

Vård och omsorg om äldre

LÄGESRAPPORTER 2008

Insatser och stöd till personer
med funktionsnedsättning

Individ- och familjeomsorg

Vård och omsorg om äldre

ISBN 978-91-978065-4-1
Artikelnr 2009-126-44

Sättning Maj-Len Sjögren
Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2009

Förord

För politiker och andra beslutsfattare på central och lokal nivå, personal i vård- och omsorg liksom brukarorganisationer är det viktigt att snabbt kunna orientera sig om tillstånd och utveckling inom sina respektive verksamhetsområden. Socialstyrelsen ger därför ut årliga lägesrapporter med syftet att presentera värdefulla och användbara fakta. Lägesrapporterna på det sociala området omfattar *Individ- och familjeomsorg*, *Vård och omsorg om äldre* samt *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*.

Årets rapport om vård och omsorg om äldre är en samlad bedömning av läget utifrån egna studier, kunskapsunderlag och analys av tillgänglig statistik. En stor del av rapporten handlar om de senaste årens utveckling som innebär att allt fler äldre personer med stora vårdbehov bor kvar hemma och de konsekvenser det medför.

Gert Alaby, Anders Bergh, Niklas Bjurström, Peder Carlsson, Matilda Hansson, Lennarth Johansson, Marianne Lidbrink, Britta Mellfors, Welat Songur och Mårten Wirén samtliga vid Socialstyrelsen har gemensamt bidragit till innehållet.

Vi hoppas att årets lägesrapporter ska ge underlag till goda omvärldsanalyser.

Håkan Ceder
Överdirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Slutsatser	9
Utveckling av hälsa och funktionsförmåga	10
En åldrande befolkning	10
Hälsoutvecklingen	11
Vård och omsorg bland de allra äldsta	12
Vård och omsorgsinsatser för äldre	14
Kommunernas vård och omsorg	14
Jämlik omsorg	18
Hälso- och sjukvård för äldre	23
Personer utanför den slutna vården	23
Äldre personer i den slutna vården	25
Läkemedel	27
Psykologisk behandling av äldre	34
Munhälsa	35
Resurser för vård och omsorg om äldre	37
Kommunernas kostnader för vård och omsorg	37
Landstingens kostnader för vård och omsorg	40
Totala kostnader för vård och omsorg	41
Personal inom vård och omsorg om äldre	41
Resurser för vård och omsorg om personer med demens	46
Dagverksamheter för äldre	48
Stimulansbidrag för utveckling av vården och omsorgen om de äldre	52
Etableringen av FoU-centrum på äldreområdet	52
Stimulansmedel för att utveckla stöd till anhöriga	54
Stimulansmedel för att utveckla äldreomsorgens kvalitet och innehåll	55
Nationella kompetenscentrum på äldreområdet	58
Tillsyn inom socialtjänst och hälso- och sjukvård	61
Social tillsyn	61
Tillsyn inom hälso- och sjukvården	64
Öppna jämförelser inom vården och omsorgen	68

Kommunundersökningen och Äldreguiden	68
Brukarundersökningar	74
Kvalitetsindikatorer	77
Diskussion	79
Referenser	87
Bilaga: Kostnader	93
Kommunernas kostnader för äldreomsorg	93
Landstingens kostnader för äldre	93

Sammanfattning

Allt fler i befolkningen når en mycket hög ålder. Det har funnits skilda uppfattningar om vi lever längre trots sjukdomar och besvär, eller om vi lägger ”friska år” till livet. Äldres förmåga att klara vardagliga sysslor, som städa, handla, laga mat etc. har förbättrats under senare år, men samtidigt rapporterar allt fler äldre hälsoproblem och besvär av olika slag.

Under den senaste 10-årsperioden har vården och omsorgen om de äldre genomgått en omfattande omstrukturering. Platserna i särskilt boende har minskat kraftigt samtidigt som antalet äldre med hemtjänst ökat i ungefär samma omfattning. På grund av omläggning, från mängd- till individstatistik går det inte att avgöra i vilken grad omstruktureringen har fortsatt under 2007 och 2008.

Antalet platser på sjukhus har också minskat de senaste decennierna, och genomströmningen av äldre patienter på sjukhus har ökat. Det ställer höga och ökade krav på en mer avancerad eftervård efter sjukhusvistelsen. Denna utveckling, tillsammans med färre platser i särskilt boende, påverkar både vården i ordinärt boende, och i korttidsboendet. Allt fler personer befinner sig på korttidsboende i väntan på plats i särskilt boende, och de har ofta flera olika medicinska behov av vård och omsorg samtidigt. På samma sätt får utvecklingen konsekvenser för anhöriga. De får bära ett ökat ansvar och ta konsekvenser av brister och tillkortakommanden i den offentliga vården.

Fler äldre bor kvar hemma. Det visar också den kommunala äldreomsorgens kostnadsutveckling. Sedan 2004 har kostnaderna minskat med 0,7 procent, vilket i huvudsak förklaras av nedskärningen av det särskilda boendet. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till äldre personer har ökat från år 2004 till år 2007 med drygt 5 procent.

Äldres användning av läkemedel har ökat avsevärt under senare år. Läkemedlen ger stora möjligheter att behandla sjukdomar och besvär, men medför samtidigt en betydande risk för problem. Samtidig användning av flera olika läkemedel har medfört att allt fler personer vårdas i sluten vård på grund av biverkningar. Kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling fungerar inte tillfredsställande. Särskilt oroväckande är den omfattande förskrivningen av läkemedel i särskilt boende.

När vårduppgifter och behov förskjuts från den slutna vården till hem-sjukvård i ordinärt och särskilt boende måste huvudmännen ta ställning till hur vården bäst möter patienternas vårdbehov. Det finns för få läkare och sjuksköterskor, men det saknas även sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och tandhygienister. Det finns ett behov att tydliggöra den öppna hälso- och sjukvårdens ansvar och uppgifter.

Äldre som bor hemma och har många sjukdomar och funktionsnedsättningar är beroende av olika vård- och omsorgsinsatser från olika huvudmän, professioner och vårdgivare samtidigt. Det ställer stora krav på samordningen av insatser. De äldre kan ha svårt att själva bevaka att de får den hjälp de

behöver. Ökade valmöjligheter av hemtjänst och sjukvård, gör det samtidigt svårare att få till stånd nödvändig samverkan för utsatta grupper.

De äldre får i högre grad än tidigare ta eget ansvar för att skaffa sig den service och hjälp som de behöver för sin dagliga livsföring, ta hjälp av anhöriga eller köpa hjälp på marknaden. Äldre med stora hjälpbehov är beroende av att hjälpinsatserna samordnas, för att kunna bo kvar hemma. Huvudmännen måste ta ansvar för att samordningen fungerar, för att säkra att dessa äldre får en god och trygg vård och omsorg.

I tidigare lägesrapporter har konstaterats att äldres psykiska hälsa är ett eftersatt område. Äldres psykiska problem möts i huvudsak med läkemedelsbehandling, men det finns vetenskapligt stöd för att psykologisk behandling av depression och ångestbesvär hos äldre ger positiva effekter. Man kan ifrågasätta varför äldre inte får tillgång till psykologisk behandling på samma sätt som yngre personer.

Socialstyrelsens tillsyn rapporterar brister i dokumentationen, informationsöverföring och i kontinuiteten i läkarkontakten. Landsting och kommuner följer inte de föreskrifter som reglerar samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Vidare finns stora brister när det gäller kompetens, bemanning och ledning av hälso- och sjukvården i kommunerna – trots att det finns ett ökat behov av omvårdnad och medicinska insatser i särskilt och ordinärt boende. Tillsynen lyfter också fram läkemedelshantering i den kommunala hälso- och sjukvården som ett stort riskområde.

Länsstyrelserna bekräftar att många äldre som väntar på en plats i särskilt boende bor på korttidsboenden medan de väntar. De konstaterar också att utbildningsnivån bland äldreomsorgens personal ökat, bland annat via kompetensstegen, men också att den ökade kunskapsnivån inte automatiskt innebär att äldreomsorgen förbättras. Personalen har inte alltid möjlighet att tillämpa sina nya kunskaper.

Det är svårt att bevisa om stimulansmedel, leder till direkta förbättringar av vården och omsorgen. Däremot ger dessa medel kommunerna möjlighet att långsiktigt förstärka kvaliteten på eftersatta områden i verksamheten genom att anställa personal som till exempel dietister, arbetsterapeuter eller demenssjuksköterskor. Stimulansbidragen gör det också möjligt att fortsätta driva utvecklingsarbete inom vården och omsorgen.

Det finns ett allt större intresse och behov av att dokumentera, mäta och värdera äldreomsorgen och dess effekter. Det finns bättre möjligheter att analysera den offentliga äldreomsorgen med hjälp av den nya individbaserade statistiken. Samtidigt finns det en risk att det blir svårare att beskriva hur väl kommunerna kan tillgodose de äldres behov av service, vård och omsorg eftersom en allt större andel av stödet och hjälpen till äldre inte ges som bistånd.

Socialstyrelsens arbete med öppna jämförelser tillför nya kunskaper om äldreomsorgen. Man kan se hur kvaliteten i äldreomsorgen utvecklas över tid, och dessutom jämföra äldreomsorgen i olika kommuner via Äldreguiden. Under 2008 har Socialstyrelsen för första gången genomfört en landsomfattande studie om vad de äldre anser om den hjälp de får. Undersökningen belägger vare sig en vård och omsorg i kris, eller en vård och omsorg där alla är nöjda.

Slutsatser

Färre vårdplatser och kortare vårdtider innebär att äldre personer allt oftare skrivs ut från sjukhus med stora vård- och omsorgsbehov. Detta innebär ett ökat tryck på den öppna vården, hemtjänsten, de anhöriga och en risk för nya sjukhusinläggningar. Bristande medicinska resurser och omvårdnadsresurser, och brister i kompetensen i den öppna hälso- och sjukvården riskerar att äventyra patientsäkerheten. Det är därför nödvändigt att precisera den öppna hälso- och sjukvårdens uppdrag, i förhållande till den slutna vården med utgångspunkt från den enskilde individen.

Allt fler hemmaboende äldre har många sjukdomar och funktionsnedsättningar och är beroende av olika vård- och omsorgsinsatser samtidigt. Det ställer stora krav på samordning. Den enskildes möjlighet att själv välja utförare blir allt vanligare. Fler utförare ställer samtidigt större krav på samordning. Med tanke på problemen med att samordna insatserna för denna grupp, måste huvudmännen utveckla en samordningsfunktion så att äldre personer med stora hjälpbehov kan få en god och trygg vård och omsorg.

Kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling fungerar inte tillfredsställande. Särskilt oroväckande är den omfattande förskrivningen av psykofarmaka i särskilt boende. Socialstyrelsen har därför tagit initiativ till att utarbeta föreskrifter för att säkra att huvudmännen systematiskt följer upp den enskildes läkemedelsbehandling.

De direkta effekterna av stimulansmedlen och hur de bidrar till en allmänt bättre vård och omsorg, är svåra att beskriva. Stimulansbidragen innebär möjligheter för kommunerna att långsiktigt förstärka kvaliteten genom att anställa personal på eftersatta områden. Det skapar också möjligheter att driva ett kontinuerligt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen. Det har stor betydelse när det gäller att göra arbetet inom äldreomsorgen mer attraktivt.

Den bild av kvaliteten i äldreomsorgen som man kan skapa med hjälp av brukarnas omdömen i ett nationellt perspektiv, kan aldrig till fullo fånga den komplexa verksamhet som äldreomsorgen utgör. En sådan bild skildrar inte heller enskilda personers behov, önskemål och förväntningar på vård och omsorg. Nationella brukarundersökningar utgör emellertid en mycket värdefull referens i diskussionen om kvaliteten i äldreomsorgen.

Intresset och behovet av att dokumentera, mäta och värdera äldreomsorgen och dess effekter ökar i hela landet. Även om möjligheterna att beskriva vården och omsorgen av äldre har förbättrats, går det ännu inte att få en heltäckande bild av verksamheten. Det pågående arbetet kommer dock att kunna ge en bättre bild på nationell nivå av i vilken mån, på vilket sätt och med vilken kvalitet äldre får den sjukvård och den sociala omsorg de behöver.

Utveckling av hälsa och funktionsförmåga

En åldrande befolkning

Under det senaste halvsekle har antalet personer som är 65 år eller äldre mer än fördubblats, från ca 700 000 till över 1,6 miljoner personer. Ökningen beror främst på en minskad dödlighet i alla åldrar och framför allt i hjärt- och kärlsjukdomar.

År 2007 var förväntad medellivslängd vid födseln 83,3 år för kvinnor och 78,8 år för män. Det är en ökning med 1,6 år för kvinnor och 2,7 år för män sedan 1994. Utvecklingen blir ännu tydligare när man ser till återstående livslängd vid 65 års ålder. Från 1994 till 2007 har kvinnor och män vid 65 års ålder ”vunnit” 0,9 respektive 1,4 år i livslängd.

Mäns dödlighet minskar mer än för kvinnor, vilket förklarar att männen har en större ökning i förväntad medellivslängd än kvinnorna. Den ökade livslängden får stora konsekvenser för befolkningens sammansättning. Eftersom livslängden skiljer sig åt i olika delar av landet, ger inte uppgifter om förväntad livslängd i hela landet en rättvis bild av de stora lokala skillnaderna. Det kan skilja upp till sju år i livslängd mellan olika kommuner, för både män och kvinnor [1]. Under 1990-talet var antalet personer 65 år och äldre i befolkningen tämligen oförändrat, men under de kommande decennierna kommer gruppen att växa. Andelen personer 65 år och äldre utgjorde 17,2 procent av befolkningen år 2000, en andel som kommer att stiga till prognostiserade 18,6 procent 2010, 21,2 procent 2020 och 22,9 procent 2030. År 2030 förväntas alltså drygt var femte svensk vara ålderspensionär. Statistiska centralbyråns prognoser visar att andelen 80 år och äldre kommer att vara relativt konstant fram till 2020, då man tror att en mycket kraftig ökning kommer att påbörjas. Fram till år 2050 beräknas antalet personer 80 år och äldre fördubblas jämfört med år 2000. Andelen 90-åringar och äldre förväntas öka med 16 procent mellan år 2020 och 2030.

Utvecklingen styrs av den stora 40-talistgenerationens åldrande. Det märks också på att allt fler kommer upp i pensionsåldern och lämnar arbetslivet. Under den kommande 10-årsperioden, 2010–2020, kommer antalet personer i pensionsåldern att öka med 374 000 personer eller 22 procent.

Befolkningsprognoserna de senaste decennierna har genomgående slagit fel eftersom livslängden ökat mer än beräknat. Statistiska centralbyrån utgår i sina prognoser från att dödligheten per åldersgrupp bland de äldre kommer att sjunka med 1–2 procent per år, de närmaste femton åren. Det är dock möjligt att dödligheten kommer att minska ytterligare och att antalet personer i de äldsta åldrarna därmed kommer att öka mer än man för närvarande beräknar [2].

Hälsoutvecklingen

Sambandet mellan ökad livslängd och hälsoutveckling är omdiskuterat. Analyser av de svenska levnadsnivåundersökningarna (LNU) pekar på att hälsoutvecklingen under 1990-talet skiljer sig från 1970- och 1980-talens positiva tendens [3]. När det gäller utvecklingen av långvariga sjukdomar hos äldre är utvecklingen annorlunda. Under 1990-talet har andelen äldre (65–84 år) som har minst tre långvariga sjukdomar samtidigt ökat kraftigt. Det har också skett ett trendbrott när det gäller andelen äldre med hjärtsjukdomar. Under 1980-talet minskade andelen hjärtsjuka äldre, men mellan 1990-talet och fram till 2002 har i stället antalet hjärtsjuka i åldern 65–84 ökat kraftigt. Trendbrottet kan bero på att det skett stora genombrott i vården av hjärtsjuka under 1990-talet, som resulterat i att vi får allt fler ”sjuka överlevare” [4].

Data från SWEOLD-undersökningen förstärker ytterligare bilden av utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga under 1990-talet (mellan åren 1991 och 1992, och mellan 2001 och 2002) [5]. Det handlar om hur många personer som upplever att de har nedsatt hälsa, nedsatt rörlighet, smärta och psykiska besvär. Överlag verkar andelen som uppger nedsatt hälsa vara tämligen oförändrad över tid. Däremot rapporterar man ökad nedsatt rörlighet, smärta och psykiska besvär. Kvinnor uppger allmänt fler hälsoproblem än män. Resultaten illustrerar också hur hälsoproblemen ökar med stigande ålder.

Men även i höga åldrar verkar det inte ha skett någon större förändring hur personer skattar den egna hälsan över tid. Problemen med nedsatt rörlighet, smärta och psykiska besvär blir dock mer markanta och omfattande med stigande ålder [6].

Meinow har i sitt avhandlingsarbete studerat de äldre som har stora, svåra och sammansatta hälsoproblem – de multisjuka [7]. Arbetet baseras på samma data som nämns ovan, och belyser således utvecklingen mellan 1992 och 2002. Det är första gången som man har följt multisjuka över tid. 1992 hade 44 procent av dem någon allvarlig funktionsnedsättning eller sjukdom, och tio år senare var andelen 57 procent. Andelen multisjuka ökade från 19 procent år 1992 till 26 procent tio år senare. Samtidigt illustrerar Meinows resultat en annan sida av utvecklingen, nämligen att fler kan leva längre än förr, trots de svåra hälsoproblemen. En uppföljning över fyra år visar att risken att dö har minskat med 20 procent för gruppen multisjuka äldre [7].

Kunskapen om utvecklingen av hälsa, dödlighet och sjuklighet bland äldre har stor betydelse för framtida behov av vård och omsorg. Dagens erfarenheter visar att utvecklingen av de äldres hälsa påverkas av en rad olika faktorer, där olika omständigheter både kan förstärka eller motverka risken för att drabbas av olika sjukdomar. Det är viktigt att få en mer sammansatt bild av de äldres hälsa och funktionsförmåga, eftersom faktorer som kön, ålder, etnicitet, bostadsort, utbildningsbakgrund och arbetsliv spelar stor roll.

Förändringar i befolkningssammansättningen kan påverka hur stor andel av befolkningen de äldre kommer att utgöra i framtiden. Det gäller särskilt om antalet äldre med hög utbildning ökar, eftersom en persons utbildnings-

nivå har betydelse för livslängden – högre utbildade personer lever i allmänhet längre.

Batljan har skrivit en avhandling i ämnet [8]. Han visar att om befolkningsprognoserna tar hänsyn till dessa förändringar, kan man se både ett högre antal äldre personer (cirka 10–15 procent) och en högre förväntad medellivslängd än i de officiella befolkningsprognoserna. Den förväntade ökningen av antalet äldre personer med svår ohälsa beror på en större andel äldre personer i befolkningen. Denna utveckling kan till stor del balanseras av förändringar i populationssammansättningen – till exempel med en ökad andel äldre personer med högre utbildning, som inte drabbas av svår ohälsa lika ofta [8].

Det är således oklart om teorin om komprimerad, uppskjuten eller expanderad sjuklighet bäst beskriver äldres hälsoutveckling de kommande åren. Sannolikt pågår olika förändringar samtidigt. Det gör att olika studier visar olika resultat när det gäller äldres hälsoutveckling, beroende på vad studien fokuserar på. Den medicinska utvecklingen leder till att en större andel personer överlever både akuta och kroniska sjukdomar även i vad man brukar kalla ”den fjärde åldern”. Samtidigt förbättras hälsan bland yngre äldre personer i ”den tredje åldern” och bland dem som tar till sig information om hälsorisker.

Vård och omsorg bland de allra äldsta

Hälsa, socialt nätverk och förmågan att klara dagliga aktiviteter är faktorer som visat sig betydelsefulla för den äldre befolkningens behov av vård och omsorg. Det har Ernst Brawell belyst i sin avhandling [9, 10]. Befolkningsstudier bland äldre visar att ADL-förmågan (ADL står för allmän daglig livsföring, alltså förmågan att klara sina dagliga aktiviteter) är starkt associerat med behov av hjälp, något som framgår i andra svenska och internationella undersökningar.

Utvecklingen av ADL-förmåga bland äldre i Sverige är dock tvetydig. Några undersökningar visar på förbättrad ADL-förmåga, medan andra inte visar några förändringar alls. Flertalet studier är dock överens om att ADL-funktion är förknippat med mer än bara den fysiska funktionen hos den äldre människan. Den omgivande miljön har till exempel stor betydelse.

Det är viktigt att framhålla att det finns en skillnad mellan objektiv hälsa (till exempel förekomst av sjukdomar eller användandet av läkemedel) och personens självupplevda hälsa. De flesta äldre skattar sin hälsa som god samtidigt som de rapporterar hög förekomst av sjukdomar och läkemedel. Detsamma gäller för sociala kontakter, där de flesta äldre är nöjda med sina sociala kontakter även om de förekommer mer sällan. De äldre tycks anpassa sig till sin förändrade hälsa med sin stigande ålder.

Goda sociala relationer och möjlighet att påverka sin livssituation kan vara viktigare än bibehållen hälsa, visar en avhandling [11] som baseras på OCTO-Twin-studien. OCTO-Twin-studien, som syftar till att belysa genetiska och miljömässiga faktorerers betydelse för hälsa och välbefinnande i hög ålder, visar att för de allra flesta individer sjönk välbefinnandet på ett likartat sätt under en sexårsperiod. Däremot fanns variationer när det gällde hur tillfreds individerna var med livet. Framför allt var personer med bra sociala

relationer mer nöjda med livet. Antalet sociala kontakter var däremot av mindre vikt, sjuklighet och funktion likaså.

Studiens resultat stödjer teorier om att äldre väljer umgänge på ett annat sätt än yngre. Medvetandet om tidens begränsning ökar med åldern och därför blir umgänget bland äldre mer inriktat på kvalitet än kvantitet. Äldre tenderar alltså att i högre utsträckning söka kontakter som ökar välbefinnande och positiva känslor i stället för att försöka upprätthålla ett stort nätverk och en så stor bekantskapskrets som möjligt. En annan viktig iakttagelse var att individer som upplevde sig ha inflytande över sitt liv och en känsla av kontroll var generellt mer tillfreds med livet. Sannolikt är behovet att kunna påverka stort, kanske ännu större i hög ålder när beroendet av yttre stöd ökar.

Ett annat område som belystes i Ernsth Bravells arbete [9, 10] var vården i livets slutskede för de allra äldsta. De som avled på institution hade i genomsnitt bott där i fyra år, men med stora variationer. En person hade bara bott där i två dagar och en annan hade bott där i 20 år. De som avled på institution hade nästan alltid fått långsamt tilltagande hälsoproblem under det sista levnadsåret, medan de som avled på sjukhus eller i hemmet oftare hade fått en plötsligt försämrad hälsa.

Vården den sista tiden i livet måste ta hänsyn till långsamt tilltagande hälsoproblem och nedsatt ADL-förmåga i kombination med minskat socialt nätverk, framför allt bland de allra äldsta som bor och dör på institution. Mycket tyder alltså på att personal som arbetar med de allra äldsta den sista tiden i livet bör vara uppmärksam på den sociala nätverksituationen, det vill säga hur mycket man umgås med barn och vänner, men även upplevelsen av detsamma och observera personernas behov av socialt stöd och support.

Äldreomsorgen i Sverige är inriktad på att hjälpa äldre att kunna bo kvar hemma. Det är därför intressant att endast 5 av 102 individer bland de allra äldsta avled i ordinärt boende. Det finns också betydande könsskillnader när det gäller att flytta till institution. Män och kvinnor flyttar vid olika tidpunkter i livet och olika faktorer har olika betydelse för dem. ADL-förmågan är en viktig faktor för både män och kvinnor, för yngre äldre och de allra äldsta. Resultaten visar dock att ADL är mer än bara fysisk funktion och hänger samman med kontextuella faktorer som till exempel den personliga upplevelsen av hälsa, att tillhöra ett socialt nätverk och ha förtrogna [9-11].

Dessa slutsatser får stöd av resultaten i en annan svensk avhandling, där Andersson studerade äldre personers och deras närståendes upplevelser av vård och livskvalitet under den sista perioden i livet. Resultatet av studien visar att äldre personers sista fas i livet är färgad av hälsobesvär och frekventa inläggningar på sjukhus, vilket i sin tur påverkar deras livskvalitet.

Äldre personer upplevde att de under denna period var i händerna på flera olika vårdgivare och försökte anpassa sig till situationen. Samarbetet mellan olika vårdgivare måste fungera bättre, så att de kan bistå med högkvalitativ vård i denna fas av livet. Vården ska möta den äldre personens behov och önskingar vad gäller plats för vård och död. Eftersom närstående är involverade i vården och är emotionellt påverkade av situationen bör vårdgivarna även uppmärksamma deras behov av stöd [12].

Vård och omsorgsinsatser för äldre

Kommunernas vård och omsorg

Socialstyrelsens rapportering om utvecklingen av kommunernas vård och omsorgsinsatser bygger i stor utsträckning på uppgifter från socialtjänststatistiken. År 2007 genomförde Socialstyrelsen en omfattande förändring av uppgiftsinsamlingen: i stället för att samla in mängduppgifter, samlar man numera in uppgifter som baseras på personnummer. Kommunerna lämnar uppgifter på individnivå inklusive personnummer för alla som har fått ett biståndsbeslut om vissa insatser enligt socialtjänstlagen. I juni 2008 gjorde Socialstyrelsen den andra sammanställningen av individuppgifter. Från och med juli 2008 registreras också i varje biståndsärende när beslutet togs, när det verkställdes och när det avslutades.

I samband med omläggningen av statistiken ändrade Socialstyrelsen vissa definitioner av vilka uppgifter som skall redovisas som hemtjänst. Även sättet att samla in uppgifter om kommunal hemsjukvård har förändrats. Med andra ord kan inte de nya personnummerbaserade uppgifterna jämföras med uppgifterna från tidigare år i detta avseende.

Omläggningen av statistikinsamlingen kommer på sikt att ge ett förbättrat underlag när det gäller socialtjänstens insatser för äldre, men under ett antal år kommer det bara finnas begränsade möjligheter att göra analyser över tid [13]. Hösten 2008 publicerades uppgifterna från den individbaserade statistiken för första gången. I vissa fall fanns det skillnader mellan den tidigare mängdstatistiken och individstatistiken vid omläggningstillfället. Det kan bero på bättre eller sämre kvalitet i de uppgifter som kommunerna rapporterar in. Information om statistikens kvalitet och jämförbarhet över tid redovisas fortlöpande i statistikpublikationerna [13].

År 2006 fick närmare 239 000 personer, 65 år och äldre, hemtjänst eller bistånd i form av särskilt boende. Det innebär att dessa insatser omfattade drygt 15 procent av landets invånare som var 65 år och äldre [14]. Det totala antalet personer som fick hjälp av den offentliga äldreomsorgen har varit nära nog oförändrat från 2000 till 2006. Däremot fick drygt 19 000 fler personer hemtjänst (en ökning med drygt 16 procent), och närmare 20 000 personer färre bodde i särskilt boende (en minskning med närmare 17 procent) under samma period. Huvuddelen av äldreomsorgens hjälpmottagare är 80 år eller äldre. Närmare 182 000 personer, 80 år och äldre, fick hemtjänst eller bistånd i form av särskilt boende 2006. Cirka 37 procent av dem som var 80 år och äldre fick alltså hemtjänst eller särskilt boende.

I och med att uppgifterna för socialtjänststatistiken samlas in på ett nytt sätt innebär det att det inte längre går att jämföra uppgifterna om hemtjänst över tid. Här nedan presenteras därför en ny serie med uppgifter, från de två registreringstillfällen som hittills finns, från den personnummerbaserade statistiken.

Tabell 1. Antal och andel av befolkningen 65 år och äldre som den 1 oktober 2007 respektive juni 2008 fick insatser från hemtjänst samt i form av särskilt boende

År	Hemtjänst*		Särskilt boende		Totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
2007	153 700	9,5	95 200	5,9	248 900	15,4
2008	152 900	9,5	94 200	5,8	247 100	15,3

Källa: Socialtjänststatistik 2007 och 2008.

* Baseras på en vidgad definition av begreppet hemtjänst, som inte är jämförbar med tidigare mängduppgifter angående hemtjänsten.

Som framgår av tabell 1 har det inte skett några större förändringar av antalet hjälptagare från det ena mättilfallet till det andra. Antalet äldre i särskilt boende minskar och med reservation för att de inrapporterade uppgifterna kanske inte är fullständigt korrekta, pekar utvecklingen mot att drygt 24 000 platser i särskilt boende har försvunnit sedan år 2000, vilket motsvarar en minskning med drygt 20 procent.

När personnummerstatistiken varit i gång några år till, går det också att analysera förändringar över tid på individnivå. Bland annat går det att se hur länge personer bott i särskilt boende. Ett första försök av detta slag visar att det i hela landet har skett en 25-procentig omsättning av särskilt boende under en niomånadersperiod.

Omfattningen av hemtjänst (i timmar räknat) är i huvudsak oförändrad sedan tidigare under 2000-talet. Drygt en tredjedel av all hjälptagare har insatser på den lägsta nivån (1–9 timmar i månaden). Gruppen som beviljats 50 timmar eller mer hemtjänst i månaden utgör cirka 20 procent 2008, liksom under hela 2000-talet. Alltså har närmare 80 procent av hemtjänstmottagarna upp till 50 timmar hemhjälp i månaden. Likaså har ungefär 3 procent av alla hjälptagare beviljade insatser på 120 timmar eller mer i månaden. Antalet beviljade timmar, kan skilja sig väsentligen från utförd tid. Socialstyrelsen genomförde en studie som visade att betydande delar av den tid som man bedömt behövs för att utföra beviljade insatser, särskilt till brukare med stora beviljade insatser, inte utförs alls [15].

Kommunernas vård och omsorg innefattar också en rad andra insatser som framför allt syftar till att förbättra de äldres möjligheter att bo kvar hemma. Det handlar om dagverksamhet, korttidsvård, hemsjukvård och anhörigstöd i olika former. Uppgifter från mängdstatistiken från tidigare år, visar att antalet personer med insatser varierat från år till år [14]. Bistånd i form av deltagande i dagverksamhet för äldre har omfattat drygt 12 000 personer under åren 2003 till 2006. År 2007, när den nya personnummerbaserade statistiken infördes, minskade antalet personer med dagverksamhet för att sedan öka året därpå. Intressant är att notera att närmare 18 procent av dem som var beviljade dagverksamhet bodde i särskilt boende 2003. Antalet personer som beviljats dagverksamhet har minskat de senaste åren, och även andelen av dessa som samtidigt bodde i särskilt boende (drygt nio procent 2008). Skiftningarna i antalet personer som beviljats dagverksamhet de senaste två åren kan delvis bero på det nya sättet att samla in statistik.

Beträffande korttidsvården, har antalet personer som fått korttidsvård minskat obetydligt (drygt tre procent) från ca 9 000 personer år 2004 till 8 700 personer år 2008. Sedan år 2003 registreras också antalet boendedygn i

den nationella statistiken. Under samma tidsperiod, 2004 till 2008, har antalet boendedygn ökat med drygt 9 procent, dvs. en successiv ökning av den totala boendetiden. Utvecklingen inom korttidsvården kan också kopplas till den successiva minskningen av platser i särskilt boende under 2000-talet. Uppgifterna om utvecklingen av dagverksamheten och korttidsvården över tid måste tolkas med stor försiktighet, med tanke på omläggningen i statistikinsamlingen.

