

Vård och omsorg om äldre

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen äldre personer i åldrarna 80 år och över som behöver hjälp med personlig omvårdnad och service har varit oförändrad de senaste 15 åren.
- Det har skett en kraftig neddragning av antalet, och andelen, äldre som bor i särskilt boende, utan att en större andel äldre har fått hemtjänst under de senaste åren. Antalet personer med hemtjänst ökar dock något, medan antalet beviljade hemtjänststimmar per person är oförändrat.
- Personalvolymen i kommunernas vård och omsorg minskade mellan 2002 och 2009, i förhållande till den demografiska utvecklingen. Personaltätheten i särskilt boende har i stort sett varit oförändrad de senaste tre åren. Andelen av personalen som har yrkesutbildning ökar i den av kommunerna finansierade vården och omsorgen.
- Skillnaderna mellan kommunerna i andelen äldre personer som får särskilt boende minskar. Samtidigt varierar väntetiderna till särskilt boende kraftigt mellan kommunerna och är oskäligt långa i vissa.
- Vid sex av tio särskilda boenden med demensinriktning blir de äldre inlåsta nattetid. Bemanningen är vid flertalet boenden inte tillräcklig nattetid.
- Vid handläggning av ärenden och verkställande av beslut finns brister i tillämpningen av gällande lagstiftning.
- Åtta av tio äldre är nöjda med hemtjänstens omfattning. De mest beroende är minst nöjda.
- Antalet allvarliga fallskador har minskat under 2000-talet. Läkemedelsförskrivningen är dock fortfarande bristfällig.
- Resurstillgången i kommunernas vård och omsorg om äldre har begränsats så att äldres säkerhet och trygghet inte alltid kan tillgodoses. Det finns starka skäl att ifrågasätta om alla äldre personer får den vård och omsorg de behöver för att uppnå en skälig levnadsnivå. Det finns också anledning att ifrågasätta om personer med stora hjälpbehov, för vilka alternativet är särskilt boende, får hemtjänst i tillräcklig omfattning. Bristfällig biståndsbedömning och bristfälliga biståndsbeslut påverkar rätts-säkerheten negativt. Inlåsnings- och tvångsåtgärder används dessutom utan lagstöd. Socialstyrelsen anser att det bör finnas en lag som reglerar användningen av inlåsnings- och tvångsåtgärder inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom.
- Kvaliteten i verksamheten utvecklas i vissa delar positivt till exempel ifråga om personalens yrkeskompetens och äldre personers delaktighet vid utformning av genomförandeplan, men är i andra delar oförändrad.

I detta kapitel beskrivs kortfattat utvecklingen av äldres hälsa och sociala villkor, och sedan redovisas utvecklingen av kommuners och landstings resurser för vård och omsorg om äldre. Därefter redovisas tillgängliga data som belyser förhållanden inom följande kvalitetsområden inom vården och omsorgen om äldre (1,2):

- självbestämmande och integritet i socialtjänsten
- kunskapsbaserad socialtjänst
- tillgänglig socialtjänst
- rättssäker socialtjänst.

Kapitlet redogör för insatser till personer som är 65 år eller äldre, enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

Oförändrad andel äldre behöver hjälp

Äldre människors levnadsförhållanden är en naturlig utgångspunkt vid analys av vården och omsorgen om äldre. Syftet med vården och omsorgen om äldre är att stödja äldres förmåga att leva självständigt och kompensera förluster av förmågor i samband med åldrande, skada och sjukdom. Förändringar i den äldre befolkningens levnadsförhållanden sker långsamt. De uppgifter som redovisas här bedöms dock som relevanta även om de i vissa fall avser förändringar några år tillbaka.

Äldre personers socioekonomiska förutsättningar har generellt förbättrats under de senaste två decennierna, men skillnader mellan kön, socioekonomi och etniska grupper finns kvar och har ökat i vissa avseenden. Det finns fortfarande betydande skillnader i hälsa och sjuklighet mellan före detta arbetare och tjänstemän [3].

