfallande stor för en ökad dödlighet vid långvarig behandling av äldre med antidepressiva eller antipsykotiska läkemedel. Riskerna är särskilt stora om flera psykofarmaka kombineras (tabell 7:10).

Socialstyrelsen menar att riskerna för läkemedelsbiverkningar kan minskas genom att man behandlar på strikt indikation och regelbundet utvärdera verkan och biverkan av läkemedlen. Socialstyrelsen menar också att psykofarmaka bör undvikas i fall där tillstånden i stället kan behandlas med kognitiv beteendeterapi. Detta gäller exempelvis lindrigare depressioner och ångestsjukdomar.

De mest sjuka äldres tillgång till akutvård efter stroke och höftfraktur

De mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende och som drabbades av stroke eller höftfraktur under 2007–2011 fick vänta längre på vård än de mest sjuka äldre i särskilt boende (tabell 7:11).

Tabell 7:11. Risk för att få vänta länge på vård efter stroke eller höftfraktur beroende på boendeform, 2007–2011

Mest sjuka äldre. Personer som bor i särskilt boende jämfört med dem i ordinärt boende (referensgrupp). Oddsquoter (OR)*.

Väntan efter stroke eller höftfraktur	Typ av boende		
	Bor i ordinärt boende (referensgrupp)	Bor i särskilt boende	
	OR	OR	Konfidensintervall (95%)
Väntat mer än 24 timmar på operation efter höftfraktur	1	0,84	0,80–0,89
Väntat mer än tre timmar till vård efter första symptom på stroke	1	0,85	0,74–0,98

* Oddsquoterna (OR) är beräknade med logistisk regression.

Källa: Patientregistret, Sol-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Riks-Stroke, Västerbottens läns landsting; Rikshöft, Region Skåne.

Det är till exempel vanligare att denna grupp får vänta mer än ett dygn på operation efter att ha brutit höften eller att de får vänta mer än tre timmar på vård efter det första symtomet på stroke. När det gäller strokepatienter som bor i ordinärt boende finns det dessutom en skillnad i hur snabbt man får vård, beroende på om man bor ensam eller om man bor tillsammans med någon. De som bor tillsammans med någon får vård snabbare jämfört med personer som bor ensamma. Personer i särskilt boende kan lätt komma i kontakt med omsorgspersonal och sjuksköterska, vilket förmodligen ökar deras möjlighet att snabbt få akut vård. Ensamboende har inte någon hos sig som uppmärksammar symtomen och kan ringa efter ambulans.

Boendeformen viktig för strokepatienternas hälsa tre månader efter insjuknandet

Det är vanligare att de mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende – jämfört med dem i särskilt boende – blir bedömda av sjukgymnast och arbetsterapeut innan de skrivs ut från sjukhuset efter stroke. Att snabbt bli bedömd och få hjälp av dessa yrkesgrupper kan vara avgörande för hur väl strokepatienter återhämtar sig [18].

Tabell 7:12. Risk för att få försämrad funktionsförmåga tre månader efter stroke, beroende på boendeform, 2007–2011

Mest sjuka äldre. Personer som bor i särskilt boende jämfört med dem i ordinärt boende (referensgrupp). Oddsquoter (OR)*.

Brister i funktionsförmåga	Typ av boende		
	Bor i ordinärt boende (referensgrupp)	Bor i särskilt boende	
	OR	OR	Konfidensintervall (95%)
Har inte längre god rörlighet	1	1,54	1,41–1,69
Klarar inte längre toalettbesök själv	1	1,89	1,59–2,22
Klarar inte längre på- och avklädning själv	1	1,79	1,52–2,13

* Oddsquoterna (OR) är beräknade med logistisk regression.

Källa: Patientregistret, Sol-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Riks-Stroke, Västerbottens läns landsting.

Det visar sig också att bland de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende är det färre som återfår sin funktionsförmåga efter stroke, jämfört med mest sjuka äldre i ordinärt boende (tabell 7:12). Den omständighet som påverkar återfrisknandet efter stroke mest är patienternas allmäntillstånd, och de som bor i särskilt boende har generellt sett sämre allmän hälsa än de som bor i ordinärt boende. Före stroketillfället klarade omkring två av tre av de mest sjuka äldre som bodde i ordinärt boende att förflytta sig själva inom- och utomhus, att själva gå på toaletten och att klä sig. I särskilt boende har mindre än hälften förmågan att klara dessa saker själv. Tre månader efter stroketillfället är det färre som klarar sig själva i båda grupperna. Dessutom kan det finnas genomgående skillnader i tillgång och kvalitet på rehabiliterande insatser i ordinärt och särskilt boende.

Innehållet i korttidsboende varierar mellan kommunerna

Det är stora skillnader mellan kommunerna i andelen personer som får korttidsboende. Det visar en ny kartläggning från Socialstyrelsen. De vanligaste orsakerna till att en person vistas på korttidsboende är eftervård efter sjukhusvistelse, anhörigavlösning och väntan på beslut om att permanent särskilt boende ska verkställas. Socialstyrelsen bedömer att det saknas kunskap om andra insatser som kan komplettera eller ibland ersätta korttidsboende, exempelvis hemtagningsteam eller trygghetsplatser. Även kunskap om var den äldre personen och hans eller hennes anhöriga tycker att behoven bäst tillgodoses kan komplettera korttidsboendet.

En tredjedel av kommunerna beviljar inte insatsen korttidsboende för rehabilitering. Den rehabilitering som ges på korttidsboende är vardagsrehabilitering. Det finns därmed en risk för att personer på korttidsboende får en sämre

rehabilitering än personer som skrivs ut från ordinärt boende. Socialstyrelsen anser att rehabilitering behöver stärkas för gruppen mest sjuka äldre. Korttidsboende kan vara en form för detta, men då krävs ett tydligt uppdrag och ansvar för detta samt rehabiliteringskompetens hos personalen [15].