Enskilt driven vård och omsorg om äldre

I socialtjänststatistiken finns uppgifter om hur många personer som får sin vård och omsorg av enskilda vårdgivare som anlitas av kommunen. Sedan år 2004 redovisar Statistiska Centralbyrån också uppgifter om köpt verksamhet i kommunerna i räkenskapssammandraget, bland annat när det gäller äldreomsorg.

Under 2000-talet har andelen äldre som får sin vård och omsorg av enskilda vårdgivare ökat successivt, från 9,5 procent år 2000 till 12,0 procent år 2006. Av de personer över 65 år som var beviljade hemtjänst 2006 fick nästan 11 procent hjälp utförd i enskild regi. Bland de äldre som bodde i särskilt boende år 2006, bodde närmare 14 procent i ett boende som drevs i enskild regi. De uppgifter som Socialstyrelsen samlat in under 2007, inom ramen för personnummerbaserad statistik, tycks bekräfta den tidigare utvecklingen.

Alternativa vägar till service och omsorgstjänster

Under senare år har olika möjligheter att få hjälp med enklare servicesysslor utvecklats. Olika ”fixar-tjänster”, dvs. hjälp med enklare vardagssysslor som att byta glödlampan i takkronan, byta gardiner, hänga upp tavlor eller byta packningar, har blivit populära. Kommunerna har erbjudit denna tjänst (gratis eller till en subventionerad kostnad) av olika skäl: för att förebygga fallskador bland äldre, stödja äldre som bor kvar i sina hem, och att ge hjälp av det slag som hemtjänsten inte längre utför.

Erbjudandet om fixartjänster är bara ett exempel på den utveckling som skett under de senaste tio åren, och som har inneburit att kommunerna tillhandahåller servicetjänster av olika slag utan biståndsbedömning. Denna utveckling reglerades efterhand i lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre (2006:492). Lagen gör det möjligt att erbjuda servicetjänster för egen del eller genom att hänvisa till privata utförare, utan att detta är en biståndsbedömd insats. Kommunen bestämmer om och vad man ska ta ut i avgift för den service man erbjuder. Detta är ingen insats enligt socialtjänstlagen och därför finns inte heller någon dokumentationsskyldighet, men kommunen ska upplysa den enskilde om rätten att söka bistånd.

År 2007 trädde en ny lag om skattelättnader för hushållstjänster i kraft (2007:346). Lagen om hushållstjänster innebär en möjlighet att köpa tjänster av både service- och omvårdnadskaraktär på den öppna marknaden, med åtföljande skattereduktion på upp till 50 000 kronor per år. De tilläggstjänster som privata utförare kan erbjuda kan också omfattas av skattelättnader, till exempel hushållstjänster. Det sker utanför den offentliga vårdens insyn

eller kontroll. Att anlita ett företag för sådana tjänster är med andra ord juridiskt sett en privaträttslig handling.

Uppgifter från Skatteverket visar att antalet personer som ansökt om skattereduktion för köp av hushållstjänster det andra halvåret 2007 (lagen trädde i kraft den 1 juli 2007) var drygt 53 000 personer i hela landet. Av dessa var närmare 17 700 personer 65 år och äldre. Av samtliga som sökt beviljades drygt 46 000 personer skattereduktion, dvs. 87 procent av ansökningarna. Av dem som beviljades ansökan om skattereduktion var en tredjedel 65 år eller äldre, dvs. 85 procent fick sin ansökan beviljad. Enligt Skatteverkets handläggare tycks olika typer av "städtjänster" dominera bland hushållstjänster bland äldre.

Av de 14 900 personerna över 65 år som beviljats avdrag, var drygt 60 procent kvinnor och närmare 40 procent män. Bland de äldre var det 48 procent som bodde i storstadsområdena. I tabell 2 redovisas äldre som beviljats skattereduktion utifrån kön och inkomst.

Tabell 2. Antal personer 65 år och äldre (män och kvinnor) som beviljats skattereduktion för köp av hushållstjänster andra halvåret 2007 relaterat till inkomst

Inkomst/år	Kvinnor	Andel	Män	Andel	Totalt	Andel
0–159 000	4 867	53	1 034	18	5 901	40
160 000–279 000	2 817	31	1 981	34	4 798	32
280 000–400 000	900	10	1 186	21	2 086	14
> 400 000	554	6	1 566	27	2 120	14
Totalt	9 138	100	5 767	100	14 905	100

Källa: Egen bearbetning av uppgifter ur SCB register, Skattereduktion för hushållstjänster

Ungefär 40 procent av alla äldre som fått skattereduktion hade en inkomst på närmare 160 000 kronor. Som framgår av tabellen ovan var det en skillnad mellan kvinnor och män. Drygt hälften av kvinnorna hade en inkomst i den lägsta inkomstnivån (upp till 159 000 kronor), medan det bland männen var det omvända förhållandet. Närmare 30 procent av alla män låg i den högsta inkomstnivån (över 400 000 kronor).

Det är för tidigt att säga i vilken utsträckning allmänheten kommer att utnyttja möjligheten att köpa hushållstjänster och vad det i sin tur får för konsekvenser på sikt för den offentliga äldreomsorgen. Sannolikt är det fler äldre som får hjälp på detta sätt, men då kan det till exempel vara en dotter eller son som betalar för tjänsten och utnyttjar skattereduktionen.

Det är troligt att fler kommer att utnyttja denna möjlighet för att få den service de vill ha, men det tar alltid tid innan en sådan möjlighet blir känd. Det pågår också ett arbete för att förenkla administrationen, vilket innebär att man inte behöver ligga ute med sina pengar, utan kan köpa tjänsten direkt för ett subventionerat pris.

Det innebär att äldre personer kan få eller köpa service och omvårdnad enligt tre skilda lagstiftningar: socialtjänstlagen (2001:453), lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster för äldre samt lag (2006:492) om skattereduktion för utgifter för hushållsarbete. Beroende på vilken lagstiftning som tillämpas finns skillnader när det gäller sekretess, tillsyn, avgifter och dokumentation m.m. [16].

Kundvalssystem

Kundvalssystem handlar i första hand om hemtjänst i ordinärt boende inklusive servicetjänster. Alla utförarna får samma ersättning i kundvalssystemet. Undantaget är tilläggstjänster som privata utförare (ej kommunala) har rätt att erbjuda där utförarna själva sätter priset. Eftersom priset är givet marknadsför sig utförarna med innehållet i tjänsterna. I motsats till situationen vid entreprenader har utföraren i kundvalssystemet inga garanterade kunder. Kundvalssystem gynnar också ett ökat antal utförare. I Stockholms stad fanns exempelvis cirka 35 utförare av hemtjänst år 2007 [17].

Det finns också vissa utförare vars specialitet är att kunna erbjuda hemtjänst och andra insatser för äldre invandrare på deras eget språk. Det är speciellt vanligt i invandratäta stadsdelar i Stockholm och i andra områden där språk och kulturkompetent service utgör en dominerande nisch av marknaden. En betydande del av denna verksamhet består av att man anställer anhöriga för att vårda en familjemedlem, så kallade anhöriganställningar.

År 2009 trädde en ny lag om valfrihetssystem (LOV) i kraft. Lagen är ett komplement till lagen om offentlig upphandling (LOU) och gör det möjligt att introducera valfrihetssystem eller kundvalssystem om äldre- och handikappomsorgen och hälso- och sjukvården. För att stimulera huvudmännen att introducera valfrihetssystem i vården och omsorgen, har regeringen givit Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 280 miljoner kronor i bidrag till kommunerna för år 2008. Tanken är att undersöka förutsättningarna för att införa valfrihetssystem.

I november 2008 hade drygt 180 kommuner sökt cirka 260 miljoner kronor, varav 38 miljoner kronor av dessa pengar för att utveckla befintliga system. Drygt 60 procent av de kommuner som sökt stimulansbidrag tänker i första hand införa valfrihetssystemet inom hemtjänsten. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fortsätta utbetalning av stimulansbidrag under 2009.

Jämlik omsorg

Den offentliga omsorgen ska vara tillgänglig och av god kvalitet för alla som har behov av den. Det innebär att äldre män och kvinnor som är födda i Sverige likaväl som utomlands, oberoende av personernas ekonomiska förutsättningar eller sociala kapital, och oberoende om de bor i storstad eller glesbygd, ska ha samma möjligheter att få hjälp och omsorg utifrån sina behov.

Kvinnor, män och äldreomsorg

I Socialstyrelsens rapport Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst [18] framgår att fler kommuner än tidigare uppmärksammar jämställdheten, framförallt för att få fler män att arbeta i äldreomsorgen.

Många kommuner anser att manlig personal bland annat är en tillgång för de äldre männen. Manlig personal kan ha lättare att se, förstå och tillgodose mer av de äldre männens behov. Det kan till exempel handla om gemensamma intressesfärer som idrott och jakt.

Om arbetsgruppen består av både män och kvinnor så finns också bättre möjligheter att hantera vissa situationer. Ibland kan en situation hanteras

bättre med hjälp av manlig och ibland av kvinnlig personal. Männen uppgavs också kunna påverka arbetsklimatet positivt. Enligt undersökningen var andelen män bland vårdbiträden och undersköterskor endast 5 procent.

Färre platser i särskilt boende och fler äldre som bor kvar i ordinärt boende, beskrivs som ett jämställdhetsproblem. Det har lett till att anhöriga, framför allt de äldres döttrar, gör mer insatser för sina föräldrar. Kvinnor som redan står för den största delen av det obetalda hemarbetet, belastas av ännu mer obetalt arbete, medan männens insatser inte alls påverkas i samma omfattning. Den offentliga vården och omsorgen spelar alltså en viktig roll för jämställdheten i samhället i stort.

Rapporten redovisar också att fördelningen av insatser mellan äldre män och kvinnor inte förändrats mellan åren 2003 och 2006. 30 procent av insatserna hemtjänst och särskilt boende går till männen och 70 procent till kvinnorna. Den ojämna fördelningen kan till stor del förklaras av att de äldre kvinnorna är fler och oftare ensamstående än männen.

Statistiken för 2007 gör det möjligt att redovisa fler insatser än tidigare uppdelat på kön och dessutom uppdelat på ensamstående eller sammanboende [13]. I tabell 3 redovisas siffror för Skåne län.

Tabell 3. Andel av de sammanboende respektive ensamboende männen och kvinnorna 65 år och äldre i befolkning i Skåne län med olika insatser

Insats	Sammanboende		Ensamboende	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Särskilt boende	0,8	0,6	10,7	8,5
Hemtjänst	4,0	3,5	15,4	11,8
Service	3,1	2,2	13,6	10,0
Personlig omvårdnad	2,4	2,1	9,8	7,0
Avlösning i hemmet	0,3	0,5	0,5	0,4
Övrigt bistånd:				
Trygghetslarm	4,0	3,5	18,8	11,4
Anhörigbidrag	0,2	0,3	0,1	0,1

Källa: Egen bearbetning av socialtjänststatistik – äldre 2007

Ensamboende har oftare insatser än sammanboende. När det gäller alla insatser – med undantag för anhörigbidrag och avlösning i hemmet – har kvinnorna oftare insatser än männen, oberoende av om de är ensamboende eller sammanboende. Kvinnornas överrepresentation skulle exempelvis kunna förklaras av att äldre kvinnor oftare uppger mer hälsoproblem än män och att deras rörlighet har minskat samtidigt som problemen med smärta ökat [5]. Samtidigt finns studier som redovisar att äldre kvinnor oftare är missnöjda både med kvaliteten på och mängden av insatser de har [19], något som därför skulle kunna tolkas som att äldre kvinnor är missgynnade vad gäller insatser. Om fördelningen av insatser till äldre män och kvinnor är på en rimlig nivå eller inte är alltså svårt att besvara, eftersom det saknas bra mått på de äldres behov överhuvudtaget.

Äldre utrikes födda

År 1998 utgjorde de utrikes födda äldre 8,6 procent av den äldre befolkningen och representerade 146 födelseländer [20]. Tio år senare är deras andel av den äldre befolkningen 11,3 procent och de representerar 165 födelseländer. Av de totalt 183 000 utrikes födda äldre, är en majoritet – knappt 50 procent – födda i ett annat nordiskt land. Av de övriga är ca 40 procent födda i övriga Europa (inklusive Turkiet och f.d. Sovjetunionen) och drygt 10 procent i övriga världen [21].

Tabell 4. Andel utrikes födda i befolkningen 1998 och 2008 i olika åldersgrupper

Andel utrikes födda i befolkningen	55–64	65–74	75–84	85–94	95–w
1998	13,0	11,3	6,5	4,6	5,1
2008	13,0	13,3	10,7	6,4	6,0

Källa: www.scb.se/befolkningsstatistik

Tabell 4 visar att andelen utrikes födda har ökat i samtliga åldersgrupper 65 år och äldre. Den största ökningen har skett i gruppen 75–84 år, dvs. de åldrar då behovet av stöd och hjälp ökar. Mer än var tionde person i denna åldersgrupp är född utomlands. Bland de äldre finns fler kvinnor än män. Andelen kvinnor bland äldre som är födda utomlands är något högre jämfört med den svenskfödda äldre befolkningen, framför allt i åldrarna över 75 år.

Insatser till äldre utrikes födda

Eftersom statistiken inte tidigare tillåtit bearbetningar utifrån födelseland har Socialstyrelsen använt andra källor. Insatsstatistik från Stockholm har exempelvis visat att personer födda utomlands är underrepresenterade som brukare av offentlig äldreomsorg. Men om man korregerar för att äldre födda utomlands är yngre som grupp än de äldre födda i Sverige så försvinner många av skillnaderna [22]. På samma sätt som när det gäller äldre män och kvinnor så saknas kunskap om i vad mån de äldre födda utomlands behov skiljer sig från de äldre födda i Sverige. När det gäller anhörganställning och anhörigbidrag är äldre utrikes födda emellertid kraftigt överrepresenterade även om hänsyn tas till att de är yngre än gruppen svenskfödda [22].

Tabell 5. Andel äldre inom fyra födelselandskategorier med olika typer av insatser

Insats	Andel med insats inom födelselandskategorin, 65 år och äldre:			
	Sverige	Norden exkl. Sverige	Europa exkl. Norden*	Övriga världen
Hemtjänst	9,6	7,7	7,0	9,0
Särskilt boende	5,9	4,7	3,4	2,8
Korttidsboende	0,6	0,5	0,4	0,2
Dagverksamhet	0,6	0,5	0,4	0,3
Anhörigbidrag	0,3	0,3	1,0	2,3
Trygghetslarm	9,2	7,0	5,7	5,2

Källa: Egen bearbetning socialtjänststatistik – äldre 2007

* Europa plus Turkiet och f.d. Sovjetunionen

I tabell 5 redovisas fördelningen av insatser till olika grupper av äldre utifrån olika födelselandskategorier. Uppgifterna kan jämföras med vad som framkommer i en studie om äldre utomnordiska invandrare [23]. De äldre utomnordiska invandrarna bodde i högre utsträckning i ordinärt boende och fick också hjälp från familjen i högre grad. Någon i familjen var oftare anställd som vårdare jämfört med äldre födda i Sverige och övriga Norden. I tabellen framkommer att särskilt boende är ovanligare bland äldre födda utomlands. Samtidigt är det sju gånger så vanligt med anhörigbidrag bland äldre födda i övriga världen. Det visar att anhöriga svarar för en mycket stor del av stödet och hjälpen till de äldre utrikes födda.

Det saknas kunskap om utomlands födda oftare efterfrågar anhörigbidrag eller oftare blir erbjudna ekonomisk ersättning för anhöriginsatser i brist på etniskt och språkligt anpassade insatser. En undersökning som Socialstyrelsen och SKL genomförde 2004 talar för det senare [24]. Kommunerna svarade på frågor om de har äldre brukare med behov av etniskt anpassade insatser och hur väl de tillgodoser dem. Knappt hälften av landets kommuner uppgav att de hade brukare med behov av etniskt anpassade insatser, men bara var tredje av dessa angav att de kunde tillgodose behovet av språkligt anpassade insatser för en majoritet av de personer som hade behov därav.

Nationella minoriteter

Målet för minoritetspolitiken är att skydda de nationella minoriteterna, stärka deras möjligheter till inflytande och stödja de historiska minoritetsspråken så att de hålls levande. De nationella minoriteterna är samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar och minoritetsspråken är samiska, finska, meänkieli (tornedalsfinska), romani chib och jiddisch [25].

För att minoritetspolitiken ska förverkligas krävs att samtliga nationella minoriteters behov och intressen beaktas i hela landet och på alla nivåer i samhällsförvaltningen. Lagstiftningen ger enskilda laglig rätt att använda samiska, finska och meänkieli i kontakter med förvaltningsmyndigheter och domstolar i de geografiska områden (förvaltningsområden) där språken har använts av hävd och fortfarande används i tillräcklig utsträckning. Kommunerna i respektive förvaltningsområde ska erbjuda äldreomsorg där hela eller delar av verksamheten bedrivs på minoritetsspråket.

År 2006 publicerade Kommunförbundet Norrbotten rapporten Äldreomsorg för nationella minoriteter i Norrbottens län [26]. Rapporten inventerar 2006 års utformning av äldreomsorg för minoriteter i de sju kommuner som ingår i förvaltningsområdet – där hela eller delar av verksamheten ska erbjudas på finska och samiska. I de fyra kommuner som gränsar mot Finland hade man goda möjligheter att leva upp till åtagandet att erbjuda äldreomsorg på finska och meänkieli. När det gäller de fyra inlandskommunerna som ska erbjuda äldreomsorg på samiska och i vissa fall också på finska och meänkieli såg det sämre ut. Beträffande samiska hade man problem att rekrytera personal som behärskar språket. När det gäller finska och meänkieli såg man problem i framtiden, eftersom de unga inte kan språken i samma omfattning längre. Det geografiska läget i inlandet gör det också svårt att rekrytera personal från Finland. Enligt de fyra inlandskommunerna fanns heller ingen egentlig efterfrågan vad gäller äldreomsorg på samiska.

I Socialstyrelsens uppdrag om brukarundersökningar ingår att ta reda på hur de nationella minoriteterna ser på de offentliga insatser de har. Socialstyrelsen ska påbörja arbetet under våren 2009.

Långvarigt ekonomiskt bistånd

År 2003 infördes äldreförsörjningsstödet, som syftade till att stödja personer som har ett försörjningsbehov som pensionssystemet inte kan tillgodose. Dessa personer var tidigare hänvisade till att söka ekonomiskt bistånd. Eftersom gruppen äldre har begränsade möjligheter att påverka sin ekonomiska situation riskerar deras beroende av ekonomiskt bistånd att vara livet ut.

År 2004 följde Socialstyrelsen upp äldreförsörjningsstödet. Det visade sig att antalet personer, 65 år och äldre, med ekonomiskt bistånd hade minskat kraftigt år 2003 jämfört med år 2002 [27]. Minskningen gällde framför allt äldre personer som hade ett icke västland som födelseland och minskningen gällde i hög grad kvinnor. I tabell 6 redovisas antal äldre kvinnor och män med långvarigt ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning) under åren 2002, 2003 och 2007, uppdelat efter fyra födelseregioner.

Tabell 6. Antal män och kvinnor 65 år och äldre med långvarigt ekonomiskt bistånd under åren 2002, 2003 och 2007 uppdelat efter födelseregion

Födelseregion	2002		2003		2007	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Sverige	138	224	89	83	58	53
Övriga Norden	14	13	8	9	3	7
Övriga västländer*	471	137	17	26	5	12
Icke-västländer	5 628	3 388	219	1 107	157	967
Totalt	10 013		1 558		1 262	

*EU-länder före östutvidgningen, Schweiz, Andorra, Monaco, Liechtenstein, San Marino, Vatikanstaten, Malta, USA Kanada, Nya Zeeland, Australien.

Den minskning av antal personer, 65 år och äldre, med ekonomiskt bistånd som kunde konstateras 2004 håller i sig. Antalet äldre personer med långvarigt ekonomiskt bistånd har minskat ytterligare något och då framför allt för äldre kvinnor födda i ett icke-västland. Det finns cirka 1 000 män födda i icke västland som trots äldreförsörjningsstödet ändå har ett långvarigt ekonomiskt bistånd. Skälet till detta är att de lever ihop med en kvinna som är under 65 år och därmed inte är berättigad till äldreförsörjningsstöd. Dessa hushåll måste därför ha ekonomiskt bistånd för att klara en skälig levnadsnivå.

Hälso- och sjukvård för äldre

Personer utanför den slutna vården

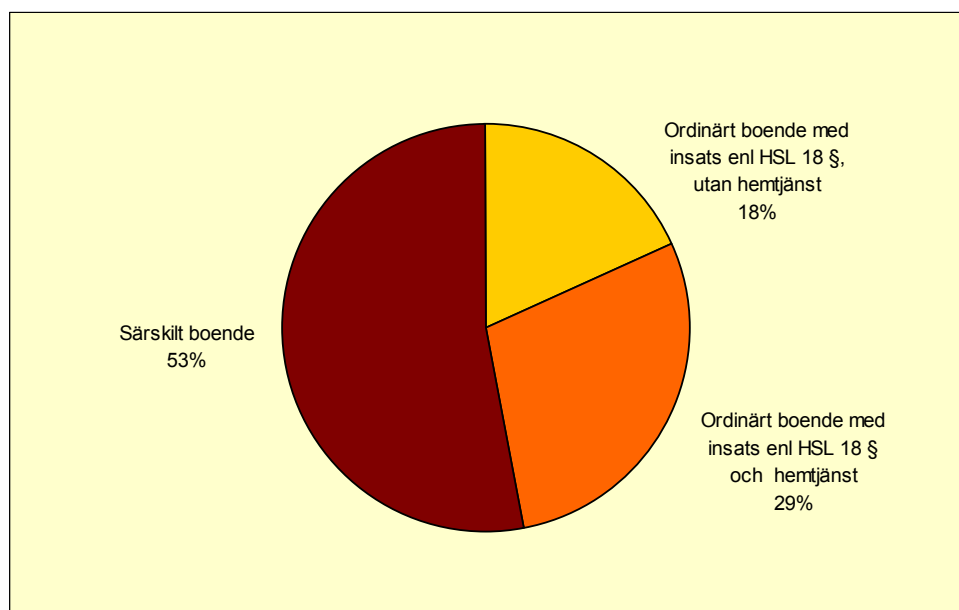
Sedan 2007 ingår uppgifter om den hemsjukvård som kommunerna ansvarar för i den personnummerbaserade socialtjänststatistiken som Socialstyrelsen samlar in från landets kommuner. Det innebär att man nu bland annat kan följa omfattningen av hemsjukvård i förhållande till hemtjänstinsatser eller hur läkemedelsförskrivningen ser ut för personer som bor i särskilt boende respektive ordinärt boende där kommunerna är ansvariga vårdgivare.

Kommunernas kan ta över ansvaret för hemsjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen 18 §. Vissa kommuner har tagit över ansvaret för alla åldrar, andra begränsar ansvaret till dem som är 65 år och äldre eller enbart till de personer som också har hemtjänst. Uppgifterna om hemsjukvården i ordinärt boende i kommunerna säger inget om innehållet i vården. Det kan handla om allt, från personer som behöver hjälp med att ta sitt läkemedel en gång om dagen till personer med omfattande behov av rehabilitering, omvårdnad och andra medicinska insatser under de flesta av dygnets alla timmar. En beskrivning av innehållet i hemsjukvården enligt HSL 18 §, liksom vad insatserna resulterat i, är en förutsättning för att på sikt kunna utvärdera och göra jämförelser mellan olika verksamheter.

Antalet personer 65 år och äldre med hemsjukvård och hemtjänst i ordinärt boende i kommunerna ökade med drygt 15 procent mellan 2002 till 2006 [14]. Andelen som enbart fick hemsjukvård i ordinärt boende minskade något under samma period. Antalet personer som angavs ha både hemtjänst och hemsjukvård var 48 700 år 2006 och 65 000 år 2007. Denna ökning med drygt 16 000 personer förklaras i första hand med att hemsjukvården definierades på ett nytt sätt i den nya statistiken dvs. en insats i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens 18 §. Mellan 2007 och 2008 noteras en fortsatt ökning med drygt 7 000 personer, från 65 000 till 72 300 personer. Ökningen kan delvis förklaras med att kommunerna i Kalmar län tog över hälso- och sjukvårdsansvaret enligt HSL 18 § den 1 januari 2008. Dessutom har några kommuner rapporterat att man tidigare inte har noterat rehabilitering som en hälso- och sjukvårdsinsats, men att man började göra det i samband med 2008 års mätningar.

I figur 1 redovisas antalet personer 65 år och äldre med en insats enligt HSL 18 § i ordinärt boende, med eller utan hemtjänst, i förhållande till antalet personer som fick hemsjukvård enligt HSL 18 § i särskilt boende. Nästan 82 000 personer hade sådan insats i särskilt boende, av samtliga som bodde i sådan boendeform 2008. Det motsvarar 53 procent av samtliga personer med hemsjukvård och hemtjänst i kommunerna. 18 procent, eller 28 300 personer, bodde i ordinärt boende med insats enbart enligt HSL 18 § och 29 procent, 44 000 personer, bodde i ordinärt boende med både hemtjänst och hemsjukvård.

Figur 1. Fördelningen av personer 65 år och äldre med hemtjänst och hemsjukvård enligt HSL 18 §, enbart HSL 18 § i ordinärt boende och i särskilt boende 2008



Källa: Socialtjänststatistik, 2009, Socialstyrelsen

I ovanstående figur noteras att drygt hälften av de personer som är 65 år eller äldre som har en insats enligt HSL 18 § bor i särskilt boende. Uppgifterna måste emellertid kompletteras med uppgifter om antalet personer som bor i ordinärt boende i kommuner där landstinget ansvarar för hemsjukvården. Uppgifterna om landstingens hemsjukvård behandlar enbart antalet besök, inte antalet personer. I landstingens primärvårdsanslutna hemsjukvård ökade antalet läkarbesök med nästan 50 procent mellan 2002 till 2007. Här skedde också en ökning av antalet besök av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare med drygt 15 procent [28]. I dessa uppgifter ingår inte den specialiserade somatiska eller psykiatriska hemsjukvården som ofta utgår från den slutna vården.

Sammanfattningsvis framkommer att det sedan 2002 har skett en ökning av antalet personer med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende utanför den slutna vården i form av hemsjukvård enbart eller i kombination med hemtjänst i kommunerna. En ökning av antalet hemsjukvårdsbesök i landstingen har också skett. Samtidigt har antalet personer i särskilt boende minskat.

Kommunalisering enligt HSL 18 §

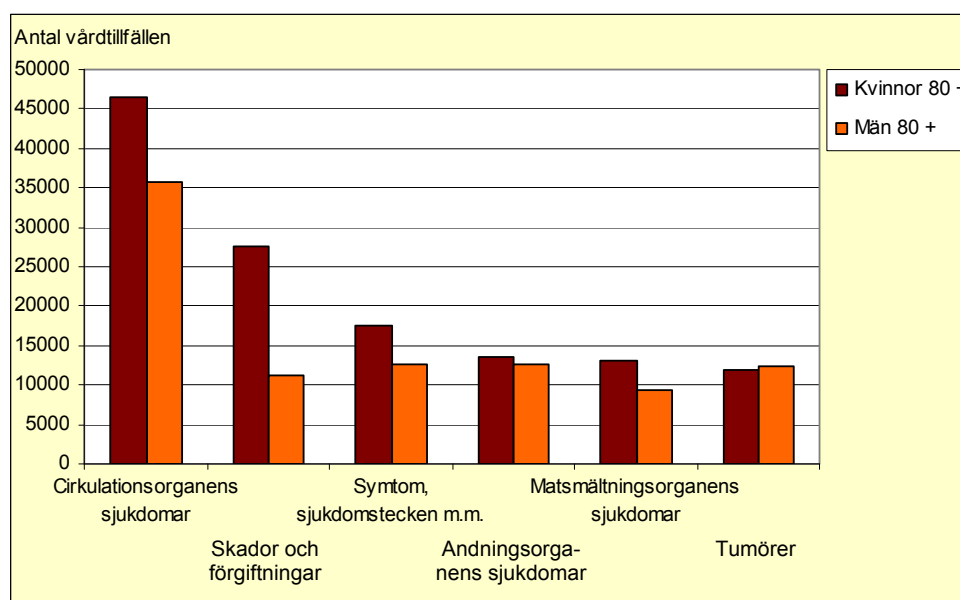
Flera landsting, exempelvis Östergötland, Södermanland och Västmanland utreder för närvarande (2008) möjligheten att lämna över ansvaret för hemsjukvården till kommunerna. I Kalmar län övertog kommunerna ansvaret för hemsjukvården den 1 januari 2008. Enligt projektledaren för kommunaliseringen av hemsjukvården noterade kommunerna i Kalmar ganska snart att de resurser som de hade avsatt för rehabilitering och habilitering inte räckte till för att tillgodose patienternas behov.

Äldre personer i den slutna vården

Olika sjukdomar i cirkulationsorganen är den vanligaste orsaken till vård i akutsjukvården bland såväl män som kvinnor som är 65 år eller äldre. Den näst vanligaste orsaken till vård bland män och kvinnor i åldersgruppen 65–79 år är olika tumörsjukdomar. Se figur 2.

Diagnosgrupperna hjärtinsufficiens, cerebral infarkt samt hjärtinfarkt utgör fortfarande den dominerande orsaken till slutenvård bland kvinnor och män som är 80 år eller äldre. Den näst vanligaste orsaken för kvinnor 80 år och äldre till vård i akutsjukvården är skador av olika slag. Höftfrakturer är den vanligaste skadan. 2007 utgjorde höftfrakturer 42 procent av skadorna i denna grupp för kvinnor, och för männen utgjorde höftfrakturerna 36 procent av skadorna.

Figur 2. De vanligaste sjukdomsgrupperna för kvinnor och män 80 år eller äldre i slutenvården, 2007



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Höftfraktur är en vanlig fallrelaterad skada, där vårdkostnaden per person beräknas till cirka en kvarts miljon kronor [29]. Folkhälsoinstitutet har i en nyligen publicerad rapport beräknat värdet av människors lidande och livskvalitetsförlust i samband med en fallolycka [30]. Samhällets kostnader beräknades uppgå till totalt 14 miljarder kronor, varav nästan fem miljarder i direkta kostnader och ungefär nio i livskvalitetskostnader under år 2005. Utan effektiva åtgärder beräknas dessa kostnader, på grund av den ökande andelen äldre personer i befolkningen, öka till drygt 22 miljarder kronor år 2050. En höftfraktur innebär behov av omfattande rehabilitering i syfte att återställa funktion och muskelstyrka [2]. Kvinnor är särskilt drabbade av höftfrakturer. Närmare 40 procent av alla höftfrakturer inträffar på äldreboenden eller på sjukhus. Risken att drabbas av höftfraktur har dock minskat i

samtliga åldersgrupper bland de äldre. För männen har denna minskning pågått sedan mitten av 1990-talet och för kvinnorna under ännu längre tid [2].