Fram till mitten av 1990-talet ökade andelen äldre personer som själva klarade matinköp, matlagning och städning. Under den senaste 15-årsperioden har dock inga sådana förbättringar skett. Andelen äldre personer som behöver hjälp med bad eller dusch, av- och påklädning eller att stiga upp och lägga sig har inte förändrats nämnvärt de senaste två decennierna.

Förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande i form av oro, ångslan, ångest och sömnproblem ligger på en oförändrat hög nivå sedan 1980-talet bland äldre personer jämfört med andra vuxna. En fjärdedel av alla självmord begås av personer som är 65 år eller äldre.

Närmare hälften av alla personer som är 95 år eller äldre har en demenssjukdom och bland dessa finns en omfattande samsjuklighet (det vill säga mer än en sjukdom samtidigt), som inte alltid uppmärksammas.

Andelen äldre män och kvinnor som är överviktiga har ökat sedan 1980-talet. Detta trots att fler motionerar och är aktiva med olika sysslor. Även undervikt är vanligt förekommande i de högsta åldersgrupperna [3].

Allt färre äldre personer i särskilt boende

Drygt 18 procent av befolkningen som är 65 år och äldre, motsvarande cirka 300 000 personer, hade 2009 beviljats en hemtjänstinsats i ordinärt boende

eller en plats i permanent särskilt boende. Under perioden 2002–2009 minskade antalet personer i permanent särskilt boende med drygt 20 000 personer, vilket innebär att en allt mindre andel äldre bor permanent i särskilt boende.

Under åren 2002–2006 skedde en blygsam ökning av *andelen* äldre personer som får någon typ av hemtjänstinsats, men 2007–2009 var andelen relativt oförändrad. *Antalet* personer som får hemtjänst har dock ökat under perioden. Definitionen av hemtjänst har ändrats mellan åren 2006 och 2007, då även personer som enbart får biståndsbedömd matdistribution, trygghetslarm och/eller snöröjning räknas med, vilket omöjliggör jämförelser för hela perioden. Utvecklingen av hemtjänsten kan därför inte beskrivas med samma avgränsning för hela perioden, varför vi redovisar utvecklingen i två tabeller nedan (tabell 8:1 och 8:2).

En jämförelse med uppgifter som redovisades i föregående års lägesrapport för 2007 och 2008 visar dock att antalet personer med hemtjänst (enligt den tidigare definitionen) var 135 500 respektive 144 500 [4]. Det betyder att de personer som enbart hade trygghetslarm, matdistribution eller snöröjning dessa år uppgick till 63 000 respektive 57 400 stycken. Det är inte möjligt att genomföra motsvarande beräkning för 2009. En skattning, som utgår från antagandet att antalet personer som endast hade trygghetslarm, matdistribution eller snöröjning var oförändrat mellan 2008 och 2009, ger dock 148 400 personer med hemtjänst år 2009.

Uppgifterna visar att *antalet* personer som får hemtjänst har ökat, även när den äldre hemtjänstdefinitionen tillämpas för hela perioden 2002–2009, utan att *andelen* bland äldre personer får sådana insatser ökat.

År 2002 var andelen äldre personer som beviljats en hemtjänstinsats i ordinärt boende respektive en plats i permanent särskilt boende relativt lika – 8,2 procent respektive 7,5 procent. Andelen äldre personer med hemtjänst var dock betydligt högre än andelen som bodde i permanent särskilt boende 2006 – 8,9 procent jämfört med 6,2 procent. Uppgifterna belyser de strukturförändringar som har skett i kommunernas vård och omsorg om äldre. Eftersom definitionen av hemtjänst har ändrats kan utvecklingen av hemtjänsten inte beskrivas med samma avgränsning för hela perioden, varför utvecklingen redovisas i två tabeller (tabell 8:1 och 8:2).