Vårdtillfällen och vårdplatser

Äldre personer använder den slutna vården i hög utsträckning. De personer som är 65 år och äldre utgör drygt 17 procent av hela den svenska befolkningen. Dessa personer använde 46 procent av samtliga vårdtillfällen eller 60 procent av det totala antalet vårddygn i den slutna vården under 2007. Personer som är 80 år eller äldre utgör drygt 5 procent av hela befolkningen. De använde drygt 20 procent av antalet vårdtillfällen eller 30 procent av antalet vårddygn under samma år [31, 32]. Mellan 2003 till 2007 ökade antalet vårdtillfällen med 5 procent för personer 80 år och äldre [31].

Trots den ökande efterfrågan bland de allra äldsta personerna minskade antalet vårdplatser i den slutna vården med drygt 6 procent mellan 2002 och 2007. Den medicinska korttidsvården minskade mest, sett i förhållande till antalet platser. Äldre patienter med omfattande vårdbehov nyttjar vanligtvis en medicinsk korttidsplats när de behöver slutenvård.

De ökande hälso- och sjukvårdsbehoven speglas också i en förskjutning av vårdinnehållet. En enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde våren 2008 [33] visade att hemsjukvården utför mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser, både i ordinärt och särskilt boende, efter Ädelreformens genomförande 1992. Denna utveckling innebär ökade krav på att läkare och sjuksköterskor finns tillgängliga dygnet runt i hemsjukvården, men undersökningen visar att tillgången till läkare och sjuksköterskor i många fall inte är tillräcklig. En sjuksköterska kan exempelvis i vissa verksamheter under kvällar, nätter och helger ansvara för över 400 patienter.

Personer som får insatser enligt HSL 18 § och slutenvård

Andersson fann i sitt avhandlingsarbete att personer i ordinärt boende besökte den slutna vården i högre utsträckning än de personer som bodde i särskilt boende i samband med vård i livets absoluta slutskede [12]. Vidare framkom att personer som vårdades i ordinärt boende avled på sjukhus i högre utsträckning (39 procent) än de som bodde i särskilt boende (17 procent).

Socialstyrelsen bearbetade uppgifter från patientregistret och socialtjänststatistiken med avseende på personer som erhöll vård enligt HSL 18 § i särskilt eller ordinärt boende, med kommunen som ansvarig huvudman. Personerna hade vårdats i slutenvård för tre eller fler diagnoser inom en tolv månadersperiod under 2007. Personer med tre eller fler diagnoser valdes för att den gruppen troligtvis har stora behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Det visade sig att av dessa personer var det de med hemtjänst i ordinärt boende och hemsjukvård enligt HSL 18 § som använde akutsjukvården mest, uttryckt i antal vårddygn. De hade en medelvårdtid om 28 dygn per patient, medan personer i ordinärt boende utan hemtjänst hade en medelvårdtid om 26 dygn. De som bodde i särskilt boende använde slutenvården minst i denna grupp, och hade en medelvårdtid om 22 dygn.

Dessa uppgifter bekräftas också av Karlsson i sin avhandling om äldre människors tillgång till hälso- och sjukvård och socialtjänst. Här framkommer bland annat att personer som bor hemma med hemtjänst och hemsjukvård använder mer slutenvård än personer som bor i särskilt boende [34]. Personer i ordinärt boende, jämfört med personer i särskilt boende, var yngre och mindre beroende av hjälp med sin dagliga livsföring, hade en bättre kognitiv förmåga och mer tillgång till hjälp av en närstående. Trots det nyttjade alltså denna grupp slutenvården i högre utsträckning än personerna i särskilt boende.

Socialstyrelsens registerstudier visar att allt fler personer av de allra äldsta får vård i slutna vård. Antalet vårdplatser har minskat och antalet platser i permanent särskilt boende är på nedgång. Andelen som får hemsjukvård i ordinärt boende har ökat. Det har skett en förskjutning av vårdinnehållet från den slutna vården till primärvården, dvs. en stor del av innehållet i den slutna vården har lagts över i primärvården. Trots att fler resurser har tillförts hemsjukvård i ordinärt boende, använder personer i ordinärt boende mest slutna vård. Personer i särskilt boende nyttjar slutenvården i lägre utsträckning. Med nuvarande organisation tillgodoses inte de allra äldstas vårdbehov utanför den slutna vården.

Ovanstående uppgifter tyder på att det kan vara mer kostnadseffektivt att antingen erbjuda personer med stora vårdbehov en plats i permanent särskilt boende eller att tillhandahålla fler resurser i hemsjukvården i ordinärt boende för att tillmötesgå många av de behov som den slutna vården tar hand om i dag.

Läkemedel

Äldres läkemedelsanvändning är omfattande. Under de senaste 20 åren har användningen hos personer som är 80 år eller äldre ökat med cirka 60 procent. Denna grupp använder i dag i genomsnitt nära sex läkemedel. De mest sjuka och sköra äldre, i särskilt boende, i hemsjukvård och på sjukhus har i genomsnitt tio olika läkemedel [35, 36]. Orsaken till denna ökning är framför allt att det finns nya läkemedel och behandlingsprinciper [37]. Det innebär större möjligheter att behandla de sjukdomar och besvär som äldre drabbas av men medför samtidigt att problem som förekommer i samband med polyfarmaci, dvs. samtidig användning av flera olika läkemedel, blir allt vanligare. Det handlar om biverkningar och läkemedelsinteraktioner, dvs. att läkemedel påverkar varandra [38, 39]. Risken är särskilt uttalad hos äldre, som på grund av kroppsliga förändringar på grund av åldrande och sjukdom ofta är betydligt mer känsliga för läkemedel än yngre. Både svenska och internationella undersökningar har visat att en stor andel (upp emot 30 procent) av äldre patienter som läggs in på sjukhus blir inlagda på grund av läkemedelsbiverkningar [37, 40]. Biverkningar förefaller orsaka dubbelt så många inläggningar på sjukhus i dag som under 70-talet [41].

En erfarenhet från Socialstyrelsens uppföljning av läkemedelsbehandling i den slutna vården är att de mer erfarna läkarna och de läkare, som hade geriatrisk specialistkompetens eller hade arbetat länge med äldre patienter, oftare reflekterade över om läkemedelsbehandlingen kunde vara orsak till patientens problem. De var mer benägna att ifrågasätta en omfattande läke-

medelsbehandling än de yngre läkarna, som var mer ”diagnosinriktade” [35]. Det handlar om att i första hand ta hänsyn till den äldre patientens många gånger ökade känslighet för läkemedel, oavsett de behandlingsrekommendationer som förekommer i nationella riktlinjer och vårdprogram.

Antal förskrivna och uthämtade läkemedel bland personer 80 år och äldre

Antal använda läkemedel är den mest avgörande riskfaktorn för läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner. Antalet förskrivna läkemedel till personer 80 år och äldre ökade något mellan 2005 till 2007. Från 5,5 läkemedel per person 2005, till 5,7 läkemedel 2007. Kvinnor använder mer läkemedel än män. 2005 förskrevs det i snitt 5,3 läkemedel till män och 5,7 till kvinnor. För år 2007 är motsvarande uppgifter 5,4 läkemedel för män och 5,8 för kvinnor. Den konstaterade ökningen förklaras huvudsakligen av en ökad användning av hjärt-kärllekemedel.

Redovisningen av förskrivningen av läkemedel nedan utgår från fyra indikatorer, som Socialstyrelsen har identifierat som viktiga för att beskriva kvaliteten av äldres läkemedelsanvändning [42].

Indikatorn andelen personer som använder tio eller fler läkemedel har ökat något: från 13,5 procent år 2005 till 14,1 procent 2007.

Den åldrande hjärnan är känslig för läkemedel med antikolinerga egenskaper. De kan vara orsaken till att en person utvecklar lättare minnesstörningar eller blir förvirrad. Förskrivningen av antikolinerga läkemedel är därför ytterligare en angelägen indikator att följa. Andelen äldre personer med läkemedel med antikolinerga effekter har minskat något mellan 2005 och 2007.

Vissa kombinationer av preparat kan leda till läkemedelsinteraktioner. Det innebär att effekten av ett läkemedel kan förstärkas eller försvagas. Indikatorn andelen äldre personer med läkemedelskombinationer som kan leda till den allvarligaste formen av interaktion (D-interaktion) har minskat något mellan 2005 och 2007.

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Andelen personer som behandlas med tre eller fler psykofarmaka var 5,9 procent 2005, en andel som inte har förändrats vid jämförelse med förskrivningen 2007.

Läkemedelsförskrivningen inom äldreomsorgen

Det finns en påtaglig skillnad vad gäller förskrivningen av läkemedel beroende på om personen bor i ordinärt eller särskilt boende. Här redovisas resultaten av en samkörning mellan socialtjänstregistret och läkemedelsregistret. 2007 förskrevs fler läkemedel (i snitt 6,6 per person) till personer i särskilt boende i förhållande till den totala förskrivningen (5,7). Samma förhållande gäller också för läkemedel med antikolinerga effekter och för förskrivningen av tre eller fler psykofarmaka till personer som är 80 år och äldre. Andelen personer som är ordinerade läkemedel som kan leda till den

allvarligaste formen av interaktioner är lägre för dem som bor i särskilt boende.

Antalet läkemedel per person i särskilt boende är betydligt lägre i denna undersökning jämfört med tidigare studier på sjukhem som har rapporterat en genomsnittlig användning om tio läkemedel per person. En förklaring kan vara att läkemedel som delas ut från läkemedelsförråd i särskilt boende (och i den slutna vården) inte redovisas i läkemedelsregistret. Vidare omfattar data från socialtjänstregistret inte bara sjukhem, utan också andra boendeformer som servicehusboende, där läkemedelsanvändningen är lägre. De studier som nämnts tidigare i rapporten omfattar enbart sjukhem, där vanligtvis personer med stora vårdbehov vistas.

Ytterligare en studie redovisar högre värden på en rad olika punkter än vad som framkommer av studier som baseras på uppgifter från läkemedelsregistret. Denna gång handlar det om läkemedelsbehandlingen av äldre personer i hemsjukvård i ordinärt boende i sydöstra regionen baserat på journaluppgifter, som Socialstyrelsen redovisade i mars 2009 [43]. Genomsnittsvärden vad gäller det totala antalet läkemedel varierade exempelvis från 6,9 bland vårdcentraler i Östergötlands län till 9 i Jönköpings län. Orsakerna till varför man får olika resultat i olika studier är svåra att förklara, men torde delvis bero på skilda tillvägagångssätt i undersökningarna. Här krävs jämförande studier, för att få bättre kunskap om brister och förtjänster i de data som går att få från läkemedelsregistret. Sådana undersökningar måste också kompletteras med kvalitativa studier.

Förskrivning av psykofarmaka i äldreomsorgen

Förskrivningen av de olika läkemedlen i gruppen psykofarmaka (neuroleptika, lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva läkemedel) i förhållande till boendeform redovisas i tabell 7. Äldre personer som använder dessa läkemedel och som ofta har nedsatta kroppsfunktioner löper en ökad risk att drabbas av biverkningar i form av dagtrötthet, kognitiva störningar, balansstörning, muskelsvaghet och fall. För neuroleptika har man dessutom rapporterat en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. På grund av den höga risken för biverkningar bör neuroleptika endast användas vid psykotiska symptom eller svår aggressivitet. Vid beteendestörningar, såsom vandrande och ropande har de ofta marginell eller ingen effekt [42].

Tabell 7. Andel i procent, kvinnor och män 80 år och äldre i ordinärt och särskilt boende som förskrivits olika psykofarmaka 2007

Läkemedel	Ordinärt boende		Särskilt boende	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Antidepressiva läkemedel	17,1	22,5	38,4	44,7
Lugnande läkemedel	9,5	13,2	20,0	25,9
Sömnmedel	24,0	30,7	36,8	36,1
Neuroleptika	3,6	3,8	18,6	18,1

Källa: Socialtjänstregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Det framgår att kvinnor, nästan undantagslöst, ordineras mer psykofarmaka än män och att förskrivningen av dessa läkemedel sker mest till personer som bor i särskilt boende. Nästan 45 procent av kvinnorna och drygt 38 procent av männen ordineras antidepressiva läkemedel i särskilt boende, vilket är påfallande högre siffror än bland kvinnor och män i ordinärt boende.

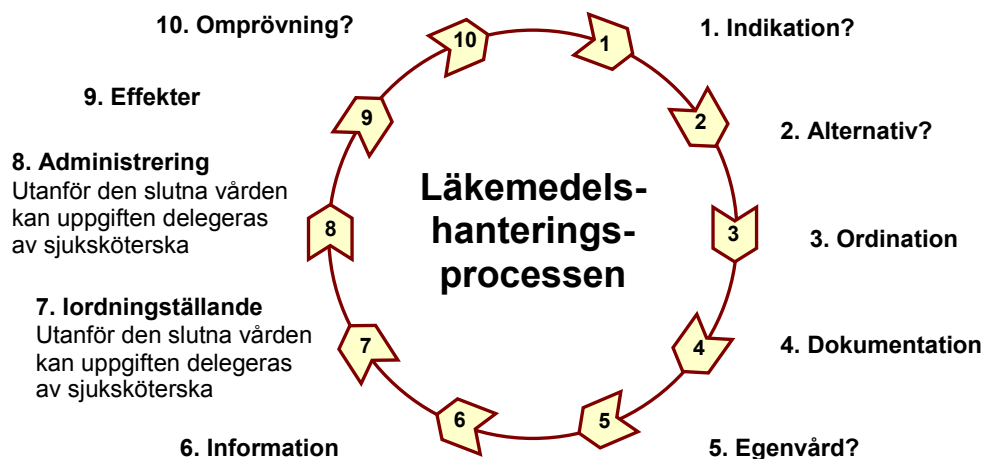
Ordinationen av neuroleptika är påfallande hög både bland såväl män som kvinnor. Under 4 procent män och kvinnor ordineras neuroleptika i ordinärt boende, mot dryga 18 procent i särskilt boende för både män och kvinnor. Även förskrivningen av lugnande läkemedel är påtagligt högre i särskilt boende. Sömnmedel förskrivs också oftare i särskilt boende, jämfört med ordinärt boende.

Behandlingen ska naturligtvis ses i relation till att det här gäller en grupp personer som många gånger är svårt sjuka och befinner sig i livets slutskede. Det går inte att besvara frågan om det föreligger en omotiverad överförskrivning. Frågan måste ändå ställas: Vad är det i boendeformen som orsakar denna förskrivning? De här uppgifterna motiverar en fortlöpande uppföljning på detta område.

Läkemedelshantering

Äldre personer behöver ofta stöd och hjälp med att ta sina egna läkemedel. Läkemedelshantering upptar därför en stor del av olika hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som får hemsjukvård, som använder fler olika läkemedel än andra. Att ställa i ordning (dela upp medicinen i koppar, eller i dospåsar i individuella doser) och administrera läkemedel (dela ut och hjälpa patienten att ta doserna) är den mest delegerade hälso- och sjukvårdsinsatsen för personer i hemsjukvård [33]. Flera undersökningar visar att det finns många brister kring hantering och användning av läkemedel hos äldre [35, 36, 44, 45].

Varje delprocess involverar olika människor och ger en förklaring till varför många olika fel kan uppstå på vägen – från förskrivning till utvärdering av läkemedlets effekt och ställningstagande till omprövning av behandlingen. För att förbättra processen finns det ofta behov av att de som är delaktiga i läkemedelshanteringen går igenom hela kedjan tillsammans. Därför är det viktigt att involvera de olika inblandade personerna vid en läkemedelsgenomgång, dvs. en analys, uppföljning och omprövning av en persons läkemedelsanvändning [46]. Alla genomgångar bör följa en enhetlig struktur, och så långt det är möjligt bör de också göras tillsammans med patienten och vid behov också med den vårdpersonal som möter patienten dagligen. Det kan till exempel vara undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor och eventuell rehabiliteringspersonal [47].



Steg 1 till 6 berör i första hand personen som ska ta läkemedlet och den som förskriver det. I vissa fall kan även närstående vara involverade. Vid en egenvårdsbedömning (steg 5) ska den som ordinerar ett läkemedel bedöma om personen som ska ha läkemedlet själv kan ta det, eller om personen behöver hjälp av personal. Bedömer förskrivaren att personen behöver hjälp med behandlingen blir hanteringen en hälso- och sjukvårdsuppgift. Då gäller bestämmelserna i föreskriften om läkemedelshantering [48]. Det gör att även sjuksköterskor blir engagerade i dokumentationen av (steg 4) och informationen (steg 6) om behandlingen. Informationen kan rikta sig till den äldre personen själv och till eventuella närstående, samt till vårdpersonal.

Att iordningställa läkemedlet (steg 7), är en uppgift för apoteket (om personen använder Apodos, dvs. av apoteket individuellt förpackade doser), för sjuksköterskor eller den person som iordningställer genom delegering [49]. Delegering innebär att en sjuksköterska som är formellt och reellt kompetent att utföra uppgiften, överlåter den till en annan person som är reellt kompetent, dvs. har förvärvat kunskaper att i praktiken genomföra den. I steg 8, när personen i fråga får läkemedlet, är givetvis främst personen själv aktiv, men också sjuksköterskor eller personal som gör uppgiften på delegering om personen som ska ta läkemedlet behöver hjälp. Steg 9, effekter, är samtliga parter involverade i. För att kunna åstadkomma optimal behandling är det viktigt att veta att ett symptom kan bero på biverkningar. Vid undervisningen i samband med läkemedelsgenomgångar bör den som ansvarar för utbildningen till vårdpersonal eller för informationen till patienten alltid gå igenom symptom som kan vara tecken på biverkningar. Effekten av läkemedlet omprövas i steg 10. Här bedömer den som ordinerat ett läkemedel om indikationen för behandlingen är rätt och fortfarande aktuell. Det ingår också att väga värdet av behandlingen mot eventuella negativa effekter.

Beskrivningen ger en vägledning till vilka områden som en riskanalys kan beröra på såväl verksamhetsnivå som organisationsnivå. En medicinskt ansvarig sjuksköterska genomförde en riskanalys av läkemedelsadministrering i en stadsdel i Malmö [50]. Sjuksköterskan valde området administrering, dvs. att överlämna läkemedel till en person, eftersom cirka 75–90 procent av alla rapporterade avvikelser berör läkemedel och cirka 90 procent av dem handlar om administrering. Undersökningen visade bland annat att avvikel-

serna oftast handlar om utebliven dos eller att endast en del av dosen administreras.

Några nationella initiativ

Regeringen och Socialstyrelsen har tagit olika initiativ för att förbättra hanteringen och användningen av läkemedel i hälso- och sjukvården. Läkemedelsbehandlingen av äldre uppmärksammades särskilt av Socialstyrelsen under 2008 [51]. Bland annat poängterade Socialstyrelsen problemet med att det saknas någon som har ett helhetsansvar för patienten, och att olika förskrivare ser enskilda sjukdomar som isolerade företeelser. För varje ny åkomma skrivs ett nytt läkemedel ut.

Regeringen har anslagit särskilda stimulansmedel under de tre senaste åren, bland annat för läkemedelsgenomgångar, en satsning som fortsätter att gälla även för år 2009. Socialstyrelsen föreslår att läkemedelsgenomgångar kan få fungera som indikator vid öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre.

Vidare förordar Socialstyrelsen att vården bör tillämpa generisk förskrivning av läkemedel. Genom att ge substansnamnet (det generiska namnet) en mer framträdande roll på läkemedelsförpackningarna, blir detta namn utgångspunkten för beskrivningen av läkemedlet. Den verksamma substansen i både exempelvis Alvedon[®] och Panodil[®] heter Paracetamol och skulle kunna användas för att beskriva båda preparaten. Användningen av substansnamnet kan underlätta hanteringen både när det gäller informationen till patienterna, förvaringen i läkemedelsförråden och vid dokumentationen av de olika läkemedelsordinationerna.

En generisk substitution innebär att om ett läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna har förskrivits, ska apoteket byta detta mot det billigaste tillgängliga utbytbara läkemedlet. För en del personer har utbytta läkemedelsprodukter givit upphov till problem med felmedicinering, biverkningar eller sämre effekt av läkemedlet. Det har till exempel förekommit att en person har fortsatt att använda läkemedel från en tidigare förskrivning, samtidigt med en ny förskrivning av läkemedel, där bägge innehöll samma substans med hade olika namn. De olika problemen verkar framför allt bero på att personen inte har vetat eller förstått vilket läkemedel som ersätter det gamla, i kombination med bristande information kring vad bytet till likvärdiga läkemedel innebär [52].

2005 infördes en lag (2005:258) om läkemedelsförteckning som innebär att all information om de receptförskrivna läkemedel som en patient hämtar ut på apotek samlas på ett ställe. Med patientens samtycke är tanken att läkare och andra förskrivare ska kunna använda uppgifterna för att få en samlad bild av en patients läkemedelsbehandling. Det är Apoteket AB som ansvarar för att utveckla detta register. De höga kraven på sekretess i detta sammanhang har emellertid försvårat framtagandet av tillräckligt säkra IT-system och därför har registret ännu inte kommit i allmänt bruk.

Behovet av att effektivisera läkemedelsanvändningen, uppmärksammades 2008 genom en överenskommelse mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. Detta resulterade i att en handlingsplan för effek-

tivare läkemedelsanvändning publicerades i början av mars 2009 på Socialdepartementets och SKLs hemsidor [53].

Egenvård

Allt fler äldre vårdas hemma. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården vad gäller bättre teknik och utrustning, har för många personer inneburit en större frihet i form av ökade möjligheter att utföra vissa hälso- och sjukvårdsinsatser som egenvård. Frågan om gränsdragningen mellan vad som är den enskildes ansvar för vården (egenvård) och vad som är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar i detta hänseende har därför blivit allt mer aktuell. Med anledning av detta planerar Socialstyrelsen att publicera en föreskrift om egenvård våren 2009. Föreskriften poängterar bland annat vikten av att kommuner och landsting utarbetar övergripande rutiner för samverkan i samband med egenvård. Bedömningen om en åtgärd kan utföras som egenvård eller inte ska göras i samråd med patienten och utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt livssituation. En riskanalys ska ingå som en del i bedömningen, om det inte är uppenbart obehövligt. Syftet med föreskriften är att säkerställa att hälso- och sjukvården uppfyller kraven på god och säker vård och att insatserna i socialtjänsten är av god kvalitet. Med egenvård menas i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd, exempelvis att ta ett läkemedel, som legitimerad personal bedömer att patienten själv kan utföra. Läkemedelsbehandlingen utgör en betydande del av hälso- och sjukvårdsinsatserna i hemsjukvård. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården framkommer att endast om patienten själv ansvarar för att hantera sina läkemedel kan det bli fråga om egenvård. Detta gäller även om patienten behöver viss praktisk hjälp.

Om patienten inte kan utföra åtgärden själv, måste den utföras av legitimerad eller icke legitimerad personal genom delegering som en hälso- och sjukvårdsuppgift. När en åtgärd utförs som egenvård av en icke legitimerad personal utan delegering (exempelvis personal i hemtjänsten) eller en anhörig, är åtgärden inte hälso- och sjukvård. Det innebär att genomförandet inte omfattas av Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården. Den kan omfattas av länsstyrelsens tillsynsansvar, om åtgärden utförs som bistånd enligt socialtjänstlagen.

Åtgärder som utförs som egenvård omfattas inte heller av patientskade-försäkringen. Den som utför uppgiften är personligen ansvarig för att sköta egenvården på rätt sätt. Det betyder t.ex. att om den enskilde skulle skadas av egenvård som utförs av en anhörig, får ansvarsfrågan prövas i domstol enligt allmänna skadestands- och straffrättsliga regler. När det gäller vuxna personer kan man inte ställa krav på att anhöriga *ska* utföra egenvård.

För den enskilde kan kostnaden för hur uppgiften genomförs variera väsentligt. Avgiften för egenvård tas ut enligt socialtjänstlagen (8 kap. 2–9 §§), om socialtjänstens personal utför egenvården utifrån ett biståndsbeslut. Då kan kostnaden uppgå till maximalt 1 712 kronor per månad (gäller år 2009). Om personal inom landstingets hälso- och sjukvård utför insatsen ingår den i högkostnadsskyddet för landstingets hälso- och sjukvård, dvs. maximalt 900 kr per år.

Under senare år har diskussionen om egenvård allt oftare förekommit inom hälso- och sjukvården om äldre personer i den primärvårdsanslutna hemsjukvården, både i landstingen och i kommunerna. Socialstyrelsen har kunnat konstatera att de som ansvarar för en hälso- och sjukvårdsåtgärd har bedömt att mer och fler hälso- och sjukvårdsuppgifter kan utföras som egenvård av den enskilde med hjälp av till exempel en närstående eller av personal inom äldreomsorgen. Det har till exempel handlat om att överlämna läkemedel, inklusive att ge insulin och administrera ögondroppar, sårvård, sondmatning vid PEG eller nässond, blodsockerkontroll eller hemdialys. Dessa insatser definierades tidigare som en hälso- och sjukvårdsuppgift men sedermera bedömde ansvarig vårdpersonal att de i stället kunde utföras som egenvård.

Ansvarig vårdpersonal har bland annat angett att det beror på att de saknar resurser för att kunna genomföra efterfrågade hälso- och sjukvårdsåtgärder [54, 55]. Egenvårdsdiskussionerna ska också kopplas till neddragningen av vårdplatser i den slutna vården. Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter har uppmärksammat frågor som rör gränsdragningen mellan egenvård och hälso- och sjukvård, både som tillsynsärenden och som lex Maria-ärenden. I sin granskning har tillsynsenheterna konstaterat brister när det gäller patientsäkerheten och bristande rutiner för den individuella bedömningen av om en åtgärd kan utföras som egenvård. Patienten, och ofta även patientens närstående, har blivit en bricka i ett spel, som handlar om att lägga över kostnaderna för olika insatser på någon annan part.

Psykologisk behandling av äldre

Socialstyrelsen konstaterade i fjolårets lägesrapport, liksom i tidigare lägesrapporter att äldres psykiska hälsa är ett eftersatt område [56, 57], trots att det är välkänt att äldre i högre grad än andra åldersgrupper drabbas av psykiska besvär. Det stora antalet som drabbas kommer dessutom att öka i framtiden i samma utsträckning som antalet äldre ökar, om man inte gör något åt det.

I Sverige behandlar man äldres psykiska problem huvudsakligen med läkemedel. Psykologisk behandling av äldre är ovanlig. De få äldrepsykologer som finns i landet, deltar framför allt i samband med diagnostisering inom demensvården. Frågan är om bristen på icke-medicinsk behandling av psykiska besvär beror på att det inte finns något vetenskapligt stöd för värdet av en sådan behandling. Alternativt, om det finns vetenskapligt stöd för nyttan av psykologisk behandling av äldre med psykiska besvär, borde detta ingå i diskussionen om hur man ska utveckla vården och omsorgen om de äldre.

Med det som utgångspunkt gav Socialstyrelsen Institutet för gerontologi i Jönköping i uppdrag att göra en kunskapssammanställning. Arbetet kommer att publiceras i en separat rapport våren 2009 [57]. Sammanfattningsvis framkommer, vid en preliminär granskning av litteraturgenomgången, bland annat att det finns bra vetenskapligt stöd som visar att psykologisk behandling av depression, ångestbesvär och sömnproblem är effektiv för gruppen yngre äldre (65–79 år) men att det saknas undersökningar om effekter av sådan behandling av personer i de högre åldrarna. Den kommande rapporten

kommer att innehålla en diskussion om möjligheter och svårigheter med psykologisk behandling av äldre personer [57].

Socialstyrelsen publicerade en preliminär version av nationella riktlinjer för depression och ångest våren 2009. Enligt riktlinjerna är psykologisk behandling den prioriterade behandlingsformen vid depression och ångest hos vuxna och äldre personer [58].

Munhälsa

Munhälsan är en del av livskvaliteten, nära kopplad till exempelvis förmågan att kunna njuta av maten och få i sig den näring man behöver. Den är också nära kopplad till hälsotillståndet i övrigt och viktig att ha i åtanke vid uppföljning av vården och omsorgen.

Allt fler äldre har sina naturliga tänder kvar långt upp i åldrarna, oftast med stora lagningar med olika tandersättningsmaterial. Tandförluster ersätts på olika sätt. I stället för avtagbara proteser som var vanliga förr, gör man i dag allt fler käkbensförankrade implantat.

Sedan 2002 har runt 150 000 personer, 65 år och äldre, fått implantat av varierande omfattning [2]. De äldre har ofta ett ganska komplicerat munstatus som kräver ett kvalificerat omhändertagande, både av tandvården och via den dagliga egenvården. När det gäller implantat visar forskning att noggrann efterskötsel är en förutsättning för att slippa komplikationer [59]. Det ökade munvårdsbehovet kräver både kontinuerliga tandvårdskontakter och möjlighet till hjälp när den egna förmågan att sköta tänderna sviktar.

Antalet tandvårdsbesök minskar i de högre åldrarna. År 2007 uppgav nästan 77 procent av landets 55–64 åringar att de besökt tandläkaren under de senaste tolv månaderna. Motsvarande siffra för 75–84 åringarna var 69 procent och för de som var 85 år eller äldre, 60 procent [60]. De äldre som flyttar in i särskilt boende har ofta mycket stora behov av vård och omsorg. Det finns ingen riksomfattande statistik över deras munhälsa, men i Uppsala har Folk tandvården rapporterat att personer med omfattande omvårdnadsbehov har en sämre munhälsa jämfört med friskare personer i samma åldrar [61]. Den enskilde prioriterar ofta bort tandvård i takt med tilltagande sjuklighet. Samtidigt kan hindren vara många. Den ordinarie tandläkarmottagningen kan sakna hiss, eller så är hissen för trång för en rullstol. Inte så sällan har tandläkaren gått i pension och det har inte blivit av att etablera en ny kontakt. Många allmänpraktiker känner också en viss tveksamhet inför behandling av äldre, sköra patienter.

Den 1 juli 2008 kom en ny tandvårdsförsäkring som innebär att högkostnadsskyddet för personer 65 år och äldre ersätts med ett allmänt högkostnadsskydd. Vidare finns det sedan 1999 en tandvårdsreform om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade. Dessa förmåner når långt ifrån alla berättigade [62].

Landstingen i Sverige har uppskattat att 163 300 äldre och funktionshindrade personer var berättigade till tandvårdsstödet 2007. Det året hade 61 procent av de berättigade, blivit uppsökta. Skillnaden mellan landstingen var stor och andelen uppsökta varierade mellan 48 och 78 procent.

Av personer berättigade till tandvårdsstöd hade 64 procent fått nödvändig tandvård för hälso- och sjukvårdstaxa, men även här varierade andelen stort

mellan landstingen. Det var svårast att nå personer i ordinärt boende [62, 63]. Även om en viss ökning har skett i antalet uppsökta från 2006 så finns risken att genomförandet av tandvårdsstödet kommer att bli ännu svårare eftersom allt fler äldre vårdas i det egna hemmet [13].

En rapport från Jönköpings län visar att bara två tredjedelar av vårdpersonalen i särskilda boenden får den munhälsoutbildning som ingår i den uppsökande verksamheten [64]. Vårdgivarna verkar inte heller följa intentionen att vårdpersonal ska vara närvarande vid munhälsobedömningarna. Detta gör att den praktiska, individuella handledningen försvinner, och det märks på vårdpersonalens bristande kunskap [64].

Det är biståndsbedömaren som intygar behovet och många vet inte hur de ska hantera reformen [65]. Målgruppen utgörs av äldre som bor i särskilt boende och de som bor i ordinärt boende med personlig omvårdnad under större delen av dygnet, dvs. har personlig omvårdnad tre gånger per dag inklusive tillsyn under natten [66]. Det finns dock exempel på att detta i praktiken tolkas som att det handlar om personlig omvårdnad som det offentliga står för. Det leder till att de som får den personliga omvårdnaden via anhöriga riskerar att bli utan det intyg som krävs [67]. Ett annat problem är att vissa vårdtagare också kan känna en tveksamhet inför att släppa in okänd tandvårdspersonal i sitt hem. Andelen hemtjänstutförare är hög och det blir svårt att upparbeta fungerande kontaktytor.

Sammantaget kan konstateras att kunskapen om äldres munhälsa och äldre tandvård i stort är bristfällig eftersom det saknas både forskning och utveckling inom området och riksomfattande statistik.

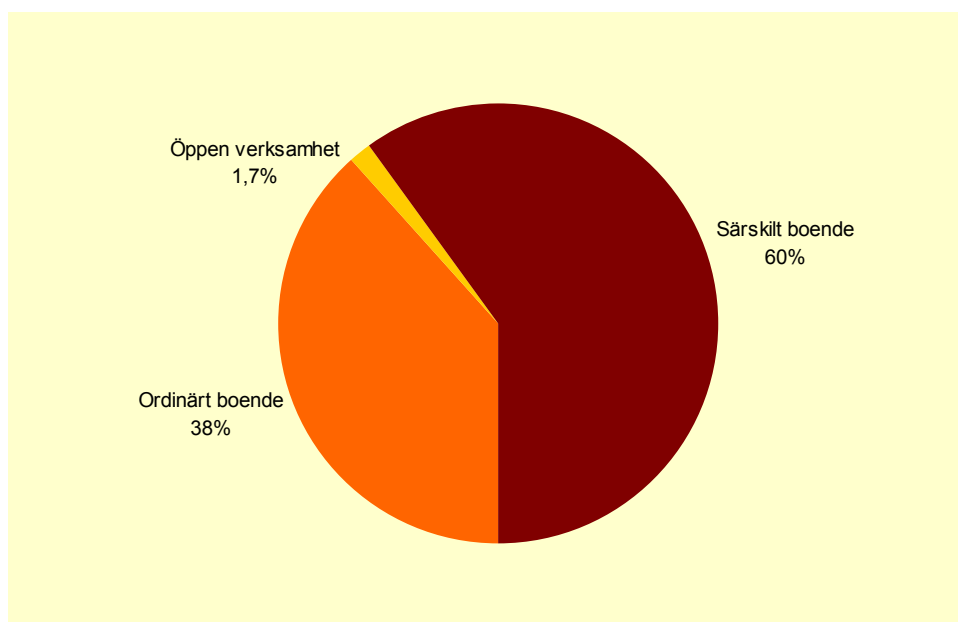
Resurser för vård och omsorg om äldre

Kommunernas kostnader för vård och omsorg

Av socialtjänstens totala kostnader 2007 var 54 procent kostnader för vård och omsorg om äldre. Sedan 2003 har andelen minskat med 2,8 procentenheter.

Kostnaderna för äldreomsorgen uppgick till totalt 83 459 miljoner kronor för 2007. Det är en minskning med 1,6 procent i fasta priser sedan 2003. Troligen har kostnaderna minskat mer eftersom en del kostnader för insatser till personer med psykiska funktionshinder av allt att döma har tillkommit från och med 2007 på grund av en definitionsändring.

Figur 3. Andel kostnader (i procent) för särskilt boende, ordinärt boende och öppen verksamhet av äldreomsorgens totala kostnader 2007



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2007, SCB

Av kommunernas totala kostnader för vård och omsorg om äldre 2007, utgjorde 60 procent kostnader för särskilt boende (figur 3). Motsvarande andel 2003 var 66 procent. Kostnadsandelen i ordinärt boende har ökat på motsvarande sätt, från 32 procent 2003 till 38 procent 2007. En liten del av ökningen av kostnaderna för ordinärt boende kan bero på den definitionsändring avseende kostnader för insatser till personer med psykiska funktionshinder som infördes från och med 2007.

Ser man till kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen, relaterat till olika former av vård och omsorg, syns ett tydligt mönster (tabell 8). Det är fram-

för allt för särskilda boenden som de totala kostnaderna minskade mellan 2003 och 2007: 6 300 miljoner kronor i fasta priser, vilket motsvarar en minskning med 11 procent. Även den öppna verksamheten har minskat men med ett betydligt mindre belopp.

För insatser i det ordinära boendet ökade kostnaderna i stället med 5 200 miljoner kronor mellan 2003 och 2007, vilket motsvarar 20 procent. En liten del av denna ökning kan bero på definitionsändringen avseende kostnader för insatser till personer med psykiska funktionshinder. Korttidsvården ökade med 17 procent under samma period. Kostnaderna för hemtjänst började samlas in 2004 och har sedan dess ökat med 13 procent.

Information om kostnadsdefinitioner och beräkningsgrunder för kostnader finns i en bilaga i denna rapport.

Tabell 8. Kostnadsutveckling för äldreomsorgens insatser 2003–2007 Miljoner kronor samt procent, 2007 års priser

	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring 2003–2007, mnkr	Förändring 2003–2007, %
Äldreomsorg	84 801	84 056	81 817	83 178	83 459^a	-1 342^a	-1,6^a
Särskilt boende	56 331	54 545	51 744	51 336	49 988	-6 343	-11
Ordinärt boende	26 844	27 937	28 640	30 438	32 089 ^a	5 245 ^a	20 ^a
Hemtjänst	..	20 081	19 778	21 386	22 640 ^a	2 559 ^{ab}	13 ^{ab}
Korttidsvård	4 566	4 813	4 836	5 066	5 334 ^a	769 ^a	17 ^a
Övriga insatser	..	..	4 026	3 986	4 114	88 ^{ac}	2,2 ^{ac}
Öppen verksamhet	1 626	1 574	1 433	1 404	1 381	-244	-15

.. Uppgift ej tillgänglig.

^a Ny definition. Från och med 2007 ingår även kostnader för insatser till personer med psykiska funktionshinder.

^b Avser förändring 2004–2007.

^c Avser förändring 2005–2007.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2003–2007, SCB.

Inom det ordinära boendet avser drygt 70 procent av kostnaderna hemtjänst-insatser. De övriga kostnaderna fördelas relativt jämnt mellan korttidsvård, 17 procent, och övriga insatser, 13 procent. Till kategorin övriga insatser i ordinärt boende förs kostnader för dagverksamhet, hemsjukvård, bostadsanpassning mm. Sedan 2004 när uppgifterna för hemtjänst började samlas in har kostnadsandelarna förändrats något inom det ordinära boendet. Kostnadsandelen för hemtjänst minskade från 72 procent 2004 till 70 procent 2007. Även kostnadsandelen för korttidsvård har minskat något medan andelen har ökat för övriga insatser inom ordinärt boende.

Kostnad per person med insats

Det finns stora skillnader mellan kommunerna, både när det gäller de totala kostnaderna för vård och omsorg, som kostnader för olika verksamheter. I mediankommunen, dvs. den kommun som ligger exakt ”i mitten” bland kommuner i kostnadshänseende, kostade särskilt boende i genomsnitt 557 700 kronor per boende under 2007 (tabell 9). De kommunala skillnaderna är fortfarande stora.

Tabell 9. Utveckling av mediankommunens genomsnittliga kostnad för särskilt boende per boende och för korttidsboende per dygn 2004–2007. Kronor per person med insats samt procent, 2007 års priser

	2004	2005	2006	2007	Förändring 2004–2007, kr	Förändring 2004–2007, %
Särskilt boende per boende	532 900	532 600	552 500	557 700	24 800	4,7
Korttidsvård per dygn	1 590	1 450	1 520	1 630	40	2,5

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2004–2007, Socialstyrelsen.

Kostnaden varierade mellan 432 300 och 704 700 kronor per boende i olika kommuner trots att de tio procent av kommunerna med lägst respektive högst värden är exkluderade. Mediankommunens genomsnittliga kostnad är 4,7 procent högre än vad den var 2004.

Korttidsvård kostade i genomsnitt 1 630 kronor per dygn i mediankommunen år 2007. Även här är de kommunala skillnaderna stora, från 765 till 2 550 kronor per dygn. Jämfört med 2004 har genomsnittskostnaden 2007 för korttidsvård ökat med 2,5 procent.

Kostnad per invånare 65 år och äldre

Om man fördelar kommunens kostnader för äldreomsorg på samtliga invånare 65 år och äldre, blev kostnaden per invånare 65 år och äldre i mediankommunen i genomsnitt 52 200 kronor under 2007. Det är en minskning med 3 procent sedan 2004. Kostnaden per invånare 65 år och äldre har minskat med 7,3 procent för särskilt boende och med 2,3 procent för hemtjänst. Minskningen för hemtjänst kan vara större med tanke på den definitionsändring som införts från och med 2007.

Tabell 10. Utveckling av kostnad per invånare 65 år och äldre för äldreomsorgens insatser 2004–2007. Kronor per invånare 65 år och äldre samt procent, 2007 års priser

	2004	2005	2006	2007	Förändring 2004–2007, kr	Förändring 2004–2007, %
Äldreomsorg	53 800	51 800	52 800	52 200^a	-1 600^a	-3,0^a
Särskilt boende	34 300	32 600	32 100	31 800	-2 500	-7,3
Ordinärt boende	18 200	18 000	18 700	18 800 ^a	600 ^a	3,3 ^a
Hemtjänst	13 000	12 300	12 900	12 700 ^a	-300 ^a	-2,3 ^a
Korttidsvård	2 700	2 770	2 850	2 950	250	9,3
Övriga insatser	..	1 970	2 240	1 460	-510 ^b	-26 ^b
Öppen verksamhet	540	470	530	510	-30	-5,6

^a Från 2007 ingår även kostnader för insatser till personer med psykiska funktionshinder.

^b Avser förändring 2005–2007.

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2004–2007, Socialstyrelsen.

Kostnaden per invånare 65 år och äldre har ökat som helhet för ordinärt boende. Det syns bland annat i kostnaden för korttidsboende per invånare 65 år

och äldre. Den kostnaden har ökat med 9,3 procent under perioden 2004–2007.

Landstingens kostnader för vård och omsorg

Landstingens kostnader för vård och omsorg om äldre är lägre än kommunernas kostnader för äldre. Enligt uppgifterna som presenteras i tabell 11 har kostnaderna beräknats till 68 100 miljoner kronor under 2007. Det är en ökning med 5,4 procent sedan 2004. Ökningarna har skett inom primärvården (5 procent), den somatiska specialistvården (närmare 7 procent) samt inom övrig hälso- och sjukvård (drygt 5 procent).

Landstingens beräknade kostnader för äldre är lägre jämfört med de uppgifter som har redovisats i tidigare lägesrapporter. En översyn har gjort att beräkningsmetoden har justerats. Som bas för rikets kostnader för hälso- och sjukvård har Landstingens räkenskapssammandrag används istället för uppgifter om hälso- och sjukvård i Nationalräkenskaperna samt uppgifter från Läkemedelsregistret. Ytterligare information om kostnadsberäkningarna och jämförelse med tidigare uppgifter m.m. finns i en bilaga i denna rapport.

Tabell 11. Kostnadsutveckling för landstingens beräknade^{abc} kostnader för äldre 2004–2007. 2007 års priser. Miljoner kronor samt procent

	2004	2005	2006	2007	Förändring 2004–2007, mnkr	Förändring 2004–2007, %
Hälso- och sjukvård^{abc}	64 600	65 600	66 500	68 100	3 500	5,4
Primärvård ^a	7 800	8 100	8 300	8 200	400	5,1
Somatisk specialistvård ^a	39 700	40 600	41 500	42 400	2 700	6,8
Psykiatrisk specialistvård ^a	1 500	1 500	1 600	1 500	0	0,0
Övrig hälso- och sjukvård ^b	7 300	7 200	6 900	7 700	400	5,5
Läkemedel inom läkemedelsförmånen ^c	8 300	8 200	8 200	8 300	0	0,0

^a Kostnaderna har beräknats utifrån äldres andel av kostnaderna i Region Skåne. Denna andel har sedan antagits gälla hela riket och använts på de uppgifter om hälso- och sjukvård som landstingen har lämnat i landstingens räkenskapssammandrag.

^b För kostnader avseende handikapp- och hjälpmedelsverksamhet har 70 procent antagits gälla äldre. För övriga kostnader har Region Skånes kostnadsandel använts.

^c Uppgifter avseende 65 år och äldre hämtade från Läkemedelsregistret.

Källa: Landstingens räkenskapssammandrag 2004–2007, SKL och SCB samt Region Skåne och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

De äldres andel av kostnaderna för hälso- och sjukvård har i Region Skåne varit konstant på 37 procent av de totala kostnaderna under perioden 2004–2007. Äldres andel av primärvårdens kostnader har legat på 26–27 procent, av somatisk specialistvård på 43–44 procent och psykiatrisk specialistvård på 9–10 procent. Landstingens kostnader för äldre följer i stort sett utvecklingen för landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård.

Kostnader för primärvård avser insatser av allmänläkare, sjuksköterskor, sjukgymnastik, arbetsterapi, jourverksamhet, primärvårdsansluten hemsjukvård och slutna primärvård. Somatisk och psykiatrisk specialistvård innehåller mottagningsverksamhet, dagsjukvård, hemsjukvård och slutna vård. I övrig hälso- och sjukvård ingår ambulans- och sjuktransporter, sjukresor,

handikapp- och hjälpmedelsverksamhet, social verksamhet, folkhälsofrågor och FoU avseende hälso- och sjukvård samt övrigt.

Totala kostnader för vård och omsorg

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre har beräknats till 151 600 miljoner kronor under 2007. Det är en ökning med 2 procent sedan 2004. Under samma period har befolkningen 80 år och äldre ökat med 1,8 procent och befolkningen 65 år och äldre ökade med 3,5 procent.

Tabell 12. Kostnadsutveckling för kommunernas och landstingens kostnader för äldre 2004–2007. 2007 års priser. Miljoner kronor samt procent

	2004	2005	2006	2007	Förändring 2004–2007, mnkr	Förändring 2004–2007, %
Totalt^a	148 700	147 400	149 700	151 600	2 900	2,0
Kommuner	84 100	81 800	83 200	83 500 ^b	- 600 ^b	-0,7 ^b
Landsting ^a	64 600	65 600	66 500	68 100	3 500	5,4

^a Kostnaderna har beräknats utifrån äldres andel av kostnaderna i Region Skåne. Denna andel har sedan antagits gälla hela riket och använts på de uppgifter om hälso- och sjukvård som landstingen har lämnat i landstingens räkenskapssammandrag.

^b Ny definition. From 2007 ingår även kostnader för insatser till personer med psykiska funktionshinder.

Källa: Landstingens och kommunernas räkenskapssammandrag 2004–2007, SKL och SCB samt Region Skåne och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kommunernas och landstingens kostnader för äldre motsvarar 4,9 procent av BNP 2007. Med anledning av den nya beräkningsmetoden är också andelen av BNP lägre än vad som har redovisats i tidigare lägesrapporter. Mellan 2004 och 2007 minskade andelen med 0,5 procent, vilket beror på det nya sättet att beräkna landstingets kostnader för hälso- och sjukvård för äldre.

Personal inom vård om omsorg om äldre

Antal anställda

Antalet personal inom vård och omsorg och deras kompetens har stor betydelse för kvaliteten på vården och omsorgen. Antalet anställda inom vård och omsorg om äldre har minskat under senare år. År 2002 arbetade 248 900 personer, månads- och timanställda, hos kommunala och enskilda utförare, vilket ska jämföras med 232 800 personer år 2007 (se tabell 13). Det innebär en minskning med nästan 16 100 personer, eller drygt 6 procent. Den kommunalt anställda personalen har minskat kraftigt samtidigt som de enskilt anställda ökat.

De redovisade uppgifterna bygger på skattningar i två led. Kommunerna fördelar inte personalen mellan dem som arbetar med äldre personer respektive yngre personer med funktionshinder, varför en sådan uppdelning gjorts schablonmässigt i efterhand. Officiell statistik beskriver inte de enskilda utförarnas personal. Därför är detta antal uppskattat utifrån den andel av verksamheten som enskilda utförare sköter.

Tabell 13 Antal kommunalt anställda (inklusive lediga och sjukskrivna) inom vård och omsorg om äldre 2002–2007

År	Kommunanställda Månadsanställda*	Timanställda*	Anställda hos en- skilda utförare**	Summa
2002	176 640	49 600	22 600	248 900
2003	173 400	47 700	22 100	243 200
2004	167 800	49 300	21 700	238 900
2005	163 100	42 600	25 300	230 200
2006	166 600	43 200	26 200	236 000
2007	162 900	43 400	26 500	232 800

Källa: Egna bearbetningar av personalstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting.

*Antal anställda inom vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder har fördelats på de båda verksamheterna med en nationell schablon. Denna bygger på hur kostnaderna i räkenskapssammandraget fördelas mellan verksamhetsområdena. Denna andel var 64,3 procent år 2007.

** Antal anställda hos enskilda utförare har skattas med stöd av Socialstyrelsens verksamhetsstatistik, av vilken framgår att 11 procent av hemtjänsten och 14 procent av det särskilda boendet utförs av enskilda utförare. Vi har antagit att personalbemanning är densamma i kommuner och hos enskilda utförare.

Dessa uppgifter visar antalet anställda personer, men personalen kan arbeta olika andelar av heltid. Under senare år har sysselsättningsgraderna ökat. Andelen av personalen som är i arbete har också ökat, främst genom att sjuktalen minskat något. Detta innebär att arbetsvolymen inte nödvändigtvis har minskat trots att antalet anställda gjort det.

Antal anställda efter yrkesgrupp

Personalens sammansättning av anställda med viss yrkesutbildning ger en allmän uppfattning om vilken formell kompetens de har. Denna beskrivning avser både månadsanställd personal som arbetar inom vården och omsorgen om äldre, och den personal som arbetar med funktionshindrade personer. De enskilda utförarna ingår inte i denna redovisning.

Det totala antalet månadsanställda, mätt på nyss nämnda sätt, har minskat något mellan åren 2002 till 2007: från 256 000 till 253 300. Men utvecklingen är olika för olika yrkesgrupper. Arbetsledarnas antal har ökat något, medan antalet sjuksköterskor i stort sett är oförändrat. Däremot har antalet arbetsterapeuter och sjukgymnaster ökat kontinuerligt. Den kraftigaste ökningen finns i kategorin övrig vårdpersonal, som huvudsakligen består av personliga assistenter inom omsorgen om personer med funktionshinder.

Om vi bortser från grupperna övrig vårdpersonal och övrig personal och jämför andelen i yrkesgrupper där högskoleutbildning är normen (arbetsledare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) framkommer en tydlig utveckling: en allt större andel av personalen har högskoleutbildning. År 2002 utgjorde denna andel ungefär 11 procent av personalen och år 2007 15 procent. Den relativa ökningen är störst för arbetsledare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Däremot var antalet sjuksköterskor oförändrat. I kategorin arbetsledare kan dock finnas sjuksköterskor, okänt hur många.

Under den beskrivna perioden har det alltså skett en kompetenstillväxt inom kategorin månadsanställda i kommunernas vård och omsorg om äldre, mätt som andel i arbeten som normalt kräver högskoleutbildning. Då har vi förutsatt att utvecklingen av antalet månadsanställda i de använda yrkesgrupperna har varit proportionell mellan vården och omsorgen om äldre och

om personer med funktionshinder. Denna ökning har dock skett från en mycket låg nivå, om man jämför med till exempel kommunernas förskoleverksamhet.

Tabell 14 Antal kommunalt anställda inom vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder fördelat på yrkesgrupper för åren 2002–2007
Månadsavlönade (inklusive lediga och sjukskrivna)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Arbetsledare*	8 200	9 500	9 800	10 100	10 500	10 400
Undersköterskor, vårdbiträden	192 200	192 300	187 000	185 800	185 500	181 200
Sjuksköterskor	11 900	12 100	12 200	12 200	12 100	11 900
Arbetssterapeuter	2 500	2 600	2 700	2 700	2 800	2 900
Sjukgymnaster	1 100	1 200	1 300	1 400	1 500	1 600
Övrig vårdpersonal **	26 600	28 100	29 300	30 900	32 100	33 400
Övrig personal	12 500	13 000	12 000	11 700	11 800	11 900
Totalt	256 000	258 800	254 300	254 800	256 000	253 300

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting. Aktuellt om äldreomsorgen 2004–2008.

* I gruppen arbetsledare ingår hemvårdsinspektörer och assistenter.

** I gruppen övrig vårdpersonal ingår personliga assistenter.

Förutom att en allt större andel av månadsanställd personal har högskoleutbildning har också en större andel undersköterskor och vårdbiträden yrkesförberedande utbildning för sitt arbete. År 2002 hade knappt 60 procent av omvårdnadspersonalen sådan utbildning [68]. Material från Socialstyrelsens äldreguide visar att medelvärde för 2007 var 73 procent. Uppgifterna är dock inte helt jämförbara. Mellan åren 2006 och 2007 skedde en omläggning, där även äldre KOMVUX utbildningar togs med, vilket höjde medianvärdet med 7,7 procentenheter. Men även när man tar hänsyn till effekterna av omläggningen kvarstår en ökning. Andelen av omvårdnadspersonalen som hade yrkesförberedande utbildning ökade mellan åren 2002 och 2007 med drygt 5 procentenheter.

12 procent av vård- och omsorgsarbetet utförs av timavlönad personal [69], som inte ingår i ovanstående redovisning. Av de timavlönade har färre yrkesförberedande utbildning än de månadsanställda.

Skillnader mellan kommuner i tillgång på personalkompetens

Andelen av personalen som har yrkeskompetens har ökat under senare år. Detta har skett samtidigt som det totala antalet anställda har minskat. En given fråga är vad detta innebär för kvaliteten inom vård och omsorg. Under den här perioden har det inte funnits någon systematisk mätning av kvaliteten i verksamheten, och därför finns det inga uppgifter om hur kvaliteten faktiskt påverkats av förändringarna i personalens antal och sammansättning.

Kunskapsläget

Det finns få väl genomförda studier om sambandet mellan personalens kompetens och kvaliteten i omsorgen och vården. År 2001 publicerade Institute of Medicine en genomgång av kunskapsläget beträffande personalbemanning och kvalitet i vård och omsorg. Man fann vetenskapligt stöd för att hög personaltäthet och hög andel sjuksköterskor i förhållande till omvårdnadspersonal är relaterat till god kvalitet i särskilt boende för äldre. Det finns belägg för att sjuksköterskor som deltar i det direkta vårdarbetet samt ger praktisk vägledning till omvårdnadspersonalen påverkar vårdens kvalitet positivt. Däremot finns inget stöd för vilken kompetenssammansättning hos personalen som är optimal.

En viss personalbemanning och sammansättning av personalens kompetens är nödvändiga, men inte tillräckliga förutsättningar för god kvalitet. Praktisk träning, handledning, ledarskap, organisationskultur och andra omgivningsfaktorer är avgörande för att god personaltillgång och kompetens ska resultera i god kvalitet för brukarna.

I studien konstateras att det saknas studier av effekterna av socialt arbete, arbetsterapi, sjukgymnaster, dietister, tandläkares, apotekares och andra yrkesgruppers arbete [70]. Det finns också exempel på studier som visar att ökade kunskaper i sig hos personalen inte alltid leder till bättre kvalitet i tjänsterna [64, 71, 72]. Personalens kunskaper ökade när de fick utbildning av omvårdnadspersonal i tandvård och munhälsa, men de äldre fick inte mer och bättre hjälp med sin munhygien.

Avgörandet för att en kompetensökning ska ge effekter för brukarna tycks vara hur den genomförs. Personalens kompetens och deras arbetssätt måste förändras samtidigt. Teoretiska kunskaper måste förenas med praktiska övningar. Arbetsledningen bör uppmuntra kontinuerligt lärande genom att arbeta för en lärande kultur där handledning har stor betydelse.

Det tycks alltså finnas stöd för att god personaltäthet i allmänhet och hög sjuksköterskebemanning främjar god kvalitet. Men för att det ska bli så i praktiken krävs också att verksamheten är utformad så att den stöder lärande och utveckling.

Skillnader mellan äldreboenden

En analys av det material Socialstyrelsen presenterat i Äldreguiden visar att det finns betydande skillnader mellan olika äldreboendens bemanning. Det gäller såväl antalet årsarbeten per boende som personalens sammansättning.

Genomsnittligt i landet finns 0,95 årsarbeten per boende i äldreboende med permanent boende för äldre. Antalet årsarbeten per boende fördelat på personalkategorier framgår i tabell 15.

Tabell 15 Antal årsarbeten* per boende i permanent särskilt boende fördelat på personalkategorier, medianvärden, 2007

Personalkategori (månadsanställda)	Antal årsarbeten per boende
Arbetsledare	0,03
Sjuksköterskor	0,05
Arbetssterapeuter	0,007
Sjukgymnaster	0,005
Omvårdnadspersonal: Yrkesutbildad	0,58
Ej yrkesutbildad	0,14
(Timavlönad**)	0,09)

*I beräkningen används delningstalet 38,25 timmar/vecka.

**Ej månadsanställda

Personalen består till störst del av omvårdnadspersonal. Den största kategorin är omvårdnadspersonal med yrkesförberedande utbildning, vilka i median äldreboendet är 0,58 per boende.

Den högskoleutbildade personalen, inte minst sjuksköterskor, har en kvalitetspåverkande roll. Genomsnittligt finns 0,05 årsarbeten sjuksköterskor vid permanent särskilt boende. Antalet sjuksköterskor är något högre än antalet chefer. Däremot är antalet arbetssterapeuter och sjukgymnaster betydligt lägre, eller 0,007 respektive 0,005 per boende. Det betyder 1 årsarbete sjukgymnaster på 200 boende.

En analys av skillnaderna mellan enheter visar betydande variation i personalens sammansättning. För sjuksköterskor varierar antalet årsarbeten per brukare mellan 0,02 och 0,1, vilket betyder att den är fem gånger högre på det boende som ligger högst jämfört med det som ligger lägst. På samma sätt varierar antalet årsarbeten månadsavlönad omvårdnadspersonal. För dessa är variationen mellan 0,2 och 0,8 årsarbeten per boende.

Vid tolkningen av dessa uppgifter bör noteras att servicehus/serviceboende ingår i äldreboenden. Vid dessa är vanligtvis behoven av insatser mindre än i andra äldreboenden. Även i övrigt finns variationer i hur mycket insatser de äldre vid respektive enhet behöver.

Mer kompetens – bättre kvalitet?

Personalbemanning per brukare och yrkesmässig sammansättning av personalen skiljer sig mycket åt vid landets olika äldreboenden. Det finns också stöd i litteraturen för att högre bemanning, särskilt för sjuksköterskor, skulle främja god kvalitet.

En avsikt med öppna jämförelser är att stimulera kvalitetsutvecklingen. Stora variationer mellan enheter i olika avseenden ger möjligheter till lärande och analys. En avgörande brist är dock att det saknas data om effekter av vården och omsorgen för brukaren. Det gör det omöjligt att analysera eventuella samband mellan personalens storlek och kompetens och kvaliteten vid äldreboenden.

Ytterligare en förutsättning för att kunna analysera samband mellan personal och kvalitet är att man måste känna till de genomsnittliga vård- och

omsorgsbehoven vid äldreboendena. I vårt material jämför vi personalbemanning per boende oberoende av de boendes behov av insatser.

De data som samlas in för att presenteras på Äldreguiden är ett viktigt första steg mot att bättre beskriva och förklara vilka faktorer som främjar god kvalitet inom vården och omsorgen. Men för att sådana analyser ska bli möjliga krävs ytterligare uppgifter, inte minst en beskrivning av brukarnas behov och tillstånd samt utfallet av omsorgen och vården.

Rekryteringsläget

För merparten av personalen inom vården och omsorgen om äldre råder ganska god balans mellan tillgång och efterfrågan på personal för närvarande. Däremot finns inte tillräckligt många erfarna sjuksköterskor, och det finns också en brist på såväl distriktssköterskor som sjuksköterskor med specialistutbildning i geriatrik. Men de regionala variationerna är stora [73]. Nästan var tredje kommun uppger att de har problem med att rekrytera sjuksköterskor, särskilt vikarier. En lika stor andel hyr in sjuksköterskor [74].

För sjukgymnaster och arbetsterapeuter finns en balanserad arbetsmarknad, men med förhållandevis stora regionala skillnader. För biståndsbedömare och enhetschefer var rekryteringsläget våren 2008 i stort sett oförändrat mot 2007.

Sammantaget finns en balanserad arbetsmarknad för yrkesutbildad omvårdnadspersonal, som undersköterskor, om än med regionala skillnader. Rekryteringsläget kan förbättras under 2009, som en följd av minskad efterfrågan på personal inom vård och omsorg på grund av sämre kommunal ekonomi. På fem till tio års sikt förväntas brist på utbildad omvårdnadspersonal [73].

Resurser för vård och omsorg om personer med demens

I takt med att allt fler personer lever längre, ökar också andelen i befolkningen som lever med en kronisk sjukdom. Demenssjukdomar är kroniska, obotliga, långvariga och sakta men säkert funktionsnedsättande tillstånd som på ett påtagligt sätt påverkar hela livssituationen för de sjuka och deras anhöriga. Diskussionen om vad som kan och bör göras för de demenssjuka och deras anhöriga har tagit fart, dels på grund av den kraftiga ökningen av antalet dementa de senaste decennierna, dels på grund av att vården och omsorgen av dessa personer oftast är resurskrävande.

Samhällskostnaderna för vård och omsorg om personer som drabbas av demenssjukdom är omfattande. I en studie av demenssjukdomens samhällskostnader beräknades kostnaderna till totalt drygt 50 miljarder kronor år 2005. Merparten av dessa kostnader faller på kommunerna, drygt 42 miljarder kronor. Ungefär 35–38 miljarder kronor bedöms kunna hänföras till demenssjukdomen i sig [75]. Det kan ställas i relation till drygt 80 miljarder kronor: den totala kostnaden för kommunal vård och omsorg om äldre år 2005.

De anhörigas insatser för de demenssjuka är omfattande. Hur deras vård ska kvantifieras och värderas i termer av pengar är en svår och kontroversiell fråga.