Tabell 8:1. Antal och andel i befolkningen, 65 år och äldre, med hemtjänst och permanent särskilt boende den 1 oktober 2002, 2005 och 2006

	2002		2005		2006	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Hemtjänst* i ordinärt boende	125 200	8,2	135 000	8,6	140 300	8,9
Permanent särskilt boende	115 500	7,5	100 800	6,4	98 600	6,2
Totalt	240 700	15,7	235 000	15,0	238 900	15,1

* Fram till och med 2006 inbegriper definitionen av hemtjänst inte personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källa: Äldre – vård och omsorg 2002, 2005 och 2006, Socialstyrelsen samt befolkningsregistret.

Tabell 8:2. Antal och andel i befolkningen, 65 år och äldre, med hemtjänst och permanent särskilt boende den 1 oktober 2007–2009

	2007		2008		2009	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Hemtjänst* i ordinärt boende	198 900	12,5	201 900	12,4	205 800	12,3
Permanent särskilt boende	95 200	6,0	96 700	5,9	95 400	5,7
Totalt	235 400	18,4	298 600	18,4	301 200	18,4

* Från och med 2007 inbegriper definitionen av hemtjänst även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källa: Äldre – vård och omsorg 2007–2009, Socialstyrelsen, befolkningsregistret.

Antalet beviljade hemtjänsttimmar ökade från 3,8 miljoner timmar 2002 till 4,5 miljoner timmar 2009. Det innebär att äldre personer som fick hemtjänst de båda åren i genomsnitt fick ungefär lika många timmar.

Färre anställda – lika mycket arbete

Mellan åren 2002 och 2009 minskade antalet årsarbeten, det vill säga personalvolymen, med 1,5 procent trots att antalet anställda minskade med knappt 10 procent (25 000 personer), tabell 8:3. Förklaringen till denna utveckling är att varje anställd genomsnittligt arbetade mer 2009 jämfört med 2002, eftersom sysselsättningsgraden har ökat och sjukfrånvaron minskat. Under perioden ökade andelen som arbetar hos privata vårdgivare.

Tabell 8:3. Antal anställda inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre under 2002–2009, samt antal årsarbeten under 2002 och 2009

	Anställningsform	2002	2005	2006	2007	2008	2009
Kommun- anställda*	Månadsanställda	176 600	163 100	166 600	162 900	160 800	155 400
	Timanställda	49 600	42 600	43 200	43 400	42 400	41 400
Anställda hos enskilda utföra- re**	Månadsanställda	22 400	25 300	26 200	26 400	24 900	26 400
	Timanställda	6 200	6 600	6 800	6 900	6 600	7 000
Totala antalet Anställda	-	254 800	237 600	242 800	239 600	234 700	230 200
Årsarbeten exkl. sjukfrånvaro	-	170 000	i.u.***	i.u.	i.u.	i.u.	167 500

Antalet anställda inkluderar långtidslediga och sjukskrivna.

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

** Antal anställda hos enskilda utförare har skattats med stöd av den andel av verksamheten som har bedrivits i enskild regi, enligt Socialstyrelsens verksamhetsstatistik, för respektive år.

*** i.u. = ingen uppgift

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

Omfattningen av arbetet inom vård och omsorg är också beroende av sysselsättningsgrad och sjukfrånvaro. Mellan 2002 och 2009 ökade den genomsnittliga sysselsättningsgraden för månadsanställda vårdbiträden och undersköterskor i kommunerna från 81,6 till 84,2 procent. Motsvarande ökning finns även för timavlönade. Under samma period mer än halverades sjukfrånvaron, vilket innebar ett minskat bortfall av arbete motsvarande 8 200 årsarbeten. Justerat efter ökad sysselsättningsgrad och minskad sjukfrånvaro kvarstår en minskning på cirka 2 600 årsarbeten (motsvarande 1,5 procent)

av utfört vård- och omsorgsarbete i kommunal och enskild regi mellan 2002 och 2009. I dessa beräkningar har samma utveckling av sysselsättningsgrad och sjukfrånvaro förutsatts hos enskilda vårdgivare som hos kommunala.

Denna minskade arbetsvolym kan sättas i relation till utvecklingen av antalet äldre personer i befolkningen, som är den viktigaste behovsbestämmande faktorn. Under perioden 2002–2009 ökade antalet personer i åldern 80 år och äldre med 5 procent. I denna åldersgrupp har cirka 35 procent hemtjänst eller bor i särskilt boende.

Minskade kostnader i kommunerna under 2000-talet

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg till äldre beräknades till drygt 163 miljarder kronor under 2009, vilket var en ökning med 4,9 procent sedan 2005. Som framgår av tabell 8:4 ökade kostnaderna mest för landstingens åtgärder för äldre, vilka ökade med knappt 8 procent mellan 2005 och 2009. Kommunernas samlade kostnader för insatser till äldre ökade med knappt 3 procent under samma period. Landstingens beräknade kostnader baseras på hur stor andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som äldre personer använder.

De samlade kostnaderna för äldres vård och omsorg i fasta priser låg på samma nivå år 2009 som år 2002. Kostnaderna för kommunernas insatser minskade under denna period med 4 procent medan landstingens beräknade kostnader ökade med 5 procent. De totala kostnaderna för särskilt boende minskade med hela 14 procent, medan insatser i ordinärt boende ökade med 18 procent. Inom ordinärt boende ökade korttidsboendet med 24 procent. Under denna period ökade antalet personer som är 80 år och äldre med 5 procent.

Tabell 8:4. Kostnadsutveckling för insatser i vård och omsorg till personer 65 år och äldre 2002 och 2005–2009, miljoner kronor samt förändring i procent, 2009 års priser

	2002	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 05–09 (%)	Förändring 02–09 (%)
Äldreomsorg	93 447	87 235	88 687	89 940	90 400	89 622	2,7	–4,1
Särskilt boende	62 600	55 171	54 736	53 871	53 663	53 644	–2,8	–14,3
Ordinärt boende	29 196	30 537	32 454	34 581	35 228	34 477	12,9	18,1
Hemtjänst/ boendestöd*		21 088	22 802	24 398	22 702	23 126	9,7	-
Korttidsboende	4 430	5 157	5 401	5 749	5 449	5 473	6,1	23,6
Övriga insatser**		4 292	4 250	4 434	7 078	5 878	36,9	-
Öppen verksamhet	1 651	1 527	1 497	1 489	1 509	1 501	–1,7	–9,1
Landstingens hälso- och sjukvård 65+***	69 795	68 026	69 798	72 004	71 933	73 295	7,7	5,0
Totalt	163 242	155 261	158 485	161 945	162 332	162 917	4,9	0,2

* Boendestöd enligt socialtjänstlagen till äldre personer med psykisk funktionsnedsättning redovisas under hemtjänst från och med 2007 oavsett organisatorisk tillhörighet

** Biståndsbedömd dagverksamhet, kommunal hälso- och sjukvård, bostadsanpassning och kontaktperson.

*** Kostnaderna har beräknats utifrån hur stor andel av kostnaderna i Region Skåne som avser vård till äldre personer. Denna andel har sedan antagits gälla hela riket och använts på de uppgifter om hälso- och sjukvård som

landstingen har lämnat i landstingens räkenskapsammandrag. För kostnader för handikapp- och hjälpmedelsverksamhet har 70 procent antagits gälla äldre personer.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2002 och 2005–2009, Statistiska centralbyrån och landstingens räkenskapsammandrag 2002 och 2005–2009, Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Region Skåne.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick till drygt 89 miljarder kronor 2009, varav 60 procent gick till särskilt boende, nästan 39 procent till insatser i ordinärt boende och knappt 2 procent till öppna verksamheter. Med öppen verksamhet avses generellt inriktade verksamheter som i första hand är avsedda för personer som är 65 år och äldre och där deltagandet inte förutsätter individuell behovsprövning och biståndsbeslut. Av socialtjänstens kostnader utgjorde vården och omsorgen om äldre knappt 53 procent.

Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre i kommunerna visar ett tydligt mönster. De totala kostnaderna för särskilt boende fortsätter att minska – med 2,8 procent under perioden 2005–2009. För insatser i ordinärt boende ökade de totala kostnaderna under samma tid med nästan 13 procent. För insatserna i ordinärt boende redovisas dock en minskning mellan åren 2008 och 2009 i fasta priser. Ökningen med nästan 37 procent av kostnaderna för övriga insatser beror på att kommunernas kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser har flyttats från respektive verksamhetsform till denna post, som följd av en redovisningsförändring.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till personer som är 65 år och äldre har beräknats till drygt 73 miljarder kronor under 2009. Kostnaderna ökade mest inom primärvården och inom den somatiska specialistvården. Övrig hälso- och sjukvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen (det vill säga prissubvention av läkemedel) minskade under perioden 2005–2009 med 9 respektive 7 procent räknat i fasta priser. Med övrig hälso- och sjukvård avses ambulanstransporter, sociala verksamheter, folkhälsofrågor, FoU, verksamheter för personer med funktionsnedsättning och hjälpmedelsverksamheter.

Sammanfattningsvis har sedan 2002 kommunerna kraftigt dragit ned på det särskilda boendet, samtidigt som antalet personer som får hemtjänst har ökat. Med hänsyn till denna kraftiga neddragning kunde antalet timmar per person som får hemtjänst förväntas öka, men antalet beviljade timmar 2009 var så gott som oförändrat jämfört med 2002. Andelen äldre personer som får hemtjänst och som bor permanent i särskilt boende förändrats inte under perioden.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre har inte följt behovsutvecklingen mätt som det ökade antalet äldre i befolkningen. Ekonomiska resurser har flyttats från särskilt boende till stöd i ordinärt boende. Antalet årsarbeten inom vården och omsorgen om äldre som finansieras av kommunerna har varit i stort sett oförändrat. Antalet årsarbeten har inte följt ökningen av antalet äldre, trots att andelen äldre personer med nedsättningar i sitt funktionstillstånd har varit oförändrad.

Utvecklingen inom några kvalitetsområden

Kvalitet är de sammantagna egenskaper hos vården och omsorgen som tillgodoser äldres behov. Målen i lagstiftningen ger stöd för att precisera inom vilka områden som kvaliteten bör mätas. För hälso- och sjukvård och socialtjänst redovisas dessa kvalitetsområden i denna rapports inledning.

Kvalitetsredovisningar av vården och omsorgen om äldre bör dels innehålla beskrivningar av faktiska förhållanden, dels beskrivningar av hur äldre personer bedömer verksamheten. Faktiska förhållanden kan avse förutsättningar, processer eller resultat. När det gäller möjligheten att beskriva äldres egna bedömningar av verksamheten finns det en påtaglig begränsning, nämligen att cirka två av tre i särskilt boende har olika grader av kognitiva nedsättningar som gör det svårare eller omöjligt för dem att besvara enkäter [5].

Nedan redovisas först några generella uppgifter från Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattningar, för att därefter redovisa tillgängliga data som belyser ovanstående kvalitetsområden.

Tillgången till säkra och heltäckande data begränsar möjligheterna att beskriva förhållandena i kommunernas och landstingens vård och omsorg om äldre. De uppgifter som redovisas beskriver därför ibland läget vid en viss tidpunkt, och när utveckling över tid visas är tidsperioderna inte alltid lika.