Både av humanitära och ekonomiska skäl är det nödvändigt att vidta speciella åtgärder för vård och omsorg av dementa. Det är framför allt kommunerna som måste utveckla strategier för att möta de växande behoven hos personer med demenssjukdom. Med utgångspunkt i departementspromemorian På väg mot en god demensvård [76] har staten satsat på att höja kompetensen i demensvård bland personal inom vården och omsorgen om de äldre. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i en omfattande kunskapsöversikt redovisat det vetenskapliga underlaget för utredning och behandling av demenssjukdomar [77]. Från och med 2007 finns också särskilda statliga stimulansmedel för kommuner och landsting, som bland annat syftar till att öka kvaliteten i demensvården. Det pågår också en uppbyggnad av ett nationellt individbaserat kvalitetsregister, Svedem, på området demensvård. Anhörigorganisationerna, Alzheimerföreningen och Demensförbundet gör enastående insatser för att stötta de dementa och deras anhöriga, ett arbete som också stöds med statliga bidrag.

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen etablerat två nationella kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre med inriktning på frågor som rör anhöriga respektive demensvård. Inom respektive sakområde ska centrumen skapa nationell överblick genom att samla in, strukturera och sprida kunskap och stimulera utvecklingsarbete.

Svenskt demenscentrum startade 2008 med Stiftelsen Äldrecentrum och Stiftelsen Silviahemmet som gemensam huvudman. Målsättningen är att vara en länk mellan forskning, praktik och beslutsfattare och att utgöra navet i ett nätverk av FoU-verksamheter på demensområdet. Svenskt demenscentrum har börjat arbetet med att etablera nationella nätverk, sprida information om verksamheten via nyhetsbrev och artiklar i dags- och fackpress samt sätta upp webbportalen.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhöriga. Ett väsentligt underlag för detta arbete utgörs av SBU:s kunskapsöversikt. Riktlinjerna, som omfattar landstingets vård och kommunernas vård och omsorg, kommer att presenteras våren 2009.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att följa upp effekten av riktlinjerna. Det saknas dock nationell statistik och andra nationella data som skulle kunna ligga till grund för en sådan uppföljning.

För att beskriva utgångsläget, innan riktlinjerna tas i bruk, är det väsentligt att kartlägga vilka resurser och vilket stöd som finns för de demenssjuka och deras anhöriga i landets olika kommuner och landsting. Socialstyrelsen distribuerade en enkät, till kommuner och landsting under senhösten 2008. En sammanställning av resultaten kommer att publiceras våren 2009 [78].

En preliminär sammanställning av de drygt 80 procent av landets **kommuner** som hittills svarat på enkäten, visar följande:

- Knappt 30 procent av de kommuner som svarat hade en politiskt antagen plan för vården och omsorgen om de demenssjuka i kommunen.

- Cirka 80 procent av kommunerna som svarat hade en biståndsbedömd dagverksamhet riktad till personer med demenssjukdom.
- I närmare 60 procent av de kommuner som svarat fanns det anhörigstöd som särskilt riktar sig till anhöriga till personer med demenssjukdom – utöver det stöd som också riktar sig till andra.
- Drygt 70 procent av kommunerna som svarat hade demenssjuksköterskor anställda i kommunen, varav drygt 40 procent var anställda av både landstinget och kommunen.
- Drygt 5 procent av kommunerna hade demensteam i kommunen.

På motsvarande sätt redovisas här några preliminära resultat från enkäten till **landstingen**:

- 15 av 21 landsting/regioner hade särskilda vårdprogram för vården och omsorgen om de demenssjuka.
- I alla landsting utom ett fanns rutiner för läkemedelsuppföljning av kolinerashämmare eller memantin inskrivet i vårdprogrammet.
- I de flesta landsting utför primärvården 70 procent av utredningarna av demenssjukdom.
- 13 landsting har anställda demenssjuksköterskor.

Kommunens stora resurs för vård av demenssjuka är platser i särskilt boende. Uppgifter om hur många platser som finns för demenssjuka kommer att redovisas i den slutliga rapporten [78].

Drygt 95 200 personer 65 år och äldre bodde i särskilt boende i oktober 2007. I rapporten om demenssjukdomarnas samhällskostnader [75] skattades andelen personer med demenssjukdom till ca 64 procent av det totala antalet boende 65 år och äldre i särskilt boende år 2005. Med samma antagande skulle det innebära att ca 61 000 personer med demenssjukdom bodde i särskilt boende för äldre år 2007.

Dagverksamheter för äldre

Under början av 2000-talet har antalet äldre personer med beviljat bistånd i form av dagverksamhet varit relativt stabilt, runt 12 000–13 000 personer. För 2007 – första året med individbaserad statistik – har antalet personer med beviljad dagverksamhet sjunkit till 10 600 personer [13].

Trots att den beviljade dagverksamheten är en stor verksamhet vet vi i dag lite om vilken roll den spelar i dagens vård och omsorg om äldre. Samtidigt framstår det som förvånande att dagverksamheten inte ökar i omfattning när allt färre äldre bor i särskilt boende.

För att få mer kunskap om dagverksamhetens roll och funktion i vården och omsorgen om äldre, har Socialstyrelsen ställt frågor till länsstyrelserna om deras erfarenheter av dagverksamheten och dess utveckling. Dessutom har personer i Hjälpmedelsinstitutets nätverk som arbetar med äldres rehabilitering i kommunerna fått besvara frågor om dagrehabilitering [79]. Därut-

över redovisas också uppgifter från enkäten om kommunernas anhörigstöd för år 2007.

Dagverksamhetens roll och funktion

Dagverksamheten är svår att få grepp om, eftersom dess innehåll, målgrupper och villkor för att delta kan skilja sig åt väsentligt. Det finns verksamhet som vänder sig till personer med demens eller till äldre med behov av social aktivering och samvaro. Rehabilitering för att behålla eller förbättra äldres funktionsförmåga, är en annan viktig uppgift, liksom avlösning av anhöriga.

Kravet för att få delta kan vara biståndsbedömning enligt SoL, bedömning av HSL-personal, eller bedömning både enligt SoL och HSL. Det finns också öppna dagverksamheter som inte kräver någon form av bedömning.

Demens

Enligt länsstyrelserna utgör dagverksamhet för personer med demens en väsentlig del av den beviljade dagverksamheten. Som tidigare nämnts har cirka 80 procent av landets kommuner biståndsbedömd dagverksamhet som riktar sig till personer med demens.

Verksamhet med inriktning mot personer med demens ställer specifika krav på personalresurser i förhållande till antalet besökare och de specifika behov som demenssjukdomen ger upphov till. Därför kan dessa verksamheter inte vara öppna, utan kräver oftast biståndsbedömning. Samtidigt har dagverksamheten också funktionen att stödja anhöriga och har därmed en viktig roll när det gäller kvarboendet. Länsstyrelsen i Uppsala pekar på att dagverksamhet för personer med demens även kan fungera som ett komplement till hemtjänsten. Det handlar då exempelvis om att hemtjänsten får hjälp vid duschning, med maten och måltiden samt med social aktivering.

Social gemenskap, aktivering och struktur i vardagen

Samvaro, att göra något meningsfullt och att ta sig tid att äta lunch i gemenskap med andra är sådant som förknippas med dagverksamhet. Detta bekräftas också av länsstyrelsernas svar. De beskriver att dagverksamheten är viktig för att bryta isolering, känna gemenskap och att göra något meningsfullt.

Länsstyrelsen i Jönköping noterar att äldre sällan framför särskilda önskemål om hjälp med att utöva intressen och delta i aktiviteter i gemenskap med andra, eftersom de inte känner till att man kan ansöka om sådana insatser. Granskning av biståndsbedömningar visar samtidigt att de sällan innehåller uppgifter om den enskildes vanor, traditioner och intressen [80].

Enligt länsstyrelserna är dagverksamheten sällan föremål för tillsyn, utan hamnar ofta i skuggan av de stora verksamheterna hemtjänst och särskilt boende. Samtidigt lyfter man fram en bild av dagverksamheten i ständig förändring. Några kommuner satsar på dagverksamhet och andra lägger ner den. Vissa kommuner begränsar den beviljade dagverksamheten till personer med demens och satsar i stället på öppna verksamheter för övriga äldre, där frivilliga och ideella organisationer ofta samarbetar.

Utvecklingen mot fler öppna verksamheter som vänder sig till en mycket bred grupp äldre riskerar att stänga ute de fysiskt skröpliga och sköra från

dagverksamhet. De beviljas inte dagverksamhet eftersom den ofta är öronmärkt för personer med demens. Den öppna verksamheten som finns är inte heller något alternativ eftersom personalresurserna är för begränsade för att exempelvis kunna hjälpa en rullstolsburen besökare vid toalettbesök. Man kan inte ta emot denna grupp, något som bland annat länsstyrelsen i Kronberg lyfter fram. Andra grupper som riskerar att bli utan dagverksamhet är utomlands födda som inte kan svenska, något som länsstyrelsen i Örebro påpekar.

Rehabilitering

Den enkätundersökning som Socialstyrelsen och Hjälpmedelsinstitutet genomförde beskriver situationen i drygt var tredje kommun i landet. Troligt är att kommuner som har dagverksamhet med inriktning rehabilitering är överrepresenterade bland de svarande. Dagverksamheten är något vanligare i kommuner som har hemsjukvårdsansvar i ordinärt boende, jämfört med kommuner där lanstinget har ansvaret. Men varför saknas denna verksamhet ändå i så många kommuner med hemsjukvårdsansvar i ordinärt boende och varför förekommer den trots allt i ganska många kommuner som inte har detta ansvar? Följande kan konstateras.

- Kommunerna med hemsjukvårdsansvar i ordinärt boende som saknar denna dagverksamhet anger ofta att de har hemrehabilitering i stället.
- Kommuner som saknar dagverksamhet med inriktning rehabilitering och inte har hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende, framhåller ofta att detta är landstingets ansvar.
- Vissa kommuner har dagverksamhet med inriktning rehabilitering trots att landstinget ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende. Dessa kommuner motiverar det med att verksamheten drivs i samarbete med landstinget.

Om rehabilitering har en framskjuten plats i kommunernas dagverksamheter har alltså att göra med om kommunerna har hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende eller inte. Det beror också på om landstinget och kommunen samverkar kring rehabilitering och i vilken utsträckning kommunen har valt att satsa på hemrehabilitering eller inte.

Att antalet personer som får rehabilitering via dagverksamhet har minskat kan alltså helt eller delvis kompenseras av hemrehabilitering. Frågan är om det finns grupper som riskerar att bli utan rehabilitering överhuvudtaget, om hemrehabilitering utesluter rehabilitering i dagverksamheten?

Undersökningen visar också att det är vanligare med en bedömning enligt HSL än en biståndsbedömning för att få delta i dagverksamhet med inriktning på rehabilitering. Det innebär att volymförändringar av denna verksamhet inte alltid syns i den offentliga statistiken. Många deltagare och därmed hela dagverksamheter kan döljas i det vida begreppet hemsjukvård.

Anhörigstöd

All dagverksamhet, från öppna former av träfflokaler till dem som kräver en bedömning enligt SoL eller HSL fungerar samtidigt som stöd till anhöriga. Socialstyrelsen har under flera år följt utvecklingen av kommunernas anhörigstöd. Andelen kommuner som uppgivit att de erbjuder stöd i form av dagverksamhet som avlösningssplats har pendlat mellan 92 och 94 procent under de senaste åren [81]. Dagverksamheten är alltså en väsentlig del av stödet till anhöriga.

En tillsynsrapport från länsstyrelsen i Dalarna uppmärksammar hur kommunerna tillgodoser behoven av vård och omsorg för äldre personer i ordinarie boende med demenssjukdom [82]. Bland annat har de intervjuat 100 anhöriga till personer som deltar i dessa verksamheter. De anhöriga uttryckte både lättnad och glädje över att dagverksamheten fanns. De fick avlastning samtidigt som de visste att den enskilde fick en stunds meningsfull stimulans och samvaro. Många anhöriga betonade att de hade inflytande i verksamheten och kunde föra en bra dialog med personalen.

En förutsättning för att anhöriga ska använda sig av avlösning är förvisningen om att den närstående har det bra. Då är möjligheten till dialog och inflytande viktig. Dagverksamheten kan alltså spela en viktig roll för anhöriga som stöd, samtidigt som den enskilda kan få en meningsfull tillvaro. Det innebär att de anhöriga bättre kan orka med sin situation hemma.

En annan typ av närallgande verksamheter som har anhöriga som målgrupp är de anhörigcentraler och träffpunkter, som utvecklas runt om i landet med hjälp av statliga stimulansmedel. År 2007 fanns det totalt 276 anhörigcentraler och träffpunkter i 177 av landets kommuner. Cirka 60 procent av dessa hade startats under 2006 eller senare. Cirka var fjärde kommun med anhörigcentral eller träffpunkt erbjuder anhörigcentraler och träffpunkter i samverkan med ideella och frivilliga organisationer [81].

Dagverksamhetens möjligheter och problem

Dagverksamheten framstår i sina olika former som en mångfasetterad verksamhet. Dagverksamheten har en betydelsefull roll i gränslandet mellan en rad andra olika verksamheter och aktörer – till exempel ordinärt och särskilt boende, SoL- och HSL-insatser, anhöriginsatser och offentliga vård- och omsorgsinsatser, socialt inriktad personal och hälso- och sjukvårdspersonal, offentliga aktörer och personer som arbetar frivilligt och ideellt. Detta innebär att dagverksamheten kan spela en viktig roll i många olika avseenden.

Dagverksamheten kan till exempel ha en central roll när det gäller möjligheten till kvarboende. Verksamheten ger anhöriga stöd så att de orkar med sin vardag. Genom att erbjuda samvaro och gemenskap kan den motverka isolering och ensamhet bland äldre, och äldre kan också få utlopp för intressen och lusten att göra något. Vidare kan dagverksamheten erbjuda äldre rehabilitering så att de kan återvända hem efter sjukdom eller upprätthålla de funktioner som behövs för att klara av att bo kvar hemma.

Stimulansbidrag för utveckling av vården och omsorgen om de äldre

Etableringen av FoU-centrum på äldreområdet

Sedan 1999 har Socialstyrelsen fördelat drygt 130 mkr som stimulansbidrag för att etablera regionala FoU-centrum på äldreområdet. Det årliga anslagsbeloppet har varierat. Under senare år har det uppgått till 10 mkr per år. Totalt har 32 regionala FoU-centrum fått planerings- och/eller etableringsstöd under hela eller delar av tioårsperioden. Endast tre FoU-centrum har existerat längre tid än tio år medan fem centrubildningar är relativt nyetablerade. Tre regionala FoU-nätverk har i år fått planeringsstöd för att etablera ett regionalt FoU-centrum. Socialstyrelsen administrerar medlen, följer och rapporterar fortlöpande utvecklingen i lägesrapporten för äldre, som detta år gäller för 2008.

Centrubildningarna på FoU-området är jämförelsevis ganska små verksamheter med en basbemanning på 3–4 medarbetare. Utöver administrativ personal och informatörsfunktionen består personalen av utredare med vanligtvis hög kompetens, inte sällan med doktorsexamen. En administrativt erfaren person, ofta med egen forskarbakgrund, får ansvara för chefsfunktionen. Sedan kompletterar man bemanningen med visstidsanställda medarbetare.

Regeringsuppdraget anger att målet med stimulansbidraget är att ”stimulera en lokalt förankrad och praktisknära kunskapsutveckling inom både äldreomsorg och äldreomsjukvård”. Regionala FoU-centrum ska bedriva verksamheten där kommuner och landsting tar ett gemensamt huvudmannansvar i en avtalsreglerad samverkan med högskola eller universitet. Sådana regionala nätverk finns i dag etablerade i hela landet, från Norrbotten i norr till Skåne i söder. Även Gotland planerar att inrätta ett FoU-centrum på äldreområdet, något som fått statligt planeringsstöd. Genom sin gemensamma hemsida [83] med tillhörande länkar till de enskilda FoU-centrums hemsidor, knyts de regionala FoU-nätverken samman till en nationell kunskapsplattform tillgänglig för brukare, personal, anhöriga och andra invånare.

Under 2008 fick 26 FoU-centrum stimulansbidrag. 23 FoU-centrum fick stimulansbidrag för fortsatt etablering medan tre centrum fått planeringsstöd inför verksamhetsstart. Bidragen varierade: etableringsstöd utgick med 385 000 kronor per år medan planeringsstödet var lägre, 207 000 kronor.

Nyttoorientering och verksamhetsprofilering

Verksamheten vid FoU-centrum har en klart nyttoorienterad profil. Arbetet inriktas på fenomen som är vanligt förekommande i de äldres tillvaro, i vårdens och omsorgens vardag, som är av allmänt intresse samt sådant som tidigare inte blivit tillräckligt utforskat eller belyst på ett vetenskapligt sätt.

FoU-centrumens verksamhet bedrivs på tre verksamhetsnivåer. Den första verksamhetsnivån är utvecklingsarbeten med regional och lokal inriktning. Till exempel metod- och organisationsutveckling, personalutbildning, konsultstöd vid riktlinjearbeten, kartläggning, uppföljning och utvärdering.

Den andra verksamhetsnivån bedrivs med forsknings- och utvecklingsprojekt med en mer vetenskaplig ansats. Här handlar arbetet ytterst om att utveckla, presentera och introducera ett vetenskapligt grundat och beprövat synsätt på hur vården och omsorgen om äldre kan bedrivas. Projekten bedrivs ofta över huvudmannaskapsgränser och i samverkan med universitet eller högskolor. FoU-centrumen sprider resultaten lokalt och regionalt, men är dessutom i allt större utsträckning även av nationellt intresse.

Den tredje nivån är den basverksamhet som består av stödsatser för praktiskt verksamma i vården och omsorgen med handledning, metodstöd, utbildning och fortbildning. FoU-centrumen lägger stor vikt vid att informationen som sprids via webbplatsen, nyhetsbrev, rapporter och meddelanden, är anpassad till den aktuella målgruppen.

FoU:s samarbete med universitet och högskolor utvecklas såväl på det verksamhetsinriktade som på det personliga planet. FoU involverar allt oftare forskare, som samtidigt engageras för utbildning och olika handledningsuppdrag åt anställda i kommuner och landsting. På det professionella planet formar man kunskaps- och forskningsnätverk där FoU-medarbetare samarbetar med universitet och högskolor i angelägna vård- och omsorgsfrågor.

FoU-centrumen rapporterar om en huvudsakligen praktikorienterad verksamhet där de gör stora insatser för att bedriva FoU-arbetet i samverkan med vård- och omsorgspersonal. Exempel på rapporterade effekter av sådant framgångsrikt FoU-arbete kan till exempel handla om förändrad medicinering efter genomförda läkemedelsgenomgångar, ökad samlad kunskap om den enskilde äldre som en effekt av förbättrad dokumentation och informationsspridning samt bättre rutiner för informationsöverföring såväl inom den egna verksamheten som med andra berörda vårdgivare.

Centrumen har också noterat positiva effekter av FoU-insatser inriktade på att göra vardagen mera innehållsrik och individanpassad för de äldre. Även FoU-projekt för att utveckla maten och måltiden har positiva effekter på såväl de äldres hälsotillstånd som välbefinnande. I några fall har också personalens arbetsförhållanden påverkats positivt av att de äldre får en mera allsidig kost och att måltiderna fått en jämnare fördelning över dygnet.

Samarbetet mellan huvudmännen utvecklas genom samverkan i det gemensamma FoU-centrumet, men även som en följd av projektinsatser för förbättrad vårdplanering, försök med gemensam vårddokumentation eller personalutvecklingsinsatser för främst de paramedicinska konsultteamen.

FoU-centrumens förebyggande arbete kan handla om fallprevention, åtgärder för en säker hemmiljö, rutiner för sårvård, adekvat hjälpmedelsanvändning liksom om utbildningar för en god vård och omsorg, ett värdigt bemötande eller konflikthantering. Både den enskilde äldre och den berörda personalen kan märka en högst påtaglig effekt av dessa utbildningsinsatser. Utbildningarna kan förhoppningsvis också minska antalet anmälnings- och tillbudsrapporteringar.

Framtidsperspektiv

- **Väckande huvudmannasamverkan.** På sina håll har landstingshuvudmannen aviserat, och i några fall realiserat sina planer på att avbryta FoU-samverkan. Sådana prioriteringar blir särskilt tydliga när de ekonomiska ramarna krymper. Några FoU-centrum riskerar att läggas ner eller bli tvungna att förändra sin verksamhet radikalt.
- **Bredare uppdrag.** Några FoU-centrum med äldreinriktning har på huvudmännens initiativ breddat sin verksamhet till att omfatta FoU-insatser på en större del av det offentliga välfärdsområdet. En sådan verksamhetsutvidgning sker ofta inom ramen för befintliga resurser.
- **Kort planeringshorisont.** Endast nio FoU-centrum bedriver verksamhet i form av tillsvidareavtal mellan huvudmännen. Övriga har tidsbegränsade avtal med en löptid som varierar mellan två och fem år.
- **Rekryteringssvårigheter.** Verksamheten vid FoU-centrum är särskilt känslig för en minskad bemanning. Även om personalomsättningen vid FoU-centrum är jämförelsevis låg så är det väldigt svårt att ersätta personal såväl tillfälligt som permanent.
- **Osäkerhet om fortsatt statligt engagemang.** FoU-centrum har kunnat få stimulansbidrag i tio år. Det har fungerat som incitament för huvudmannasamverkan i det gemensamma FoU-centrumet. För att få rimliga planeringsförutsättningar efterlyses en mer långsiktig strategi för fortsatt statligt engagemang för regional FoU-verksamhet på äldreområdet.

Stimulansmedel för att utveckla stöd till anhöriga

Under åren 2005–2007 har staten satsat 250 miljoner kronor i stimulansmedel till kommunerna för att utveckla stödet till de anhöriga. I en rapport redovisar Socialstyrelsen utvecklingsläget i landets kommuner år 2007 [81].

Länsstyrelserna fick uppgiften att fördela pengarna till kommunerna. Länsstyrelserna gjorde först avdrag för sina administrativa kostnader, och la sedan till de kvarvarande medlen från år 2005 och 2006. Det totala belopp som länsstyrelserna sedan hade till förfogande vid beslut om 2007 års fördelning av stimulansmedlen till kommunerna var drygt 114 300 000 kronor. Efter beslut om fördelning för år 2007 fanns totalt drygt 6 300 000 kvar. Till största delen är de kvarvarande beloppen intecknade och kommer att betalas ut. En viss del ska användas för länsövergripande aktiviteter och ett belopp kommer att vara tillgängligt för kommuner som ännu inte sökt några bidrag.

Stimulansmedlen för år 2007 har nått 256 kommuner och 49 kommunedelar, vilket är nästan exakt lika många som föregående år. Anledningen till att vissa inte sökt pengar för år 2007 är bland annat att de inte haft tillräckliga personalresurser för att genomföra en ansökan. Några kommuner har prioriterat andra statliga stimulansmedel medan andra uppger att de haft fullt upp med att utveckla anhörigstödet med hjälp av medlen för år 2006. Vidare har ett fåtal avstått från att söka medel eftersom de menar att de redan har det anhörigstöd som behövs.

Runt om i landet pågår ett omfattande utvecklingsarbete. Kommunerna förstärker gamla och bygger ut nya stödformer för anhöriga. Samarbetet

med landstinget liksom med frivilliga och ideella organisationer ökar. Även utbildning av personal i frågor om anhöriga och anhörigstöd har ökat påtagligt det senaste året.

Sammantaget tycks aktiviteten i kommunerna öka när det gäller stödet till anhöriga. Socialstyrelsen startade en webbplats hösten 2007 för att sprida erfarenheter från detta arbete. Webbplatsen handlade om anhörigfrågor, och innehöll bland annat artiklar om utvecklingsverksamhet. Intresset för webbplatsen är stort. Hittills har närmare 3000 personer anmält sig som prenumarer, och totalt sju artiklar har publicerats.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att utveckla metoder för att följa stödet till anhöriga, finns inte tillräckliga förutsättningar att kunna följa hur många personer som egentligen nås av stödet till anhöriga, vilka de är och vilken kvalitet stödet håller. För att kunna beskriva detta krävs att kommunernas skyldigheter och möjligheter att dokumentera olika stödsatser för anhöriga klargörs.

Stimulansmedel för att utveckla äldreomsorgens kvalitet och innehåll

Riksdagen beslöt våren 2006 att bevilja kommuner och landsting 600 miljoner kronor med syfte att utveckla vården och omsorgen till de svårast sjuka äldre. Ytterligare stimulansmedel beslutades för åren 2007, 2008 och 2009.

För år 2007 budgeterade riksdagen 1,35 miljarder kronor för detta ändamål. Kommunerna fick 70 procent av medlen medan landstingen fick 30 procent, och privata vårdgivare kunde ta del av stimulansmedlen genom sina respektive huvudmän. Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att fördela bidragen till kommuner och landsting.

Socialstyrelsens arbete med stimulansmedlen

Många av 2007 års ansökningar knyter an till satsningar som påbörjats år 2006. Det innebär att det finns en kontinuitet i satsningarna över åren [84].

Tabell 16 Beviljade stimulansmedel 2006 och 2007 efter område

Områden	2006	2007	Andel av totalt beviljade medel
Rehabilitering	210	317	29 %
Kost och nutrition	97	132	13 %
Läkemedelsgenomgångar	51	237	16 %
Förstärkt läkarmedverkan	77	119	11 %
Demensvård*	83	203	16 %
Socialt innehåll	-	132	7 %
Förebyggande arbete	-	145	8 %
Summa	519	1 285	100 %

Observera att kommunerna i första hand, utöver ovan redovisade medel, har reserverat medel för kostnader med att ta in individbaserad statistik.

* I fördelningen av 2006 års stimulansmedel ingick en övervägande del satsningar som rör området demensvård i gruppen "övrigt".

Under våren 2008 frågade Socialstyrelsen huvudmännen om de kommit igång med sina satsningar som planerat samt hur samverkan mellan huvudmännen har fungerat.

Aktiviteter under 2006 och 2007

Rehabilitering

De satsningar som startade 2006 och fortsatte 2007 handlade om att utveckla rehabiliteringsverksamheten i kommuner och landsting genom att anställa arbetsterapeuter och sjukgymnaster. På flera håll startade kommuner och landsting gemensamma rehabiliteringsteam. Många av satsningarna förändrade arbetsformerna mot ett mer rehabiliterande förhållningssätt.

Till exempel påbörjade södertörnskommunerna tillsammans med Nestor FoU-center ett utbildningsprogram i ett rehabiliterande förhållningssätt för all vård- och omsorgspersonal. Även andra kommuner, som Gotlands kommun, genomför en liknande satsning för all personal.

Flera kommuner, till exempel Skinnskatteberg, satsar på att utbilda personal i taktstimulering. Enköpings kommun startar korttidsplatser tillsammans med Enköpings lasarett. Norrbottens läns landsting och Kiruna kommun utvecklar vårdkedjan enligt Socialstyrelsens riktlinjer för strokevård.

Kost och nutrition

Medlen har under 2006 och 2007 till stor del använts till att anställa dietister och kostkonsulenter, genomföra utbildningar kring äldre, deras kost och näringsslära och att utveckla individuella kostprogram för undernärda äldre. Landskrona och Uddevalla erbjuder numera alla vårdtagare en genomgång av deras nutritionstatus. Många kommuner, till exempel Gävle, Kungsörs och Falu kommun, har framhållit att dietisterna har tillfört kommunerna en ny kompetens, som kan behövas även efter det att stimulansmedlen är slut.

Flera kommuner har, som Mörbylånga kommun, använt medlen till att inventera antalet undernärda, för att få underlag till att förändra både matens innehåll och se över rutiner för att sprida måltiderna över dygnet och minska nattfastan. Lindesbergs kommun har genomfört utbildningar i samarbete med Örebro universitet för att ändra måltidsmiljön på särskilda boenden.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar har genomgående drivits som samverkansprojekt mellan landsting och kommun. På många håll har det dock varit svårt att genomföra läkemedelsgenomgångar, eftersom det har varit svårt att få tag på apotekare och läkare. Merparten av satsningarna på läkemedelsgenomgångar har genomförts inom särskilda boenden. Flera kommuner och landsting har utöver läkemedelsgenomgångar även satsat på att stärka personalens kompetens, inklusive läkare, om läkemedel.

I Halland finns ett bra exempel på samverkan mellan kommuner och landsting. Alla länets kommuner och landstinget sökte gemensamt medel för att genomföra läkemedelsgenomgångar. Modellen som de arbetat med har fem steg: 1) utbildning av all berörd vårdpersonal 2) insamling, iordnings-

ställande och analys av respektive vårdtagares grunddata 3) läkemedelsrund där alla deltar i en diskussion med förändringsförslag 4) utvärdering av åtgärderna sker efter 6–8 veckor respektive ca 3 månader 5) total utvärdering och resultatsammanfattning. Huvudsyftet är att kvalitetssäkra läkemedelsbehandlingen av äldre genom att höja personalens kompetens och se till att dokumentationen är korrekt. På så sätt vill man öka de äldres livskvalitet.

Förstärkt läkarmedverkan

Alla landsting ansökte om stimulansmedel till förstärkt läkarmedverkan i äldreomsorgen, både i särskilt boende och ordinärt boende. Flera landsting har även förstärkt den geriatrika kompetensen inom äldreomsorgen. Region Skåne har utvecklat äldrevårdsteam som består av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor från både regionen och kommunerna. Avsikten var att förbättra kvaliteten i omhändertagandet av hemmaboende äldre med omfattande vårdbehov. Några landsting, till exempel Uppsala, har startat äldrepsykiatriska öppenvårdsteam som består av läkare och sjuksköterska.

Demensvård

En stor del av medlen kommer att användas till att utbilda vårdbiträden och undersköterskor i demens. Uppsala kommun utbildar ett drygt hundratal vårdbiträden och undersköterskor till Silviasystrar, medan till exempel Lunds kommun även ger sjuksköterskor möjlighet att vidareutbilda sig till demenssjuksköterskor.

Ett sextiotial kommuner och fem landsting använder en stor del av medlen till att starta eller vidareutveckla demenssteam med uppdrag att ge stöd till det praktiska vård- och omsorgsarbetet. Även områden som sinnesträdgårdar eller andra förändringar av de äldre dementas miljö finns med i många ansökningar. Däremot är det få huvudmän som planerar utvecklingsprojekt med ny teknik som kan stödja de dementas möjligheter att bo kvar hemma.

Socialt innehåll

Många kommuner redovisar att deras egna brukarundersökningar visar att de äldre har tråkigt på äldreboenden. Detsamma gäller också äldre med hemtjänst. Men man gör oftast inget åt det. De resurser som tidigare fanns för att utveckla innehållet i vardagen, har ofta försvunnit som besparingar. Därför ser många stimulansmedlen som en möjlighet att förstärka personalstyrkan med syfte att utveckla det sociala innehållet i verksamheten.

Det är vanligt att använda medlen till att utveckla öppna dagverksamheter eller träfflokaler. Ofta sköter man lokaldriften tillsammans med frivilligorganisationer som Pensionärernas riksorganisation (PRO), Sveriges pensionärsförbund (SPF) och De handikappades riksförbund (DHR). Ibland, som i Stockholm stad, kombinerar man dagverksamheten med mat och busstransport till pensionärer. På motsvarande sätt satsar Göteborg på att ge maten ett stort utrymme, där man startat projektet Mat och prat, som är tänkt att förbättra innehållet i vardagen [85].