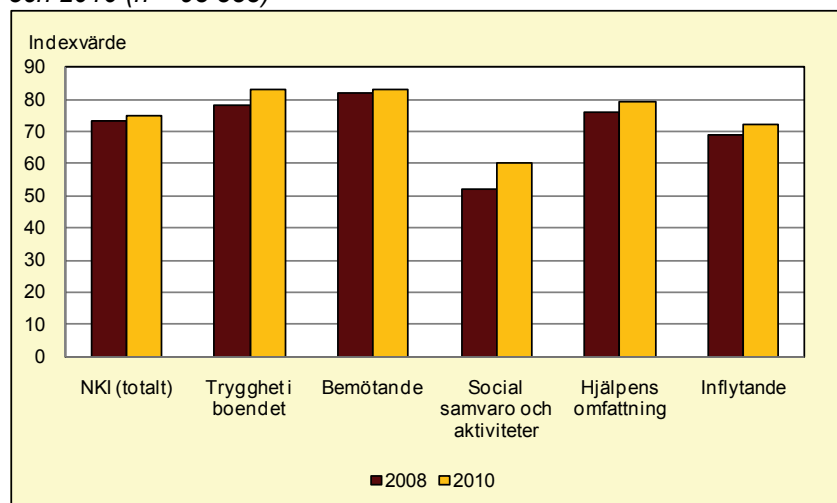
Äldre med sämre hälsa är mindre nöjda med hemtjänsten

Socialstyrelsen genomförde 2008 och 2010 en nationell undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i vård och omsorg som ges inom hemtjänsten och i det särskilda boendet, vilket ger vissa möjligheter till jämförelser över tid. Här redovisas enbart uppgifter om hemtjänst i ordinärt boende. Svarsfrekvensen i undersökningarna för personer som har hemtjänst var 70 procent. 74 procent av svaren lämnades av den äldre personen själv och resten är ifyllda av en anhörig eller av personal. Sammanräknat innebär detta att drygt hälften av de äldre som ombads delta i undersökningen själva har lämnat uppgifter.

Genomgående har små förändringar skett i äldres och närståendes uppfattningar om vården och omsorgen. Äldre personer som får hemtjänst är i stort sett nöjda med sin hemtjänst. Undersökningarna visar att äldre med god hälsa är mer nöjda med hjälpen än äldre med sämre hälsa. Särskilt höga omdömen ger äldre om hemtjänsten när det gäller trygghet i hemmet och bemötande. Minst nöjda är de med den sociala samvaron och aktiviteter, såsom utevistelser. Resultaten bör tolkas med stor försiktighet då endast drygt varannan äldre person som ingick i undersökningen själva besvarade enkäten.

Äldre personer som bor i befolkningsmässigt stora kommuner och som har stora omsorgsbehov ger ett mindre positivt omdöme än motsvarande grupp i mindre kommuner.

Figur 8:1. Äldres uppfattning om hemtjänsten*
Nöjd kundindex (NKI) samt indexvärden för utvalda kvalitetsområden, åren 2008 och 2010 (n = 93 333)



* Undersökningen bygger på postenkäter till äldre personer med hemtjänst eller som bor i särskilt boende. Frågor har utgått från olika kvalitetsområden, till exempel bemötande. Svaren på frågorna redovisas som ett index från 1 till 10. Svaren på samtliga frågor inom ett kvalitetsområde vägs samman till ett index mellan 0 och 100
Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen, 2010.

I den ovanstående figuren visas förändringarna mellan åren för nöjd kundindex (NKI) totalt samt för de kvalitetsområden där frågorna inte förändrades mellan åren. Förändringarna är relativt små. Jämfört med den första undersökningen, ger de äldre som deltog i 2010 års enkät något mer positiva omdömen om hemtjänsten beträffande trygghet i hemmet, information samt social samvaro och aktiviteter. Trots viss förbättring har fortfarande kvalitetsområdena information samt social samvaro och aktiviteter lägst värden [6].

Självbestämmande i socialtjänsten

Äldre personers möjligheter att påverka de vård- och omsorgsinsatser de får är ett centralt kvalitetsområde. Här beskrivs utvecklingen när det gäller äldres delaktighet i utformningen av genomförandeplaner för insatserna i särskilt boende samt äldres egna uppfattningar om möjligheterna att påverka den hemtjänst de får.

Ökad delaktighet vid upprättandet av genomförandeplaner

Enligt 3 kap. 5 § SoL ska socialnämndens insatser för den enskilda personen utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan (SOSFS 2006:5, Allmänna råd under 6 kap. 1 §). Av dokumentationen bör det bland annat framgå på vilket sätt den enskilda personen har utövat inflytande över planeringen.

Tillsynserfarenheter visar att genomförandeplaner ibland upprättas utan att den enskilda personen eller dennes företrädare är delaktig och att det

ibland är personalen som gör dem. Många äldre vet inte om att de har en sådan plan [7].

Under fyra års tid har Äldreguiden redovisat andelen äldre som bor permanent i särskilt boende och som uppges ha varit delaktiga vid utformningen av genomförandeplan. Andelen boenden där alla äldre personer har en genomförandeplan, som de själva eller en företrädare för dem har varit delaktiga i att upprätta, ökade från drygt 40 procent år 2006 till 53 procent år 2009. Dessa uppgifter bygger på redovisningar från respektive särskilt boende.

Bristande möjlighet att påverka tidpunkt för hjälp

Äldre personer som får hemtjänst har tillfrågats om de är nöjda med sina möjligheter att påverka vid vilka tider hemtjänsten ges och hur personalen tar hänsyn till hemtjänstmottagarens åsikter och önskemål om hjälpen. Av nedanstående tabell framgår att en majoritet äldre tycker att de har inflytande över hemtjänsten. Medelvärde för möjligheten att påverka vid vilken tid hjälpen ges ligger på indexvärdet 7 för både 2008 och 2010 (skala 0–10). Bedömningen är något bättre när det gäller om personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. Skillnaderna i de äldres bedömning i olika kommuner är stora, särskilt ifråga om möjligheterna att påverka tiden för när hjälpen ska ges.

Tabell 8:8. Hemtjänstmottagares bedömning av sitt inflytande på hemtjänsten

Index per kommun, 1–10	Hur nöjd är du med dina möjligheter att påverka vid vilka tider du får hjälp?		Hur nöjd är du med hur personalen tar hänsyn till dina åsikter och önskemål?	
	2008	2010	2008	2010
Medel, kommunvärde	6,9	7,1	7,5	7,8
Lägsta kommunvärde	5,5	5,7	6,1	6,6
Högsta kommunvärde	8,7	8,4	8,9	8,9

Källa: Den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om hemtjänst och särskilt boende 2010, egen bearbetning.

God delaktighet i att utforma genomförandeplanen inom hemtjänsten kan förväntas ge en hög andel hemtjänstmottagare som anser sig ha inflytande över den hemtjänst de får. En sambandsanalys visar dock att något sådant samband inte finns. Skälet kan vara att genomförandeplanen inte uppfattas som en reell möjlighet att påverka insatsernas praktiska genomförande.

Sammanfattningsvis kan konstateras att allt fler äldre personer i särskilt boende, eller deras företrädare, är delaktiga i att upprätta genomförandeplaner. Trots det finns det skäl att ifrågasätta i vilken mån detta innebär att de äldre verkligen uppfattar att de i ökad utsträckning kan påverka hur stödet och hjälpen ges. De formella möjligheterna att påverka verkar inte ha någon inverkan på om de äldre uppfattar sig ha bättre faktiska möjligheter att påverka.

Det är ännu för tidigt att avgöra om införandet av valfrihetssystem har skapat bättre möjlighet för äldre personer att påverka hur beslutade insatser genomförs och om de uppfattar sig mer delaktiga. Socialstyrelsen arbetar med uppföljning av reformens effekter.

Kunskapsbaserad socialtjänst

Socialstyrelsen redovisar här uppgifter om dels personalens kompetens, dels läget när det gäller läkemedelsförskrivning och fallskador.