Förebyggande arbete – fallprevention

Många kommuner och landsting planerar att, tillsammans eller var för sig, genomföra uppsökande verksamhet hos alla äldre över 80 år eller hos äldre i vissa riskgrupper – till exempel äldre med utländsk bakgrund (Stockholms kommun) eller personer med många besök på vårdcentralen (Region Skåne tillsammans med ett stort antal kommuner). Hembesöken har ofta två syften: att informera om hälsofrämjande åtgärder som den enskilde kan göra för att förbättra hälsan och förhindra fallskador, och om samhällelig service och verksamhet som bedrivs av till exempel frivilligorganisationer.

Luleå, Piteå och Stockholm satsar på att starta friskvårdscentraler riktade till äldre [86-88], som ett komplement till den uppsökande verksamheten. På särskilda boenden planerar många kommuner att utbilda personalen i fallprevention, och se över risker i bostadsmiljöerna, förbättra dokumenteringen kring fall och olyckor samt inrätta befattningar som fallombud.

Erfarenheter

Kommuner och landsting rapporterar enbart positiva erfarenheter av 2006 och 2007 års stimulansmedel. De har använt en mycket stor del av 2006 års medel för att höja personalens kompetens inom områdena rehabilitering, kost- och nutrition, men även läkemedel. Många av dessa åtgärder skulle troligen inte ha kommit till stånd utan stimulansmedlen. Dessutom har äldreomsorgen på många håll fått tillgång till nya kompetenser, framför allt dietister, äldrepedagoger och logopeder, men även kompetenser från restaurangskolor och andra områden som ligger utanför äldreomsorgen.

Många är positiva till att medlen är riktade till sju centrala utvecklingsområden inom äldreomsorgen. Men hanteringen av dessa stimulansmedel är inte helt okomplicerad. Framför allt tar det tid att få igång satsningarna. Särskilt mindre kommuner, saknar en organisation som snabbt kan börja genomföra planerade satsningar. Det tar mycket tid att starta ett nytt projekt, särskilt när det gäller satsningar över huvudmannagränserna. Därför vill många kommuner och landsting få lite mer långsiktiga stimulansmedel. Med en längre tidshorisont kan det finnas större möjlighet att satsningar och projekt blir till nytta för de äldre och medborgarna även framöver.

Länsstyrelserna i Kronoberg och Skåne besökte, tillsammans med Socialstyrelsens tillsynsenhet i Malmö, fyra kommuner som fått stimulansmedel för att se hur kommunerna hade använt medlen. I rapporten från besöket i Kristianstads kommun skriver myndigheterna: "Tillsynsmyndigheterna bedömer att stimulansmedlen på ett genomgripande sätt har bidragit till utvecklingen av de granskade områden för vilka medel söktes och erhöles." Myndigheterna konstaterar i sin rapport att medlen har stimulerat till utveckling av eftersatta områden inom äldreomsorgen på ett positivt sätt [89].

Nationella kompetenscentrum på äldreområdet

Socialstyrelsen har, på uppdrag av regeringen, etablerat två nationella kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre, med inriktning på frågor som rör anhöriga respektive demensvård. Dessa centrum ska skapa nationell

överblick genom att samla in, strukturera och sprida kunskap och stimulera utvecklingsarbete inom respektive sakområde.

I oktober 2007 beslutade Socialstyrelsen, efter utlysning och urvalsförfarande, att utse Fokus, Regionförbundet Kalmar län som huvudman för Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. De beslutade också att Stockholms läns Äldrecentrum och Stiftelsen Silviahemmet tillsammans skulle etablera Svenskt demenscentrum. Gemensamt för de båda nationella kompetenscentrumen är att deras uppdrag är tvåårigt och att deras verksamhet ska utvärderas efter dessa två år.

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga

Verksamheten Nationellt kompetenscentrum Anhöriga har flera samverkanspartner: Anhörigas riksförbund, FoU Sjuhärads, Hjälpmedelsinstitutet, Högskolan i Kalmar län, Landstinget Kalmar, Länssamordnarna i Norrland samt Fokus Kalmar län. Verksamheten startade den 1 januari 2008 och har fyra inriktningar:

Lättillgängliga kunskapskällor finns på en interaktiv webbplats [90] samt nyhetsbrev, broschyrer samt artiklar i facktidningar. En databas om aktuell forskning och utveckling är under uppbyggnad liksom ett specialbibliotek med såväl nationell som internationell litteratur. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga har genomfört en kartläggning av intressanta exempel på anhängigstöd, vilken har publicerats på hemsidan. Där finns även tre filmreportage som speglar innovativa exempel på anhängigstöd – bland annat hur ett effektivt avlösarstöd har utvecklats i Avesta och hur invandrare i Rosengård i Malmö formar sitt stöd till sina anhöriga.

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga genomför arbetet med *kunskapsöversikter* på fem områden (individualiserat anhängigstöd, att kombinera förvärvsarbete med anhängigstöd, e-tjänster och ny teknik för anhängigvårdare, hur behåller man hälsa och förebygger ohälsa, samverkan och partnerskap i stöd och hjälp för anhöriga). Översikterna publiceras våren 2009.

Kunskap och information sprids via hemsidan, nyhetsbrev och artiklar i dags- och fackpress, radio och tv. Kompetenscentrum har också anordnat fyra regionala konferenser, liksom Anhörigriksdagen där kompetenscentrumet är medarrangör. Alla sådana arrangemang är även tillgängliga via Internet. Dessutom har centrumet medverkat vid 80-talet kurser och konferenser.

Dessutom har Nationellt kompetenscentrum Anhöriga etablerat *lärande nätverk*, som består av fyra nationella nätverk med forskare och praktiker. Man kan medverka i dessa antingen genom hemsidans diskussionsforum eller genom något av de 35 lokala nätverk som etablerats för möten och kontakter. De lokala nätverken består av anhöriga – och de finns från Luleå i norr till Malmö i söder.

Genom Anhörigcentrums engagemang i Eurocarers, i dess årliga konferens samt i den Internationella rådgivningsgruppen för anhöriga, har centrumet etablerat internationella kontakter.

Svenskt demenscentrum

Svenskt demenscentrum startade den 1 januari 2008 med Stiftelsen Äldrecentrum och Stiftelsen Silviahemmet som gemensam huvudman. Målsätt-

ningen är att vara en länk mellan forskning, praktik och beslutsfattare och att utgöra navet i ett nätverk av FoU-verksamheter på demensområdet. De inledde arbetet med att etablera nationella nätverk, sprida information om verksamheten via nyhetsbrev och artiklar i dags- och fackpress samt med att sjösätta webbportalen [91].

Svenskt demenscentrum har genomfört nationella enkätstudier för att inventera behovet av kunskapsstöd. Vårdpersonal står för 85 procent av svaren, och de visar att information om beprövade arbetssätt och vetenskapligt belagd metodik bör vara några av Demenscentrums huvuduppgifter framöver. Centrumet medverkar även i Socialstyrelsens kommande enkätstudie på demensområdet som är riktad till kommuner och landsting.

Arbetet med kunskaps- och utvecklingsstöd organiseras med fyra olika inriktningar med vardera en referensgrupp på områdena FoU, vård och omsorg, utbildning samt anhöriga och volontärer (i samverkan med Svenskt anhörigcentrum). Forskarnätverket Swedish brain power fungerar som vetenskapligt råd, och kompletteras av forskare i samhällsmedicin, tandhälsa och socialgerontologi. Arbetet med att etablera ett referensbibliotek pågår.

Kunskapsspridning och information sker via webbportalen och i allt större utsträckning via e-post. Centrumet förbereder information via hemsidan på olika språk. Nyhetsbrev kompletterar den digitala informationen liksom återkommande artiklar i dags- och fackpress.

Demenscentrum har också medverkat i 60-talet regionala konferenser och seminarier under året, förlagda till olika delar av landet. I riksdagen har Demenscentrum presenterat sin verksamhet för socialutskottet.

Tillsammans med Demensförbundet har Demenscentrum instiftat ett pris för bästa hemtjänstteam i demensvård. Centrumet har etablerat internationella kontakter med North Sea Group, som utgörs av demenscentrum inom EU. Tillsammans med demenscentrumen i Norge respektive Danmark har de inlett ett konstruktivt samarbete.

Tillsyn inom socialtjänst och hälso- och sjukvård

Social tillsyn

Länsstyrelserna har regionalt ansvar för den sociala tillsynen, indelad i verksamhetstillsyn och individtillsyn. Socialstyrelsen redovisar vartannat år länsstyrelsernas viktigaste iakttagelser till regeringen [92].

Kompetensen har höjts men problem kvarstår

Genom kompetensstegen har utbildningsnivån för personalen i äldreomsorgen höjts i hela landet. Baspersonalen har fått utbildning som de bör kunna ha nytta av i omsorgsarbetet. Men den ökade kunskapsnivån innebär inte automatiskt att äldreomsorgen förbättras i motsvarande grad. Länsstyrelserna ser samtidigt brister i de förutsättningar som krävs för att personalen ska kunna tillämpa sina nya kunskaper, bland annat i form av att personalstyrkan måste motsvara de äldres behov av hjälp och stöd. Det är vanligt att personalens tid inte räcker till för de äldres behov av individuella aktiviteter eller samtal. De äldre ges inte heller tillräckligt utrymme att vara delaktiga i planeringen av de insatser de blivit beviljade.

En annan förutsättning för förbättring av äldreomsorgen är att det finns en stödjande ledning, vilket efterfrågas av personalen. Enhetscheferna har enligt dem själva blivit för mycket administratörer och det finns oklarheter i rollerna mellan sjuksköterska och enhetschef.

Ansökan och beslut anpassas till kommunala riktlinjer

Under perioden 2006–2007 genomförde länsstyrelserna 443 tillsynsärenden där det var aktuellt att granska riktlinjer för biståndsbedömning. Utgångspunkten vid dessa tillsynsärenden har framför allt varit att granska den enskildes rättssäkerhet. I drygt 70 procent av dessa ärenden påpekade länsstyrelserna brister eller framförde kritik.

Flera länsstyrelser har intervjuat biståndshandläggare och det har då framkommit att handläggare talar om för den sökande vad kommunens riktlinjer anger och att den sökande anpassar sin ansökan efter detta. Det finns tecken på att den enskildes specifika behov inte alltid utreds och att önskemålen eller ansökan förhandlas bort. Samma sak har framkommit när länsstyrelserna har granskat akter. De har iakttagit att nästan alla beviljade insatser var identiska med dem som framgick av ansökan, samtidigt som de överensstämde med de riktlinjer som fanns. Risker är alltså stora att kommunernas utbud av insatser, inte den enskildes behov, styr vilket bistånd som beviljas.

Förenklad biståndsbedömning

Cirka hälften av länsstyrelserna har uppmärksammat att vissa kommuner har börjat tillämpa någon form av förenklad biståndsbedömning för hemtjänstinsatser. Det finns variationer i hur den förenklade biståndsbedömningen går till, hur nära kontakt biståndshandläggaren har med den enskilde, om hembesök görs eller inte. Ofta utmynnar den förenklade biståndsbedömningen i ett beslut om antal timmar, men det framgår inte vilken typ av hjälp beslutet omfattar. Den enskilde väljer ibland insatser utifrån en servicemeny, med möjlighet att disponera tiden som han eller hon önskar.

Den förenklade handläggningen med rätt till ett antal timmars hemtjänst provas alltid individuellt. Det är inte samma sak som kommunens möjlighet att utan behovsprövning tillhandahålla tjänster enligt lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster. Dessa servicetjänster är inte individinriktade, utan ska erbjudas alla över 67 år eller den åldersgräns som kommunen bestämmer.

Det händer även att personer får en plats på ett korttidsboende utan att något biståndsbeslut har fattats. Det handlar främst om personer som kommer direkt från sjukhusvård och som behöver en kortare tids återhämtning innan de kan återvända till sitt hem. Kommunerna gör då någon form av behovsbedömning utan att den enskilde får något biståndsbeslut. Det är ett förfaringsätt som strider mot socialtjänstlagen.

Förbättringar av dokumentation

Länsstyrelserna har under många år konstaterat brister i dokumentationen. Under perioden har länsstyrelserna i 819 verksamhetstillsynsändanden granskat den dokumentation som förs i samband med genomförandet av insatser och de har funnit brister i 82 procent av ärendena. Länsstyrelserna har även granskat så kallade genomförandeplaner och då har de funnit brister i 70 procent av 648 granskade ärenden.

Trots att länsstyrelserna har funnit brister i så hög utsträckning har de ändå kunnat konstatera att dokumentationen är ett område som är under utveckling. Ett problem är att äldre inte är tillräckligt delaktiga i arbetet med genomförandeplanerna. Ett annat problem är att genomförandeplanerna inte alltid används som ett levande instrument. När de väl har tagits fram blir de liggande och uppföljningen brister.

Väntetider till särskilt boende

Alla länsstyrelser utom Gotland har observerat att många äldre vistas på korttidsboenden i väntan på att få flytta till ett permanent särskilt boende. Det är problemen med långa väntetider till permanent särskilt boende som medför att många vistas på korttidsboenden i väntan på flytten. Den ibland alltför långa och ovissa väntetiden kan vara påfrestande eftersom man tvingas att bo under förhållanden som inte lämpar sig för permanent boende. Korttidsboendet har ofta lägre standard än vad som lämpar sig för en längre tids boende. När platserna i korttidsboenden utnyttjas för dem som väntar på permanent särskilt boende minskar möjligheten att få en korttidsplats av andra skäl. Det handlar om dem som behöver rehabilitering eller återhämt-

ning efter en sjukhusvistelse och dem som vårdas av anhöriga som ibland kan behöva avlösning.

Gynnande beslut äldre än tre månader enligt SoL

Sedan den 1 juli 2006 är socialnämnderna skyldiga att rapportera varje kvartal till länsstyrelserna när beslut inte har verkställts inom tre månader. Rapporteringsskyldigheten gäller även beslut där verkställigheten har avbrutits och som inte har verkställts på nytt inom tre månader.

Under 2007 tog länsstyrelserna varje kvartal emot omkring 2 500–2 750 rapporter om ej verkställda beslut. Länsstyrelserna hanterade alltså mer än 10 000 rapporter under året som gällde gynnande beslut om biståndsbedömda insatser. Det finns ännu ingen samlad statistik över vilka insatser beslutet berör. Av de ärenden som har avslutats framgår dock att den övervägande andelen gäller äldre och framför allt insatsen särskilt boende.

Uppföljning av ej verkställda beslut har bidragit till att synliggöra brister med långa verkställighetstider. Inte minst har kommunernas politiker blivit uppmärksammade på bristerna. Flera länsstyrelser menar att synliggörandet av de ej verkställda besluten har påskyndat planeringen av en utbyggnad av särskilda boendeformer.

Samtidigt har vissa negativa effekter iakttagits. Det handlar om att korttidsboenden har gjorts om till permanenta särskilda boenden och att antalet dubbelrum och flerbäddsrum har utökats för att bereda plats åt flera. Andra exempel är inskränkningar i möjligheten att tacka nej till ett erbjudande. Det förekommer att ärendet avslutas om den enskilde tackar nej till ett erbjudande och att han eller hon därför måste ansöka om insatsen på nytt.

Särskild avgift

När rapporteringsskyldigheten infördes kom även en bestämmelse om särskild avgift som kan utdömas om kommunen inte verkställer ett beslut inom skälig tid. Länsrätten utdömer denna särskilda avgift efter ansökan från länsstyrelsen. Länsstyrelserna lämnade in 119 ansökningar till länsrätterna 2006. Motsvarande siffra för 2007 var 731 stycken dvs. närmare en sexdubbling av antalet ärenden. Majoriteten av ärendena avsåg särskilt boende.

Lex Sarah

Bestämmelsen i socialtjänstlagen, 14 kap. 2 § SoL, som allmänt kallas lex Sarah, innebär bland annat att den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande i omsorgen ska anmäla detta till socialnämnden. Om inte förhållandet avhjälpas utan dröjsmål, ska nämnden anmäla förhållandet till länsstyrelsen.

Kommunernas och enskilda verksamheters hantering av bestämmelsen har varit föremål för verksamhetstillsyn i 565 fall och i 72 procent har länsstyrelserna meddelat kritik eller påtalat brister. Många kommuner har vidtagit åtgärder för att hålla personalens kunskaper levande. Kunskapen om anmälningsplikten har förbättrats men är inte tillräcklig enligt länsstyrelserna.

Flertalet länsstyrelser genomför årliga kartläggningar av antalet anmälningar enligt lex Sarah. Någon exakt siffra på nationell nivå går inte att ange

eftersom endast 15 länsstyrelser har gjort någon sammanställning. Här noterades totalt 739 anmälningar enligt lex Sarah. Variationerna i antal anmälningar är stora både mellan länen och mellan olika kommuner.

Några länsstyrelser konstaterade en stor ökning av antalet anmälningar. Anledningen till ökningen uppges sannolikt bero på att man arbetar mer aktivt med frågan. Flera medarbetare är medvetna om anmälningsplikten och hur man ska göra en anmälan. Några länsstyrelser har observerat att anmälningar om övergrepp oftare gäller ekonomiska övergrepp, jämfört med andra typer av övergrepp.

Det går inte att göra några generella uttalanden om kvaliteten i äldreomsorgen enbart med utgångspunkt i anmälningar enligt lex Sarah. Genom lex Sarah-anmälningar framkommer missförhållanden som någon i verksamheten har uppmärksammat. Kännedom om brister och missförhållanden kan även komma fram på andra vägar, exempelvis genom klagomål från enskilda och genom länsstyrelsernas tillsyn av äldreomsorgen. I tillsynsärenden i vilka länsstyrelserna konstaterar brister eller missförhållanden riktas kritik eller allvarlig kritik till ansvarig nämnd. Dessa uppgifter finns inte med i kartläggningarna av antalet lex Sarah-anmälningar.

Tillsyn inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens tillsyn inom äldreområdet har under 2008 handlagt ett stort antal anmälningar, såväl lex Maria-anmälningar som anmälningar från enskilda. Någon särskild tillsyn med nationell ansats inom äldreområdet har inte genomförts under 2008. Socialstyrelsens insatser har initierats dels av inkomna anmälningar, dels i den årliga regionala planeringen av tillsynsaktiviteter som sker inom respektive vårdområde. Under 2008, liksom under 2007, har Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter gjort 79 besök tillsammans med länsstyrelserna, varav de flesta inom särskilda boenden.

Socialstyrelsen finner fortfarande att sjukvården inte följer föreskrifterna som reglerar hur samverkan ska gå till vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. I några fall har dessa brister medfört negativa konsekvenser för patienterna, när det gäller diagnos eller behandling. Dokumentationen av vården har samma typ av brister som övrig hälso- och sjukvård, exempelvis tekniska problem vid tillämpning av IT-system och sekretesshinder. Det återkommande problemet är framför allt dokumentationskraven i både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, vilket medför krav på dubbel dokumentation.

Erfarenheten från flera utredningar och från tillsynsbesöken är att det fortfarande finns ett utvecklingsbehov när det gäller systematiskt arbete med kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinsk teknik

Användningen av medicintekniska produkter är ett område som kräver uppmärksamhet. Allt mer avancerad vård utförs i de särskilda boendena och i de enskildas egna hem. Den medicintekniska utrustningen hanteras av personal som ibland inte har tillräcklig kompetens för uppgiften.

Egenvårdsbegreppet och dess innebörd

Från några regioner redovisas exempel på gränsdragningsproblem mellan kommunernas hälso- och sjukvård, omsorg för äldre och funktionshindrade, skolhälsovård, primärvård, och slutenvård. Orsaken är oklarheter om vad som är egenvård respektive hälso- och sjukvård samt om vem som ska svara för att utföra dessa insatser. Socialstyrelsens erfarenhet är att ekonomiska aspekter kan vara avgörande för ställningstaganden om egenvård. Framför allt gäller det kommuner där landstingens primärvård är ansvarig för hem-sjukvården.

Läkarmedverkan och läkemedelshantering

Det finns fortfarande exempel på brister när det gäller läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård. Bristerna beror både på reell läkarbrist, och på att det saknas avtal om läkarmedverkan. Konsekvensen blir många gånger att patienterna tvingas att söka sjukhusvård för tillstånd som hade kunnat behandlas i det särskilda eller ordinära boendet.

Insatser i samband med läkemedelshantering är den i särklass största hälso- och sjukvårdsåtgärden i kommunal hälso- och sjukvård. Läkemedelshantering är ett av de stora riskområden. En väl fungerande läkarmedverkan är ofta avgörande för hur läkemedelsbehandlingen av en patient fungerar. Socialstyrelsen har uppmärksammat brister i uppföljningen av patienternas läkemedelsbehandling och läkemedlens effekter. Regelbundna läkemedelsgenomgångar är ibland ett kvalitetsmått i den kommunala hälso- och sjukvården, men det är sällan som det är definierat hur det ska gå till eller hur det ska utvärderas. Läkemedelsgenomgångar tillsammans med patienten eller en närstående, läkare, sjuksköterska, apotekspersonal, eventuell rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal (undersköterskor och vårdbiträden) förekommer sällan. De vanligaste läkemedelsgenomgångarna genomförs, sannolikt, när patienternas recept förnyas en gång om året, och det varierar vilken personal som medverkar.

Patientens läkemedelsordinationer skulle kunna utvärderas vid en vårdplanering, men i många av Socialstyrelsens beslut konstateras att det saknas kontinuerliga vårdplaneringar. Man gör en vårdplanering när patienten kommer till äldreboendet, men därefter genomförs ingen uppföljning. Läkare är sällan delaktiga vid vårdplaneringen.

Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det finns således fortfarande behov av utveckling i den kommunala hälso- och sjukvården när det gäller att skapa och tillämpa rutiner för exempelvis avvikelshantering och risk- och händelsebedömningar. När det gäller avvikelshantering har de flesta verksamheter någon form av system för detta. Fortfarande finns dock ett stort behov av att utveckla systemen för att följa upp den vård och behandling som ges.

Kompetens

Patienternas behov av omvårdnad, medicinsk vård, rehabilitering och hjälpmedel medför höga krav på den personal som utför vården. Det kan vara

svårt att erbjuda vård som är tillräckligt individuellt anpassad när patienterna har omfattande omsorgsbehov och också lider av allvarliga medicinska sjukdomar. Många av de allvarligaste sjukdomarna kräver dessutom avancerat medicintekniskt stöd med syrgasbehandling, dialysbehandling, respiratorbehandling, eller smärtbehandling. Det medför krav på hög kompetens hos den personal som ska hantera den tekniska utrustningen.

Inom kommunernas verksamheter vårdas äldre med stora vårdbehov och komplex läkemedelsbehandling. I ljuset av detta har Socialstyrelsen uppmärksammat utbildningskraven vid rekrytering av exempelvis chefer inom äldreomsorgen. Verksamhetens inriktning bör vara avgörande för vilken kompetens chefen ska ha. Socialstyrelsen bedömer att det är av vikt att det finns kompetens inom såväl hälso- och sjukvård som omsorg på chefsnivå.

Ofta har man i mindre kommuner bättre kontinuitet bland omvårdnadspersonalen och man har exempelvis satsat på undersköterskeutbildning. I storstadskommuner är omsättningen större, vilket leder till att personal utan eller med kort utbildning anställs i vården.

På många håll tenderar personalens kompetensutveckling att minska eller att bli eftersatt, även om det finns regionala exempel på satsningar. Kompetens och systematiskt arbete med kompetensutveckling är således ett område som kräver åtgärder.

Organisation

Det är inte vanligt att verksamheterna utför systematiska riskbedömningar vid organisationsförändringar. Effekten har exempelvis blivit att rutiner inte har anpassats till den nya organisationen, vilket i sin tur har medfört att patienter har riskerat att komma till skada.

Det händer att patienter vårdas av flera olika vårdgivare under olika delar av dygnet, upp till fem olika vårdgivare eller organisationer under ett dygn har rapporterats. Man har olika organisationer för dagsjuksköterska, mobila team, nattsjuksköterska, läkare dagtid, läkare jourtid och läkare nattetid. Detta försvårar en för patienten säker samverkan och informationsöverföring samt tillgänglighet till olika vårdgivares och yrkesgruppers dokumentation. Det handlar också om att man använder olika rutiner, har mindre personlig kännedom om patienter samt om omvårdnadspersonalens kompetens. Riskerna ökar under semestertider då semestervikarier utan vård- och omsorgsutbildning och erfarenhet arbetar och när sjuksköterskor och läkare ofta är inhyrda från bemanningsföretag.

Det är angeläget att socialtjänst och hälso- och sjukvårdsinsatser integreras. En närvarande chef är avgörande för kvaliteten i verksamheten. När det gäller hälso- och sjukvården, måste sjuksköterskan finnas nära omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskan har ansvar för att följa upp vårdinsatserna till patienterna, att utvärdera och medverka till nya ställningstaganden i vården. Det finns kommuner som har valt att "flytta ut" sjuksköterskorna från äldreboendena som konsulter, vilket minskar förutsättningarna för en bra uppföljning av vårdinsatserna. Ett stort ansvar överlämnas i en sådan organisation till undersköterskor och vårdbiträden, som kan ha svårt att identifiera ett hälso- och sjukvårdsbehov i tid. Man vänder sig till sjuksköterskan först när patienten får ett akut hälso- och sjukvårdsbehov. Till detta kommer att

läkarens tid i ett äldreboende ofta är begränsad. Det medför att sjuksköterskor många gånger måste prioritera vilka frågor de ska föra vidare till läkare. Sjuksköterskan tvingas ibland ta på sig ett ansvar som överstiger kompetensen.

Socialstyrelsens erfarenhet är således att det har skett en förskjutning från läkare till sjuksköterska till omvårdnadspersonal i samband med bedömningar av patienters olika hälso- och sjukvårdsbehov. Hälso- och sjukvården fungerar bäst i de verksamheter där såväl chefer för baspersonalen som sjuksköterskor finns stationerade på boendet. Allt sjuka patienter vårdas på äldreboenden, varför sjuksköterskebemanningen och läkarmedverkan generellt behöver förstärkas. Patienterna är lika sjuka på äldreboendet som på sjukhuset. Genom nuvarande bemanning och organisation riskerar hälso- och sjukvården i kommunerna att få en lägre kvalitet än vad som skulle kunna vara möjligt.

Behov av helhetssyn vid tillsynen

De gemensamma tillsynsaktiviteterna som Socialstyrelsen och länsstyrelserna gör det möjligt att ge en bättre och tydligare bild av de åtgärder som krävs i verksamheten av såväl organisation och rutiner som behov av samverkan och kompetensutveckling.

Med dessa erfarenheter så kommer sannolikt en integrerad tillsyn som inbegriper både socialtjänsten och kommunernas hälso- och sjukvård medföra att helhetssynen stärks än mer. För verksamhetsföreträdarna medför det också att de endast behöver möta en tillsynsmyndighet i de frågor som berör kraven på verksamheten utifrån socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Öppna jämförelser inom vården och omsorgen

Kommunundersökningen och Äldreguiden

Kommunundersökningen

Under 2008 har data till öppna jämförelser för andra året i rad samlats in från kommuner och landsting. Genom enkäter till kommuner, stadsdelar i storstäderna, vårdcentraler i landstingen och särskilda boenden har ett omfattande datamaterial samlats in. Tillsammans med tillgängliga registerdata och uppgifter från några andra undersökningar har nyckeltal konstruerats och omdömen beräknats inom olika kvalitetsområden. Följande kvalitetsområden redovisas på kommunnivå: tillgänglighet, delaktighet*, personaltäthet*, kompetens*, kontinuitet*, självständighet*, mat*, stöd till närstående, läkarmedverkan, ledning och uppföljning* samt information. För permanent särskilt boende och för korttidsboende redovisas uppgifter inom de kvalitetsområden som markerats med *.

Den undersökning som genomförts 2008 har i stort sett samma upplägg som 2007 års undersökning, förutom att korttidsboende har inkluderats i 2008 års kartläggning. Undersökningen är en totalundersökning och svarsfrekvensen ökade i 2008 års undersökning jämfört med 2007 års undersökning. Samtliga kommuner och stadsdelar i de tre storstäderna lämnade uppgifter och så gott som samtliga äldreboenden där äldre bor permanent, såväl kommunalt drivna enheter som enskilda utförare, lämnade uppgifter. Från samtliga vårdcentraler i ett 40-tal kommuner spridda över landet redovisades uppgifter om läkarmedverkan. För vårdcentralerna finns dock goda förbättringsmöjligheter framöver.

Mycket talar för att kvaliteten i data har förbättrats jämfört med första årets undersökning. Kommunerna har fått viss vana vid att ta fram uppgifter. Feltolkning av frågorna har också minskat, vilket minskar förekomsten av extremvärden. Genom upprepningen av undersökningen har också uppgiftslämnarna kunna förbereda sig mer.

Kommunala tjänstemän har lagt ned ett omfattande arbete på att besvara Socialstyrelsens enkäter. Genom publiceringen av data på Äldreguiden blir uppgifterna lätt tillgängliga för olika intressenter. Detta bidrar också till att kommunerna och de enskilda utförarna vinnlägger sig om att kontrollera uppgifternas riktighet.

Några resultat

Kommunundersökningen innehåller ett unikt material om vård och omsorg om äldre på enhetsnivå. Aldrig tidigare har uppgifter om nästan alla äldreboenden i landet – såväl enskilda som kommunala – funnits. Här redovisas några uppgifter från 2008 års undersökning.

- Av omvårdnadspersonalen i den kommunala vården och omsorgen om äldre hade i mediankommunen 76 procent yrkesförberedande utbildning, vilken var en halv procentenhets ökning från året före. I några kommuner och stadsdelar i storstäderna var andelen under 40 procent och i andra kommuner var andelen 100 procent.
- 67 procent av brukarna hade varit delaktiga i att utforma en plan för genomförandet av hjälpen. De kommuner som ligger lägst har en andel på ca 10 procent och i de kommunerna som ligger högst har alla brukare varit delaktiga i genomförandeplanen.
- Andelen biståndsbeslut inom äldreomsorgen som inte verkställs inom 3 månader ökade från 0,07 till 0,24 procent i mediankommunen, dvs. en tredubbling jämfört med föregående år. Spridningen är mycket stor. Många kommuner har inga ej verkställda beslut alls, medan andra har 20 gånger fler än mediankommunen.
- Andelen äldre med matdistribution som hade möjlighet att välja mellan minst två maträtter ökade från 42 procent till 49 procent, från föregående år.
- Av gällande biståndsbeslut följdes 14 procent upp under ett kvartal. I några kommuner följdes inga beslut upp och i andra över 80 procent.
- Uppsökande verksamhet nådde 4,3 procent av befolkningen som är 65 år och äldre 2007, vilket är en ökning jämfört med året före. Många kommuner rapporterar ingen uppsökande verksamhet alls och andra att de nått över 20 procent av befolkningen som är 65 år och äldre.

Kommunala och enskilda äldreboenden

I uppgiftsinsamlingen finns nu adresser till 2933 enheter, för permanent särskilt boende och enheter för korttidsvård. Samtliga äldreboenden som enbart har permanent boende och som finns med i 2008 års Äldreguide har jämförts. I kategorin enskilda äldreboenden ingår alla typer av enskilda utförare, både sådana som driver verksamheten på entreprenad och de som säljer enstaka platser, och kombinationer av dessa. Tidigare analyser visar att kommunbefolkningens sociala struktur påverkar äldreomsorgen, eftersom den är knuten till det lokala behovet. Skillnaderna i behov gör att äldreboendena kan bli svåra att jämföra. Behoven kan beskrivas med de faktorer som används i skatteutjämnningssystemet för att utjämna de ekonomiska förutsättningarna för kommunerna [93]. För att dessa faktorer inte ska slå igenom vid jämförelsen mellan kommunalt och enskilt drivna boenden har vi i analysen kategoriserat äldreboendena efter kommunens storlek och behov av äldreomsorg. Se tabell 17.

Tabell 17 Landets kommuner har fördelats efter deras behov av äldreomsorg (standardkostnad) och storlek i nio klasser

Kommungrupps benämning	Nummer	Antal invånare	Standardkostnad
Små, låga	1	< 15 000	lägsta tredjedelen
Små, medel	2	< 15 000	mellersta tredjedelen
Små, stora	3	< 15 000	högsta tredjedelen
Mellan, låga	4	15 000–50 000	lägsta tredjedelen
Mellan, medel	5	15 000–50 000	mellersta tredjedelen
Mellan, stora	6	15 000–50 000	högsta tredjedelen
Stora, låga	7	> 50 000	lägsta tredjedelen
Stora, medel	8	> 50 000	mellersta tredjedelen
Stora, stora	9	> 50 000	högsta tredjedelen

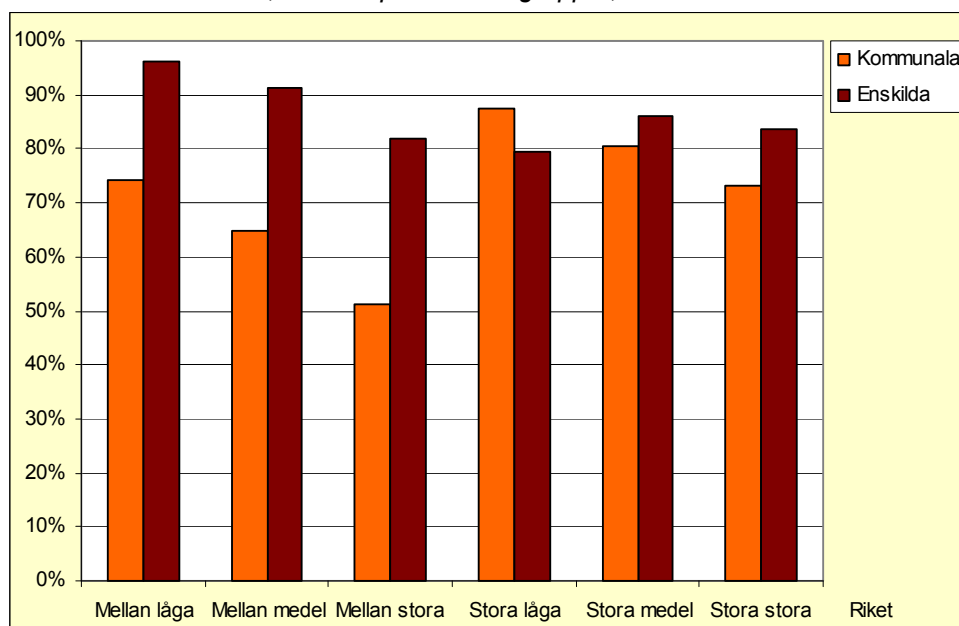
Här redovisar vi endast uppgifter för stora och mellanstora kommuner på kommungruppsnivå, eftersom det finns alltför få enskilda utförare i små kommuner.

Delaktighet i genomförandeplan

Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne, enligt 3 kap. 5 § SoL. Hur en beslutad socialtjänstinsats ska genomföras praktiskt bör dokumenteras i en genomförandeplan, om det inte framgår av någon annan plan eller är uppenbart onödigt [94].

I Äldreguiden finns en indikator på brukarnas delaktighet som anger andelen av dem som bor på ett äldreboende som har en genomförandeplan och som har varit delaktiga vid utformningen av planen. Av nedanstående figur framgår hur stor andel (medelvärde) av de boende som har varit delaktiga vid utformningen av en genomförandeplan fördelat på enskilda och kommunala äldreboenden i olika kommungrupper.

Figur 4. Andel boende som är delaktiga i sin genomförandeplan i kommunala och enskilda äldreboenden, fördelat på kommungrupper, 2007



En högre andel äldre har varit delaktiga vid utformningen av genomförandeplanen i enskilda äldreboenden än i kommunala. På riksnivå är skillnaden drygt 10 procentenheter. Analysen på kommungruppsnivå visar att de enskilda utförarna i snitt har bättre delaktighet än de kommunala i alla grupper utom i stora kommuner med små behov, där kommunerna är bättre.

Nattfasta

Enligt såväl brukarundersökningar som bedömningar från yrkesgrupper och chefer är maten ett viktigt kvalitetsområde. I tillsynen och i olika studier har Socialstyrelsen och länsstyrelserna uppmärksammat att äldre personer som bor i särskilda boendeformer ibland har för långt uppehåll mellan den sista måltiden på kvällen och första måltiden dagen därpå, det vill säga för lång nattfasta. Det finns visst kunskapsstöd för att nattfastan inte bör vara längre än 10–11 timmar [95].

I Äldreguiden används nattfastans längd som en indikator på matens kvalitet. Andelen av de boende som har en nattfasta på 11 timmar eller mindre redovisas.

Det är vanligare att nattfastan är 11 timmar eller kortare i enskilt drivna äldreboenden än i kommunala. Sammantaget i hela landet är det cirka 75 procent av de äldre i kommunala boenden som har en sådan nattfasta, medan andelen i enskilda boenden är nästan 95 procent. I kommungruppsanalysen framkommer att medelvärdet för enskilda utförare i samtliga kommungrupper ligger högre än för kommunala utförare.

Personaltäthet

Enligt 3 kap. 3 § SoL ska det inom socialtjänsten finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Socialstyrelsen har föreskrivit att det ska "finnas den bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag" [96].

I Äldreguiden redovisas bemanningen som antalet årsarbeten vård- och omsorgspersonal per person i särskilt boende för äldre.

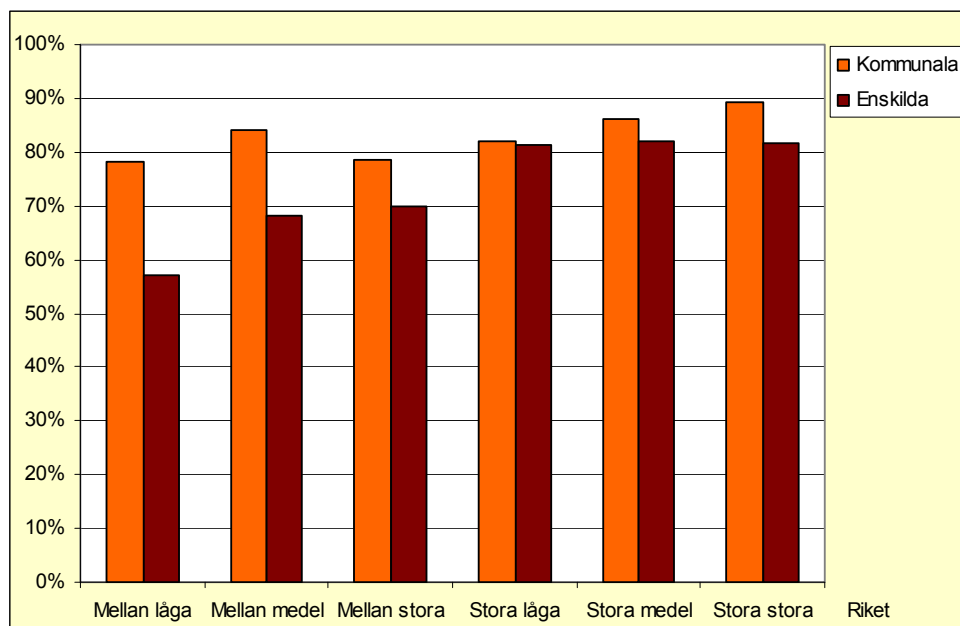
Medianvärdet i gruppen enskilda utförare för antal årsarbeten per boende i särskilt boende är 0,80. Det är en lägre personaltäthet än bland kommunala äldreboenden, där antal årsarbeten per boende i särskilt boende är 0,88. Skillnaden är ca 0,08 årsarbeten per brukare. Samma mönster återfinns i samtliga kommungrupper. Variationerna mellan boenden är stora, från drygt 0,6 till drygt 1,3 årsarbeten per boende.

Boendekvalitet

Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden (5 kap. 4 § SoL). Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Utformningen av dessa regleras i Boverkets föreskrifter.

I Äldreguiden redovisas andelen personer i äldreboenden som har eget hygienutrymme samt kokmöjlighet som en indikator på boendekvalitet. I figuren visas hur denna andel varierar med driftform i olika kommungrupper.

Figur 5. Andelen personer i äldreboende med hygienutrymme och kokmöjligheter fördelat på kommunala och enskilda boenden, samt kommungrupper, 2007



Det är vanligare att permanent boende på kommunala äldreboenden har eget hygienutrymme och kokmöjlighet, jämfört med boende i enskilt drivna boenden. Skillnaden är 6 procentenheter, 82 procent i kommunala boenden och 76 procent i enskilt drivna boenden. Mönstret återkommer i alla kommungrupper.

En analys har också genomförts där kommunala äldreboenden och enskilda enheter som drivs på entreprenad från kommunen jämförts med enskilda

enheter som säljer enstaka platser till kommunerna. Av den jämförelsen framgår att enskilt drivna äldreboenden som säljer enstaka platser genomsnittligt har lägre boendekvalitet, mätt på detta sätt, än kommunalt drivna boenden och entreprenadboenden.

Övriga indikatorer

Även i andra avseenden än de som nyss beskrivits finns skillnader mellan enskilda och kommunala äldreboenden. Det är något färre som delar rum med en annan icke närstående i kommunala boenden. Andelen bland omvårdnadspersonalen som har yrkesutbildning för sitt arbete är högre i kommunala boenden, medan andelen personal med eftergymnasial vård- och omsorgsutbildning är högre i enskilda äldreboenden. I dessa har också cheferna färre medarbetare, och fler boende har möjlighet att välja mellan minst två maträtter till lunch eller middag.

Enskilt bättre än kommunalt?

Enskilt drivna äldreboenden framstår i denna analys som bättre i några avseenden och sämre i andra än de kommunala boendena. Vi redovisar median- och medelvärden, men spridningen är stor. Det betyder att det finns både bra och mindre bra boenden i båda kategorierna.

När det gäller boendestandard kan det möjligen vara så att kommunerna valt att i högre grad konkurrensutsätta äldre anläggningar med sämre boendestandard, vilket skulle kunna ligga bakom att fler bor tillsammans och att färre har eget hygienrum och kokmöjlighet. Å andra sidan är standarden genomsnittligt sämre även i de anläggningar som enskilda utförare själva driver och där man säljer enstaka platser.

De mått som redovisas här gör inte anspråk på att mäta kvaliteten i alla dess delar. De beskriver dock väsentliga aspekter av kvalitet. Är då uppgifterna lika tillförlitliga för båda kategorierna av boenden? De är insamlade på samma sätt; genom enkäter ställda direkt till enheten. Möjligen kan det finnas en risk för att enskilt drivna äldreboenden av kommersiella skäl är mer angelägna att för allmänheten visa goda omdömen. Men det finns inga belägg för att det verkligen är så.

De skillnader som vi redovisar kan uppfattas som ett stöd för uppfattningen att konkurrens i utförandet tycks främja god kvalitet, i vart fall i vissa avseenden. En lägre personalbemanning och mindre andel av omvårdnadspersonalen med yrkesutbildning är däremot inte bra förutsättningar för att bedriva verksamhet av god kvalitet.

Planer för 2009 års undersökning

Även under 2009 kommer data att samlas in med i huvudsak samma upplägg som tidigare år. I år efterfrågas även data på enhetsnivå för hemtjänst och dagverksamhet. Förhoppningen är också att vårdcentralerna i högre grad än tidigare ska lämna uppgifter.

Redovisningen i Äldreguiden i september 2009 kommer även att innehålla fyra nya nyckeltal inom kvalitetsområdet läkarmedverkan. Det är uppgif-

ter som belyser läkemedelsförskrivningen till äldre som får kommunal vård och omsorg.

Äldreguiden

Äldreguiden har byggts om, bland annat för att kunna redovisa enheter för särskilt boende fördelade på korttidsboende och permanent boende. En kartläggning av besökare på webbplatsen under några sommarmånader visar att genomsnittligt cirka 300 personer dagligen besökte den och att ungefär hälften var närstående och brukare och hälften kommunala tjänstemän och personal. Besökarna söker i första hand uppgifter om enskilda äldreboenden. De flesta hittar de uppgifter de söker, men var tredje saknar viss information. Nästan hälften tycker att det är mycket lätt att navigera på Äldreguiden.

Brukarundersökningar

På uppdrag från regeringen genomför Socialstyrelsen årliga nationella brukarundersökningar inom vården och omsorgen om äldre. Syftet är att ur brukares perspektiv undersöka kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre. Brukarundersökningarna kan ge ökad kunskap om vårdens och omsorgens kvalitet i landets kommuner och stadsdelar. Resultatet från undersökningarna förväntas användas för flera ändamål som har betydelse för brukare, medborgare och ansvariga beslutsfattare.

Socialstyrelsen genomförde den första nationella brukarundersökningen under 2008. Undersökningen omfattar samtliga kommuner och stadsdelar i landet, och kommer att publiceras i sin helhet i en separat rapport [97]. Här följer en kortfattad redovisning av resultaten på riksnivå.

Metod och genomförande

Resultaten i undersökningen bygger på två postenkäter, varav en har gått till brukare inom hemtjänsten och en till brukare inom särskilt boende för äldre. Frågeformulären är likadana med undantag för några enstaka frågor om till exempel boendemiljön.

Urvalet av brukare gjordes från Socialstyrelsens personnummerbaserade register över personer som är 65 år och äldre och som hade ett individuellt biståndsbeslut den 1 oktober 2007. Personer som har fått hemtjänst eller som flyttat till äldreboenden efter den 1 oktober ingår inte i urvalet. För hemtjänst fick drygt 77 000 personer svara på enkäten och i äldreboenden var det närmare 58 000. Totalt tillfrågades således cirka 135 000 brukare i hela riket, alltså ungefär varannan äldre mottagare av vård och omsorg. Statistiska centralbyrån, SCB, genomförde undersökningen mellan augusti och oktober 2008.

Svarsfrekvensen bland brukarna i hemtjänsten var 72 procent för hela riket. Av de svarande hade 75 procent svarat på enkätfrågorna själva. I 25 procent av fallen hade anhöriga eller närstående svarat på enkätfrågorna. Det innebär att drygt hälften av de tillfrågade svarade själva. Svarsfrekvensen bland dem som bodde i äldreboende var 61 procent för hela riket. Av de

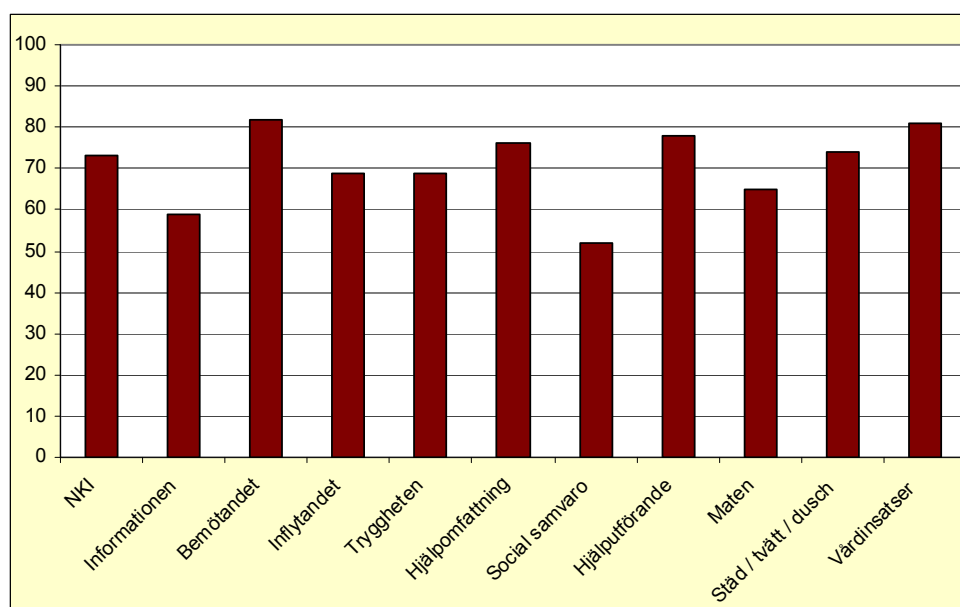
inkomna svaren hade endast 38 procent besvarats av brukaren själv. 62 procent av enkäterna hade besvarats av en annan person, huvudsakligen av en anhörig, närstående eller god man. Med andra ord var det drygt två av tio tillfrågade i äldreboendet som svarade själva. Undersökningen om brukare i äldreboenden återspeglar följaktligen både brukares och anhörigas bedömning av äldreboenden. Det finns därför anledning att se den här delen av undersökningen som en brukar- och anhörigundersökning.

Resultaten redovisas med hjälp av Nöjd-Kund-Index (NKI) [98], som går ut på att brukare tar ställning till ett antal frågor som bildar en kvalitetsfaktor som t.ex. bemötande. Brukarna bedömer de enskilda frågorna på en tio-gradig skala, där tio är det bästa värdet och ett är det sämsta. Därefter beräknas den tio-gradiga skalan till ett indexvärde mellan 0 och 100 dels för varje kvalitetsfaktor, dels för brukarnas totala nöjdhet med hemtjänsten respektive äldreboendet. Resultatet av den totala nöjdheten baseras på tre frågor om allmän nöjdhet.

Hemtjänst

Som framgår av figuren nedan är brukarna sammantaget ganska nöjda med hemtjänsten och den hjälp de har. Ett antal kvalitetsfaktorer har fått ganska höga positiva omdömen. Framför allt gäller det bemötande, hjälpens omfattning och hjälpens utförande. Brukare anser att de blir väl bemötta och att tjänsterna medicinering, såromläggning, rörelseträning och rehabilitering fungerar bra. De känner sig också trygga med att bo hemma med stöd från hemtjänsten.

Figur 6. NKI och kvalitetsfaktorernas indexvärde på riksnivå, hemtjänst 2008



De kvalitetsaspekter som brukare är minst positiva till är information, mat, social samvaro och aktiviteter. De är missnöjda med att de inte får hjälp med att göra sådant som de vill. De är även mindre nöjda med möjligheten till en pratstund eller att få hjälp av personalen för att komma ut när de vill.

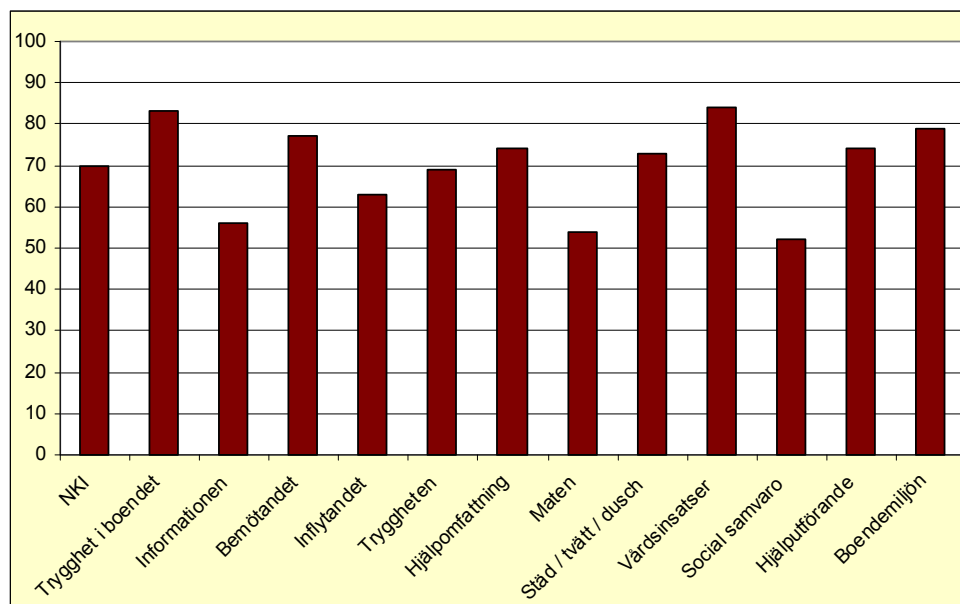
För en del brukare kan aktiviteter med ett socialt innehåll vara av stor betydelse för det fysiska och psykiska välbefinnandet. Att få komma ut när man vill eller göra sådant som man trivs med kan vara beroende av att man får den hjälpen från hemtjänsten. Även den information som personalen ger till de äldre är viktig. En grundläggande princip torde vara att vården och omsorgen utformas så långt som möjligt utifrån den enskildes behov och önskemål. Det kräver att personalen har en kontinuerlig och öppen kommunikation med den enskilde brukaren.

Äldreboenden

Brukare som bor i särskilda boenden är ofta i stort behov av vård och omsorg. Många har svårt att föra sin egen talan eftersom de har en psykisk eller fysisk funktionsnedsättning. Majoriteten av dessa brukare har till exempel en demenssjukdom som försvårar deras möjligheter att säga hur de vill ha hjälpen utformad och genomförd. Därför är denna grupp av äldre särskilt sårbar. Undersökningen bör därför ses mot bakgrund av denna situation. En av konsekvenserna är att majoriteten av de inkomna svaren från äldreboenden har besvarats av brukarnas anhöriga.

Resultatet visar att brukare (och anhöriga) är ganska nöjda med sina äldreboenden. Ett antal kvalitetsfaktorer har fått ganska höga positiva omdömen. På riksnivå har bemötande, vårdinsatser och boendemiljö fått de högsta positiva omdömena. De boende anser att de blir väl bemötta och att tjänsterna medicinering, såromläggning, rörelseträning och rehabilitering fungerar bra. De är också mycket nöjda med boendemiljön.

Figur 7. NKI och kvalitetsfaktorernas indexvärde på riksnivå, medelvärden, äldreboende 2008



De områden som brukare är mindre nöjda med är information, mat, social samvaro och aktiviteter. Deras omdöme om maten berör smaken på maten, möjligheten att välja maträtt, hjälp vid måltiden och möjligheten att bestämma när de ska äta. När det gäller sociala aktiviteter är brukarna mindre

nöjda med möjligheten att kunna göra sådant som de trivs med, att ha en pratstund med personalen och att få hjälp med att komma ut när de vill. Vidare handlar det om att de inte får hjälp med att göra de aktiviteter som de vill. Deras missnöje med informationen berör viktiga frågor som byte av personal, ändrade tider för hjälp eller besök på sjukhus.

En intressant fråga som kräver djupare analyser än vad som är möjligt att presentera här är vilka brukare som ger mindre positiva omdömen. Det förefaller som om brukares självskattade hälsa är av betydelse för deras omdöme [97]. Ju sämre hälsa desto mindre nöjda verkar brukarna vara. Det bör också nämnas att äldre med dålig hälsa sällan svarar på enkätfrågorna. I stället svarar deras anhöriga. Jämfört med de äldre är anhöriga ofta mer kritiska till vården och omsorgen i allmänhet.

Kvalitetsindikatorer

Under året har Socialstyrelsen, i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), tagit fram ett första förslag till nationella indikatorer för god vård och god kvalitet i vården och omsorgen om äldre personer. Projektet utgör en del av regeringsuppdraget Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre. En delrapport lämnades vid halvårsskiftet 2008 och slutrapportering ska ske i december 2009. Ambitionen för projektet har varit att utveckla ett begränsat antal indikatorer för kvalitetsuppföljning på nationell nivå. För uppföljning på lokal och regional nivå kan det däremot finnas behov av att använda flera indikatorer. Här handlar det bland annat om att följa hur väl verksamheten följer lokala vårdprogram och riktlinjer och att få fram underlag som stöd för verksamhetsutveckling.

Arbetet har bedrivits enligt en modell som Socialstyrelsen utarbetat i samarbete med SKL. Modellen finns beskriven både för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten [99] och för utveckling av kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården [100].

De föreslagna indikatorerna speglar områden som på olika sätt har uppmärksammats och lyfts fram i syfte att visa på behov av förbättringsåtgärder. Det är också områden som påverkas av insatsernas omfattning och utformning från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Bättre kunskap om hur man kan identifiera att en brukare har risk för att falla, utveckla undernäring eller trycksår bidrar till att tidigt uppmärksamma risker och problem. Ett sådant arbetssätt kan förhindra onödigt lidande och bidra till bättre livskvalitet för äldre personer. Det förebyggande arbetet förutsätter att all personal är delaktig och arbetar mot ett gemensamt mål tillsammans med den äldre personen.

De föreslagna indikatorerna mäter områden där det finns tillgängligt kunskapsunderlag och där det råder konsensus om att indikatorerna speglar kvalitet. Indikatorerna är mätbara, definierade och utformade så att de kan tolkas på ett entydigt sätt, vilket är en förutsättning för att resultaten ska kunna användas till öppna jämförelser. Områdena som rör fall, trycksår och undernäring samt vård i livets slutskede används redan i några verksamheter och uppgifterna kan registreras i två nationella register, Senior Alert och Palliativa registret. Dessa register har bara funnits i ett par år men har ännu en låg täckningsgrad.

Avgörande för utvecklingsarbetet har också varit att indikatorerna ska vara inriktade på att kunna visa på förbättring och att de ska vara tillgängliga för allmänheten.

Utifrån dessa förutsättningar identifierades följande områden:

- Uternäring – identifiera och förebygga
- Trycksår – identifiera och förebygga
- Fall – identifiera och förebygga
- Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsuppföljningar
- Vård och omsorg i livets slutskede
- Läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek

Data om läkemedel som är förskrivna och uthämtade från apotek kan hämtas från läkemedelsregistret. För övriga områden saknas för närvarande en heltäckande registrering av uppgifterna. Det är därför inte möjligt att i dag redovisa data som speglar resultat av vård och omsorg inom de övriga områdena för äldre personer på nationell nivå. Att nå en heltäckande registrering genom nationella kvalitetsregister är svårt, om alls möjligt. Detta sagt utifrån erfarenheter av täckningsgraden för de cirka 70 nationella kvalitetsregister som är aktuella inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det saknas dessutom uppgiftsskyldighet för kommuner, landsting och enskilda vårdgivare, vilket innebär att det troligen inte går att nå en fullständig täckningsgrad.

För att få en bild av hur många som redan registrerar dessa uppgifter och vilka förutsättningar det finns för att samla in data för nationell beskrivning, genomförs en enkätundersökning under våren 2009. Eftersom det saknas heltäckande register för flertalet av indikatorerna, kvarstår dock frågan om hur den löpande insamlingen av informationen ska gå till.

Diskussion

Hälsan och funktionsförmågan hos de äldre förändras över tid och därmed också behoven av vård och omsorg. Under 1980- och 1990-talen var hälso-utvecklingen bland de äldre mycket positiv. De äldre uppfattades som allt piggare och i behov av mindre hjälp. Därefter har nya studier visat att fler äldre rapporterar hälsoproblem och besvär av olika slag. Den tidigare positiva bilden av äldres hälsoutveckling är inte längre lika entydig. Den medicinska paradoxen innebär att fler äldre får behandling för sin sjukdom, som innebär att de lever längre med sin sjukdom. Andelen äldre som har minst tre långvariga sjukdomar samtidigt har ökat kraftigt. Ett annat exempel är andelen äldre med hjärtsjukdomar. Tack vare förbättringar i vården av hjärtsjuka under 1990-talet, har vi fått allt fler ”sjuka överlevare”.

Samtidigt bekräftar forskningen att äldres förmåga att klara vardagliga sysslor, som att städa, handla och laga mat har förbättrats. Genom en förbättrad samhällsmiljö och teknisk utveckling av olika hjälpmedel är det också enklare för personer med funktionsnedsättning att klara vardagliga sysslor. Sammantaget förbättrar detta förutsättningarna för ett kvarboende i ordinarie boende. Här spelar närståendes insatser en avgörande roll.

Det framkommer således en mer sammansatt bild av de äldres hälsa och funktionsförmåga, som illustrerar skillnader mellan olika grupper i befolkningen. Faktorer som kön, ålder, etnicitet, bostadsort, utbildningsbakgrund, arbetsliv, inkomst och sociala kontakter spelar stor roll.

Det finns skillnader när det gäller insatser till äldre män och kvinnor och äldre födda i Sverige och utomlands. Det är emellertid oklart om skillnaderna står i proportion till de olika gruppernas behov. Därför behövs mer kunskap om såväl enskilda som grupper av äldres behov. En jämlik omsorg likaväl som vård vilar på värderingar om att alla, oberoende av om det gäller en man eller kvinna, etnisk tillhörighet etc. ska ha samma möjligheter att få stöd, omsorg och vård utifrån sina specifika behov. Insatserna ska formas och anpassas till de behov som finns bland den äldre befolkningen och inte tvärtom, dvs. utifrån kommunernas utbud av insatser.

Fortsatt omstrukturering av vården och omsorgen om äldre

De förändringar som har präglat vården och omsorgen om de äldre under 2000-talet startade redan i samband med Ädelreformen under 1990-talet, när närmare hälften av alla vårdplatser på sjukhus lades ned. Utvecklingen inom vården och omsorgen om de äldre under 2000-talet fortsätter som tidigare: antalet platser i särskilt boende fortsätter att minska och antalet personer med hemtjänst ökar. Hur stor förändringen är över tid under de senaste åren kan man inte vara säker på, eftersom det inte finns några jämförbara uppgifter. Att fler äldre bor kvar i ordinarie boende leder inte självklart till att stödjande insatser i hemmet utvecklas. Utbudet av stödjande insatser som korttidsvård, dagverksamhet, anhörigbidrag och anhöriganställda som skulle

kunna förväntas öka, har istället varierat i omfattning från år till år utan att någon ökande trend kan avläsas.

Konsekvenserna av det minskade antalet platser på sjukhus innebär kortare vårdtider och ökad genomströmning av äldre patienter på sjukhus. Akut-sjukvården skriver allt oftare ut äldre personer med fortsatt stora vård och omsorgsbehov. Socialstyrelsens tillsyn rapporterar brister i dokumentation, informationsöverföring och i kontinuiteten i läkarkontakten. Informationsöverföring är generellt ett problem nu som tidigare, dels mellan olika huvudmän, dels vid överrapportering mellan olika yrkeskategorier inom samma huvudman. Problemen handlar också om brist på läkare, vilket kan medföra att ställningstagande till diagnos och genomförande av behandling fördröjs.

Korttidsvården tenderar att bli fylld av personer som väntar på en plats i särskilt boende. Länsstyrelserna bekräftar att korttidsboenden har blivit den plats där många vistas i väntan på att få flytta till ett permanent särskilt boende. Beslut som inte har verkställts handlar också till större delen om bistånd i form av särskilt boende. Den långa och ovissa väntetiden kan i många fall vara påfrestande för den äldre och de anhöriga. Korttidsboendet har också lägre standard än vad som lämpar sig för en längre tids boende.

När platserna i korttidsboenden utnyttjas för dem som väntar på permanent särskilt boende minskar dessutom möjligheten för andra att få en korttidsplats av andra skäl. Det kan till exempel vara personer som behöver rehabilitering, behöver återhämta sig eller en anhörig som behöver avlösning. I korttidsboendet finns allt fler personer som har skiftande medicinska behov av vård och omsorg samtidigt. Även i dagverksamheter har man noterat ett ökat utnyttjande, vilket innebär att varje person deltar i dagverksamheten mer sällan än tidigare. Andra verksamheter, i första hand hemtjänsten och hemsjukvården, får därmed också ta över motsvarande uppgifter eller bära konsekvenserna att korttidsvården och dagverksamheten inte fungerar. Anhöriga berörs också till stor del, direkt och indirekt. De får ofta bära ett ökat ansvar och ta konsekvenser av brister och tillkortakommanden i den offentliga vården och omsorgen.

Förändringar inom sjukhusvården och den öppna hälso- och sjukvården får effekter på den kommunala äldreomsorgen och vice versa. Kraven ökar på medicinska insatser och omvårdnadsinsatser när fler äldre bor hemma. Det finns indikationer på att det uppstår en slags ”rundgång”. Då de medicinska behoven och omvårdnadsbehoven inte tillgodoses, blir allt fler äldre blir tvungna att söka sjukhusvård. Detta skulle kunna förebyggas med en välfungerande vård och omsorg i ordinärt boende.

Hälso- och sjukvårdsinsatser för äldre

Vård i hemmet har varit politikens dominerande inriktningen under decennier, men det var först under 2000-talet som fler äldre fick vård och omsorg hemma i stället för på institution. Att hemmet blir en vårdplats kan innebära mycket skiftande villkor om man bor ensam eller tillsammans med make, maka eller partner, i glesbygd eller i stad, i eget hus eller lägenhet. Kommunikationer och samhällsservice får allt större betydelse. När allt fler äldre,

även personer som är i behov av omfattande vård och omsorgsinsatser, vårdas hemma allt längre, blir hemmet en allt mer vanlig vårdform.

För många äldre utgör läkemedel den vanligaste insatsen. Nya läkemedel och behandlingsprinciper har också inneburit bättre förutsättningar för äldre att bo kvar hemma, med bibehållen livskvalitet.

Läkemedelsbehandlingen av de allra äldsta har ökat avsevärt under de senaste 20 åren. I genomsnitt använder 80-åringar och äldre nära sex läkemedel. Det innebär större möjligheter att behandla de sjukdomar och besvär som äldre drabbas av, men medför samtidigt en betydande risk för biverkningar och problem med att läkemedlen påverkar varandra negativt. Risken är särskilt uttalad hos äldre, som på grund av kroppsliga förändringar på grund av åldrande och sjukdom ofta är betydligt mer känsliga för läkemedel än yngre. Biverkningar förefaller orsaka dubbelt så många inläggningar på sjukhus i dag som under 70-talet.

Det finns alltså starka skäl att ställa krav på en fungerande läkemedelsbehandling av äldre. Det gäller framför allt att komma till rätta med problem som beror på att äldre använder många läkemedel samtidigt. Speciellt bekymmersamt är den omfattande förskrivningen av psykofarmaka i särskilt boende. Även Socialstyrelsens tillsyn lyfter fram läkemedelshantering som ett av de stora riskområdena inom den kommunala hälso- och sjukvården, eftersom läkemedelshantering är den i särklass största hälso- och sjukvårdsåtgärden i kommunen. Socialstyrelsen har därför tagit initiativ till att utarbeta föreskrifter för att säkra att huvudmännen systematiskt följer upp den enskildes läkemedelsbehandling. Det är också viktigt att samordna ansvariga myndigheters arbete med att få till stånd en bättre uppföljning av den enskildes läkemedelsanvändning. Läkemedelsfrågan illustrerar komplexiteten, problemen och svårigheterna när det gäller att få vården att fungera hemma och i särskilt boende.

Den omfattande läkemedelsbehandlingen medför många gånger goda förutsättningar för ett bättre liv för den enskilde, trots sjukdom och funktionsnedsättningar. Det får inte innebära att läkemedel alltid ska vara den behandling som erbjuds äldre, när alternativ finns. I Sverige möts äldres psykiska problem huvudsakligen med läkemedelsbehandling. Samtidigt kan man konstatera att det finns bra vetenskapligt stöd för värdet av psykologisk behandling av depression och ångestbesvär hos äldre. Man kan alltså ifrågasätta varför äldre inte kan få tillgång till psykologisk behandling på samma sätt som yngre personer.

Hur kan vården på bästa sätt ta hand om en person med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov? Ska vården utföras i den slutna vården, eller i hemsjukvård i ordinärt eller särskilt boende? Ofta handlar det om behov av tillgång till god omvårdnad och adekvat symtomlindring, som exempelvis vid palliativ vård i livets slutskede. Det handlar inte bara om en noggrann planering av de olika sjukvårdsinsatserna, utan också om kunskap om vad den enskilde och närstående har behov av i form av exempelvis information, samtal, och tröst. Målet måste vara att åstadkomma en så trygg situation som möjligt. Samtidigt konstateras brister när det gäller omfattningen av läkares och sjuksköterskors ansvar. Ju fler personer som varje vårdpersonal har att ansvara för, ju svårare är det att åstadkomma en god vård. Det är särskilt märkbart vid vård i livets slutskede.

Enligt Socialstyrelsen finns, trots det ökade behovet av omvårdnad och medicinska insatser i både särskilt och ordinärt boende, stora brister inte bara när det gäller kompetens, utan också när det gäller bemanning och ledning av hälso- och sjukvården i kommunen. Förskjutningen av vårdinsatser från den slutna vården till hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende, kräver en förstärkning av hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens. Det handlar om bättre tillgång till både läkare och sjuksköterskor – men det krävs också andra kompetenser, som sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, dietister och tandhygienister.

Därför är det nödvändigt att precisera den öppna hälso- och sjukvårdens uppdrag i förhållande till den slutna vården med utgångspunkt från den enskilda individens behov. Utan en medveten resursfördelning riskerar man att inte kunna upprätthålla kraven på god vård för den äldre gruppen patienter.

Samordning och samverkan — socialtjänst och hälso- och sjukvård

Äldre med många sjukdomar och funktionsnedsättningar som bor hemma är beroende av vård- och omsorgsinsatser från olika huvudmän, professioner och vårdgivare samtidigt. Eftersom behov av hjälp ofta uppstår akut vid olika tidpunkter på dygnet, ställs stora krav på samordning av insatserna. Inte så sällan tvingas anhöriga att ta på sig ansvaret att samordna insatserna. Äldre med stora hjälpbehov drabbas ofta av akuta sjukdomar som medför behov av sjukhusvård. Vårdplanering och vårdplaner vid patientens utskrivning har ett skiftande innehåll och kvalitet, något som inte underlättar kommunikationen mellan sjukhus, öppen vård och socialtjänst. Läkarnas engagemang i detta sammanhang ifrågasätts ofta.

De svårt sjuka äldre, riskerar att få svårt att hävda sig, eftersom de ofta inte kan se till att få den hjälp som behövs av egen kraft. Nackdelen med de ökade valmöjligheterna är med andra ord ökade svårigheter att få till stånd nödvändig samverkan för utsatta grupper. Ju fler vårdgivare, desto större krav ställs på samordning. Här har huvudmännen ett stort ansvar för att formulera kraven på utförarna.

Socialstyrelsen har uppmärksammat att patienter i Stockholm har fått vård av tre olika sjuksköterskeorganisationer och lika många läkarorganisationer under ett dygn. På motsvarande sätt kan den som behöver hemtjänst få anlita flera olika utförare för att få sitt samlade behov av hemtjänst tillgodosett.

Sedan 2007 kan äldre personer få eller köpa service och omvårdnad enligt tre skilda lagstiftningar: socialtjänstlagen, lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster för äldre samt lag om skattereduktion för utgifter för hushållstjänster. Samtidigt får de äldre i högre grad än tidigare ta ansvar för att skaffa sig den service och hjälp som de behöver för sin dagliga livsföring, ta hjälp av anhöriga eller köpa önskad hjälp på marknaden.

De kommuner som i dag har ett samlat hemsjukvårdsansvar, tycks också ha uppnått en effektivisering i resursanvändningen. Samverkan mellan olika vårdgivare, vårdtagare och anhöriga blir allt mer avgörande. Därför är det oroväckande att vården och omsorgen om de äldre kännetecknas av ständiga samverkansproblem, mellan vårdgivare, vårdnivåer och professioner.

Den offentliga vården och omsorgen har ansvar för att tillgodose de äldres behov av vård och omsorg. De allra mest hjälpbehövande – de som behöver

vård och omsorg dagligen – och insatser av både medicinsk och omvårdnadskaraktär är en skör grupp, som är helt beroende av hur denna utfästelse infrias.

Den pågående utvecklingen kan ses som ett uttryck för en successiv omdefiniering av det offentliga ansvaret. Dels i riktning mot ett mer begränsat offentligt ansvar, dels att det saknas ett övergripande ansvar för att samordna de nödvändiga insatserna – inte minst när det gäller vården och omsorgen om de mest hjälpbehövande äldre. Eftersom det är svårt och krävande att samordna insatserna för äldre, måste det finnas en funktion som kan säkra att äldre med stora hjälpbehov kan få en god och trygg vård och omsorg.

Resurser för vård och omsorg om de äldre

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre har minskat med drygt en halv procent, medan landstingets kostnader har ökat med drygt 5 procent under åren 2004–2007. De minskade kommunala kostnaderna förklaras i första hand av minskade kostnader för särskilt boende. Landstingens ökade kostnader för äldre speglar bland annat en ökad konsumtion av somatisk specialistvård.

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre har beräknats till drygt 151 miljarder kronor under 2007. Det är en ökning med 2 procent sedan 2004. Det kan jämföras med att befolkningen 80 år och äldre ökat med 1,8 procent och befolkningen 65 år och äldre ökade med 3,5 procent, under samma period.

I den kommunala äldreomsorgen finns också verksamheter och resurser vars roll och funktion är föga diskuterad och uppmärksammas. Ett sådant exempel är dagverksamhet, som har en betydelsefull roll i gränslandet mellan en rad olika verksamheter och aktörer. Det gäller till exempel i ordinärt och särskilt boende, SoL- och HSL-insatser, anhöriginsatser och offentliga vård- och omsorgsinsatser, socialt inriktad personal och hälso- och sjukvårdspersonal, offentliga aktörer och personer som arbetar frivilligt och ideellt.

Många framhåller att dagverksamheter kan ha en central roll när det gäller möjligheten till kvarboende. Verksamheten ger anhöriga stöd så att de orkar med sin vardag, och den motverkar isolering och ensamhet bland äldre genom att erbjuda samvaro och gemenskap. Dagverksamheten kan också innebära möjligheter till rehabilitering så att den äldre kan återvända hem efter sjukhusvistelse eller svara för den rehabilitering som krävs för att kunna bo kvar hemma. Vidare kan dagverksamheten ha en avlastande funktion för hemtjänsten.

De många möjligheter som inbegrips i dagverksamheten gör det svårt att beskriva den på ett tydligt sätt. Genom att dagverksamheten i sina olika former är så komplex – olika målgrupper, inriktningar och krav för att få delta etc. – riskerar verksamheten att framstå som otydlig. Det gör den svår att följa upp, och av dess hela bredd riskerar bara en del att synas. Det som inte syns riskerar samtidigt att bli ifrågasatt.

Några kommuner satsar på dagverksamhet, vissa lägger ner den medan andra kommuner gör om sin dagverksamhet till icke biståndsbedömda, öppna verksamheter. I perspektivet att stödja kvarboendet borde dagverksamhe-

ten lokalt ha möjlighet att möta hela spektrumet av äldre som bor i ordinärt boende. Det handlar då om att i öppen form fungera stödjande och förebyggande för en vid grupp äldre och genom mer målgruppsinriktade dagverksamheter med tillräckliga personalresurser – både vad gäller antal och kompetens – klara av att ta emot och möta behoven både hos personer med demens men också fysiskt mycket sköra äldre. Det ställer krav på att kommunen preciserar dagverksamhetens roll och funktion, i relation till övriga verksamheter och behoven bland de äldre som bor i ordinärt boende och deras anhöriga.

Kvalitet i vården och omsorgen

Socialstyrelsens arbete med öppna jämförelser tillför nya kunskaper om äldreomsorgen. Man kan till exempel få reda på hur olika kvalitetsdimensioner i äldreomsorgen utvecklas över tid, och via Äldreguiden kan man också jämföra äldreomsorgen utifrån olika kvalitetsaspekter kommuner emellan. Till exempel ligger kompetensnivån i äldreomsorgen något högre än man trodde tidigare. Samtidigt illustreras de stora skillnaderna mellan olika grupper av kommuner. Det betyder att kompetensförsörjningen är ett stort problem i många kommuner. En jämförelse mellan privat och offentligt drivna äldreboenden visar att de privata utförarna har fördelar i vissa avseenden och de offentliga i andra.

Länsstyrelserna framhåller också att tack vare bland annat kompetensstegen har man höjt utbildningsnivån för personalen i äldreomsorgen i hela landet. Men den ökade kunskapsnivån innebär inte automatiskt att äldreomsorgen förbättras i motsvarande grad. Därtill krävs det ytterligare insatser för att personalen ska kunna tillämpa sina nya kunskaper. Till exempel måste bemanningen kunna svara mot de äldres behov av hjälp, och det måste finnas en stödjande ledning. Enhetscheferna säger själva att de arbetar för mycket som administratörer. Det finns också oklarheter i rollerna mellan sjuksköterska och enhetschef.

Socialstyrelsen administrerar flera statliga stimulansbidrag som syftar till att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre. Det är svårt att beskriva de direkta effekterna av statliga stimulansmedel. Stimulansbidragen ger dock möjligheter för kommunerna att långsiktigt förstärka kvaliteten i verksamheten genom att anställa personal, till exempel dietister, arbetsterapeuter eller demenssjuksköterskor. Den ökning av högskoleutbildad personal som skett de senaste åren, har skett bl.a. tack vare stimulansbidragen. Stimulansbidragen innebär också att man har bättre möjligheter att driva utvecklingsarbete inom vården och omsorgen om de äldre. Det har i sin tur stor betydelse när det gäller att göra det mer attraktivt att arbeta inom äldreomsorgen.

Det diskuteras ofta vad brukarna tycker om den vård och omsorg de får. För första gången har Socialstyrelsen genomfört en landsomfattande studie som undersöker vad de äldre anser om hjälpens kvalitet. Många kan inte svara på egen hand på grund av hälsoskäl. De svar man fått kan alltså inte gälla för alla som har hemtjänst, än mindre de som bor på äldreboende. Studien ger alltså inget underlag som gör det möjligt att dra allmänna slutsatser om kvaliteten i äldreomsorgen ur brukarnas perspektiv i allmänhet.

Däremot ger brukarundersökningen många intressanta inblickar i hur personer som är beroende av hjälp från andra uppfattar kvaliteten i den hjälp de får. Intrycket som man får utifrån denna undersökning ger inte belägg för att vården och omsorg är i kris. Inte heller bekräftar undersökningen bilden av en vård och omsorg där alla är nöjda. Den bild som går att skapa av kvaliteten i äldreomsorgen med hjälp av brukarnas omdömen i ett nationellt perspektiv, kan aldrig fånga den komplexa verksamhet som äldreomsorgen utgör, än mindre enskilda personers behov, önskemål och förväntningar på vård och omsorg. Nationella brukarundersökningar är ändå en mycket värdefull referens i diskussionen om kvaliteten i äldreomsorgen, trots svårigheterna att samla in brukarnas omdömen.

Intresset och behovet av att dokumentera, mäta och värdera äldreomsorgen växer i hela landet. Utvecklingen innebär att det finns mer information, jämfört med tidigare, när det gäller att beskriva och analysera vården och omsorgen om äldre. Denna positiva utveckling innefattar också en hel del problem. På grund av den omläggning av socialtjänststatistiken som Socialstyrelsen genomfört, kommer det att vara svårt att göra analyser över tid under ett antal år. När nya data blir tillgängliga på vissa områden, framstår brister på andra områden än mer tydligt. Avsaknaden av data om primärvårdens insatser för äldre begränsar möjligheterna till en samlad analys. Likaså saknas uppgifter om innehållet i de insatser som ges enligt HSL 18 §, dvs. hemsjukvården.

Nya uppgifter om äldreomsorgen har tillkommit i olika sammanhang med olika motiv, vilket innebär att det ofta kan vara svårt att få en samlad bild av utvecklingen. Kunskapen om äldreomsorgens kvalitet består av uppgifter som låter sig samlas in, kvantifieras och presenteras i sammanställd form. Kvalitet blir därmed ”vad vi mäter”. Det ska självklart inte tolkas som om man på ett uttömmande sätt lyckats beskriva kvaliteten i äldreomsorgen.

Samtidigt pågår en utveckling inom äldreomsorgen som innebär att det blir svårare att veta om de äldre får den service och vård de behöver. Numera kan man köpa vissa tjänster med skatteavdrag, som tidigare förmedlades som bistånd. Det innebär på sikt att antalet personer med hemtjänst kommer att minska. Det finns alltså bättre möjligheter att analysera en krympande offentlig äldreomsorg, samtidigt som man får allt svårare att beskriva hur äldres behov av vård och omsorg tillgodoses i ett befolkningsperspektiv.

Kvalitet i vården och omsorgen om de äldre kan betraktas ur många olika perspektiv. Att fånga och beskriva utvecklingen i hela landet är svårt med tanke på de stora lokala skillnaderna från kommun till kommun, eller till och med inom en kommun. Det pågående arbetet kommer dock att kunna ge en bättre bild på nationell nivå av i vilken mån, på vilket sätt och med vilken kvalitet äldre får den sjukvård och sociala omsorger som de behöver.

Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. Bättre hälsa hos äldre! 2003:41. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
2. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009 (under publicering). Stockholm; 2009.
3. Thorslund M, Lennartsson C, Parker M, Lundberg O. De allra äldstas hälsa har blivit sämre. Läkartidningen. 2004;17:1494-9.
4. Rosén M, Haglund B. From healthy survivors to sick survivors--implications for the twenty-first century. Scand J Public Health. 2005;33(2):151-5.
5. Fors S, Lennartsson C, Lundberg O. Health inequalities among older adults in Sweden 1991-2002. The European Journal of Health. 2007;1-6.
6. Thorslund M, Parker M. Hur mår de äldre egentligen? Motstridiga forskningsresultat tyder både på en förbättrad och försämrad hälsa. Läkartidningen. 2005;43:3119-24.
7. Meinow B. Capturing health in the elderly population: Complex health problems, mortality, and allocation of home-help services. Stockholm: Stockholms universitet; 2008.
8. Batljan I. Demographics and future needs for public long term care and services among the elderly in Sweden: The need for planning. Stockholm: Stockholms universitet 2007.
9. Ernsth Bravell M. Care trajectories in the oldest old. Jönköping,: Jönköpings universitet 2007.
10. Socialstyrelsen. Hjälpmönster bland de allra äldsta. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
11. Berg AI. Life satisfaction in later life: Markers and predictors of level and change among 80+ olds. Göteborg: Göteborgs universitet; 2008
12. Andersson M. Äldre personers sista tid i livet - Livskvalitet, vård, omsorg och närståendes situation. Lund: Lunds universitet; 2007.
13. Socialstyrelsen. Äldre-vård och omsorg år 2007 Statistik Socialtjänst 2008:7. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
14. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
15. Socialstyrelsen. Tid för vård och omsorg. Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid? Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
16. Socialstyrelsen. Hemtjänst, servicetjänster utan behovsprövning och hushållstjänster. Meddelandeblad september 2007. Stockholm; 2007.
17. Socialstyrelsen. Kundval i äldreomsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
18. Socialstyrelsen. Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

19. Socialstyrelsen. Jämställd socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
20. Socialstyrelsen. Äldre födda utomlands. En demografisk beskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
21. Statistiska centralbyrån SCB. Befolkningsstatistik. 2009; Hämtad Tillgänglig från: www.scb.se.
22. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
23. Hovde B, Hallberg ILR, Edberg A-K. Offentlig vård bland utomnordiska invandrare i södra Sverige. Lund: Region Skåne, Lunds universitet; 2009.
24. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
25. Regeringskansliet. Minoritetspolitiken. Faktablad. Stockholm: Näringsdepartementet; 2001.
26. Kommunförbundet Norrbotten. Äldreomsorg för nationella minoriteter i Norrbottens län. 2006.
27. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
28. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 (under publicering). Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
29. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, Statens räddningsverk. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder. Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete; 2007.
30. Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Rapport 2009:1. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
31. Socialstyrelsen. Patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
32. Statistiska centralbyrån. Befolkningsregistret. Stockholm; 2007.
33. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
34. Karlsson S. Older People's Public Health Care and Social Services. Lund: Lunds universitet; 2008.
35. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
36. Socialstyrelsen. Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
37. Fastbom J. Äldres läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
38. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Aug; 52(8):1349-54.
39. Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. *J Am Geriatr Soc*. 1988 Feb;36(2):142-9.
40. Esbjörn P, End-Rodrigues T, Thylén P, Bergman U. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. *Läkartidningen*. 2008; 35:2338-42.

41. Bergman U, Ulfvarson J, von Bahr C. Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
42. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi - Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
43. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre i hemsjukvården. Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 29 vårdcentraler i sydöstra sjukvårdsregionen 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
44. Socialstyrelsen. Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård. Resultat av nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
45. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling inom äldrevården. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
46. Sjövik S, Fastbom J, Ulfvarson J, Bastholm Rahmner P, Andersén Karlsson E. Fortbildning och läkemedelsgenomgångar på distans med datoriserat kunskapsstöd. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
47. Sveriges Kommuner och Landsting. SÄLMA 2007 - Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
48. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
49. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
50. Boiertz K S. Slutrapport efter riskanalys av läkemedelsadministrering. Oxie stadsdelsförvaltning, Malmö stad; 2008.
51. Holm L E. Sjuka blir sjukare av läkemedel. Debattartikel, Svenska Dagbladet 12 sept 2008
52. Socialstyrelsen. Patientsäkerhet vid utbyte av läkemedel på apotek. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
53. Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting. Handlingsplan för effektivare läkemedelsanvändning. Stockholm: Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2009 updated 2009; Hämtad Tillgänglig från: <http://www.regeringen.se/sb/d/4029>.
54. Kammarrätten i Sundsvall. Dom meddelad 20070918. Mål nr 2989-06. Sundsvall: Kammarrätten i Sundsvall; 2007.
55. Kammarrätten i Jönköping. Dom meddelad 20050531. Mål nr 2562-04. Jönköping: Kammarrätten i Jönköping; 2005.
56. Socialstyrelsen. Äldres psykiska ohälsa. En fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
57. Socialstyrelsen. Psykologisk behandling av äldre (preliminär titel, under publicering). Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
58. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
59. Roos Jansåker A-M Lindahl C Renvert H Renvert S. Nine- to fourteen-year follow-up of implant treatment Part II: presence of peri-implant lesions. Journal of Clinical Periodontology 2006;33:290-5.
60. Statistiska Centralbyrån. ULF-undersökningarna Stockholm: SCB; 2007.

61. Folktandvården Uppsala län. Munhälsobedömningar Rapport från munhälsobedömningar 2005. Uppsala; 2005.
62. Socialstyrelsen. Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
63. Sveriges kommuner och landsting. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som led i sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2007 års verksamhet. Stockholm: SKL; 2008.
64. Jonsson M, Wårdh I. Effekterna av en reform. Vårdpersonalens kunskap om munvård vid särskilda boenden i Jönköpings län – fem år efter införandet av tandvårdsreformen 1999 Jönköping: Folktandvården i Jönköpings län; 2007.
65. Hagman-Gustafsson M-L, Holmén A, Strömberg E, Gabre P, Wårdh I. Who cares for the oral health of dependent elderly and disabled persons living at home? A qualitative study of case manager's knowledge, attitudes and initiatives. Swed Dent J. 2008;32:95-104.
66. Socialstyrelsen. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård. Meddelandeblad mars 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
67. Juslin M, Nordenram G. Uppsökande tandvård. Många berättigade är okända. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Ädrecentrum; 2007.
68. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Del II. Faktagrund och beräkningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
69. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
70. Wunderlich G S, Kohler P O, ed. Improving the Quality of Long-Term Care. Washington DC: Institute of Medicine Division of Health Care Services. National Academy Press; 2001.
71. Wård I. Oral health care in nursing. Attitudes, priorities and education. Göteborg: Göteborgs universitet; 2002.
72. Reed R, Broder H.L, Jenkins G, Spivack E, Janal MN. Oral health promotion among older persons and their care providers in a nursing home facility. Gerodontology. 2006;Jun 23(2):73 – 8.
73. Arbetsförmedlingen. Var finns jobben år 2008? samt bedömning på 5 - 10 års sikt. Ura 2008:2; 2008.
74. Socialstyrelsen. Arbetsmarknadsöversikt - maj 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
75. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
76. Socialdepartementet. På väg mot en god demensvård Ds 2003:347. Stockholm: Socialdepartementet; 2003.
77. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Demenssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006.
78. Socialstyrelsen. Resurser för vård och omsorg om dementa. Preliminär titel, under publicering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

79. Hjälpmedelsinstitutet. 2009-02-20; Hämtad Tillgänglig från: www.hi.se/kommunnatverket.
80. Länsstyrelsen i Jönköping. Trygghet, rättssäkerhet och socialt innehåll för äldre i ordinärt boende. Förutsättningar för kvarboende i tre kommuner. Jönköping: Länsstyrelsen i Jönköping; 2006.
81. Socialstyrelsen. Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
82. Länsstyrelsen i Dalarna. Verksamhetstillsyn i Dalarnas kommuner - personer med demenssjukdomar i ordinärt boende. Rapportnummer 2009:7. 2009.
83. FOU-centrum. Hämtad 2009-02-20 Tillgänglig från: www.fouvalfard.org.
84. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens lägesbeskrivning: 2006, 2007 och 2008 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Hämtad 2009-02-20 Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2C7D69FB-FD02-4786-A3AD-BFE078097AAF/11047/200813134.pdf>.
85. Göteborgs kommun. Mat och prat. Ett genombrottsprojekt för att höja livskvaliteten hos äldre i ordinärt boende. Göteborg: Göteborgs kommun; 2008.
86. Region Västra Götaland. Äldresjuksköterska i primärvården. Uppföljningsrapport. Västra Götaland; 2008.
87. Norrbottens läns landsting. Vital i Norr. Årsrapport om stimulansmedelsprojekt. Luleå: Norrbottens läns landsting; 2008.
88. Socialstyrelsen. En bra början...? Utvärdering av projektet med Resursteam för palliativ vård i Solna 2007 – 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
89. Socialstyrelsen. Tillsyn av den utveckling som pågår med stöd av statliga stimulansmedel inom rehabilitering, kost och nutrition samt det sociala innehållet i Kristianstad kommun. Stockholm: Socialstyrelsen och länsstyrelsen i Region Skåne; 2008.
90. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. 2009-02-20; Hämtad Tillgänglig från: www.anhoriga.se.
91. Svenskt demenscentrum. 2009-02-20; Hämtad Tillgänglig från: www.demenscentrum.se.
92. Socialstyrelsen. Social tillsyn. Länsstyrelsernas iakttagelser under 2006 och 2007. Stockholm: Socialstyrelsen och länsstyrelserna; 2008.
93. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre 2008. Verksamhetens kvalitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
94. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
95. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
96. Socialstyrelsen. God vård - om ledningssystem för kvalitet och patient-säkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
97. Socialstyrelsen. Brukarundersökningar bland äldre år 2008. Under publicering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

98. NKI. Nöjd kund index. För mer information se:. Hämtad Tillgänglig från: www.scb.se.
99. Socialstyrelsen. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
100. Socialstyrelsen. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från Info VU-projektets nätverk. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
101. Hjälpmedelsinstitutet. Äldrestatistik juni 2008. Äldres hälsa, funktionsnedsättning, boende och hjälpmedel. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet; 2008.

Bilaga: Kostnader

Kommunernas kostnader för äldreomsorg

Kostnader för äldreomsorg är definierade som bruttokostnad minus interna intäkter minus försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting minus externa hyresintäkter.

Från och med 2007 ingår även kostnader för insatser till personer med psykiska funktionshinder 65 år och äldre i äldreomsorgens kostnader. Tidigare ingick dessa uppgifter i individ- och familjeomsorgen.

Från och med 2005 justeras inte personalomkostnaderna (PO) längre, men är trots detta jämförbara med tidigare år som PO-justerats, enligt SCB.

För att jämföra kostnaderna över tiden har uppgifterna fastprisberäknats med 2007 års priser enligt konsumtionsindex för kommunens äldre- och handikappomsorg som tas fram av SCB. Index för 2007 är preliminära.

I årets lägesrapport har den totala kostnaden för *socialtjänsten* justerats. I kostnaden har beräknade kostnader för ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll tillkommit. Detta påverkar äldreomsorgens andel av socialtjänstens kostnader. I socialtjänstens kostnader ingår äldre- och handikappomsorg samt individ- och familjeomsorg inkl. familjerätt och familjerådgivning.

Uppgifterna i denna rapport kan skilja jämfört med de uppgifter som Socialstyrelsen publicerar i Jämförelsetal för socialtjänsten. Detta beror på skillnader i definitioner och när uppgifterna är hämtade från SCB:s undersökning Kommunernas räkenskapssammandrag som kontinuerligt uppdateras.

Landstingens kostnader för äldre

Kostnader för landstinget avseende äldre är definierade som bruttokostnad minus interna intäkter minus försäljning av verksamhet (tjänster, varor och material) minus externa hyresintäkter.

Beräkningarna baseras på uppgifter om landstingens totala kostnader för primärvård, somatisk och psykiatrisk specialistvård samt övrig hälso- och sjukvård som landstingen uppgett i Landstingens räkenskapssammandrag (SKL, SCB). Motsvarande uppgifter från Region Skåne avseende personer 65 år eller äldre har antagits gälla för hela riket. För handikapp- och hjälpmedelsverksamheten som ingår i övriga hälso- och sjukvård har 70 procent antagits avse äldre [101].

Kostnadsuppgifter avseende läkemedel inom läkemedelsförmånen till äldre har hämtats från Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen). I kostnaderna ingår inte uppgifter om tandvård.

Uppgifterna avseende landstingens kostnader för äldre som redovisats i tidigare lägesrapporter är inte jämförbara med dem som redovisas i denna rapport. I uppgifterna som redovisats tidigare ingick bl.a. kostnader för tandvård och en del av statens och kommunens kostnader.