Större andel bland de anställda i särskilt boende har yrkesutbildning

En viktig förutsättning för att kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är att den bedrivs enligt vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. God tillgång till personal med yrkesutbildning är en nödvändig förutsättning för detta. Andelen omvårdnadspersonal på särskilda boenden i landet som har yrkesförberedande utbildning ökade mellan 2007 och 2009 från 76 till 80 procent, enligt uppgifter från Äldreguiden. Under samma period ökade andelen vård- och omsorgspersonal som har eftergymnasial utbildning från 17 till 20 procent. Dessa uppgifter avser både kommunalt och enskilt anställda [8].

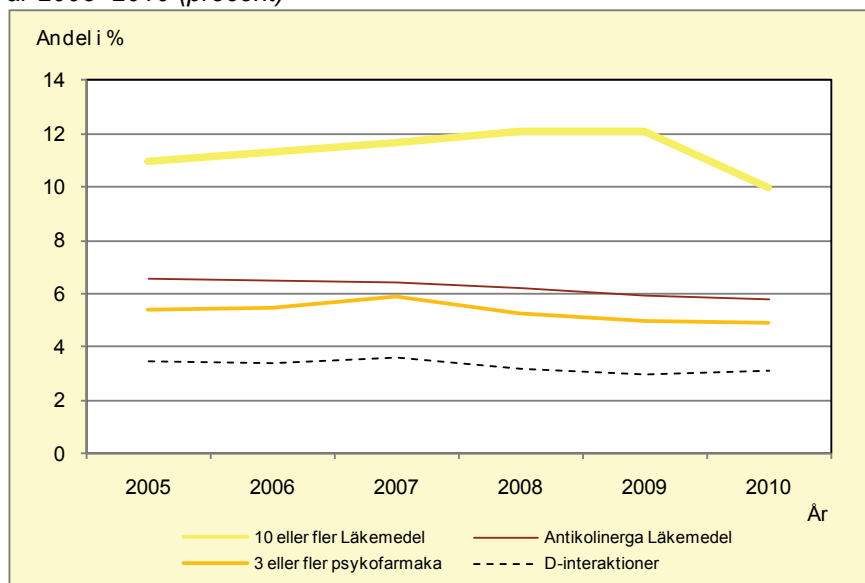
Vissa förbättringar i läkemedelsförskrivning till äldre

Förskrivningen av läkemedel till äldre har ökat påtagligt under de två senaste decennierna, från tre till i dag nära sex preparat per person. Särskilt utsatta är äldre som på grund av sviktande funktioner eller sjukdom också är mest känsliga för läkemedel. Dessa personer använder i dag i genomsnitt tio preparat per person.

Socialstyrelsen har under de senaste 15 åren belyst problemen med äldres läkemedelsanvändning. Sveriges Kommuner och Landsting och läkemedelskommittéerna har genomfört en rad projekt i syfte att förbättra kvaliteten på läkemedelbehandlingen för äldre. I juni 2010 publicerade Socialstyrelsen ”Indikatorer för en god läkemedelsterapi hos äldre”, en uppdatering av den första versionen som publicerades 2004 [9].

Vissa förbättringar av äldres läkemedelsbehandling har skett under de senaste åren. Förskrivningen av psykofarmaka, med undantag för antidepressiva medel, minskade mellan åren 2005 och 2010 (figur 8:4). En viss minskning noteras också under denna period för antikolinerga läkemedel, samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka samt förekomsten av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner. Andelen äldre som har tio eller fler läkemedel förskrivna ökade något fram till 2008 och var oförändrad 2008–2009. Därefter ser det ut att ha inträffat ett trendbrott, med en lägre användning 2010. Detta bör dock tolkas med försiktighet och behöver bekräftas med ytterligare mätningar. Bland annat går det inte utesluta att en orsak till den lägre siffran kan vara att den aktuella mätningen 2010 gjordes vid en tidigare tidpunkt på året (30 september i stället för 31 december).

Figur 8:4. Förskrivning av läkemedel till personer som är 80 år och äldre, år 2005–2010 (procent)



Fyra kvalitetsindikatorer: 10 eller fler läkemedel, 3 eller fler psykofarmaka, läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner och antikolinerga läkemedel

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

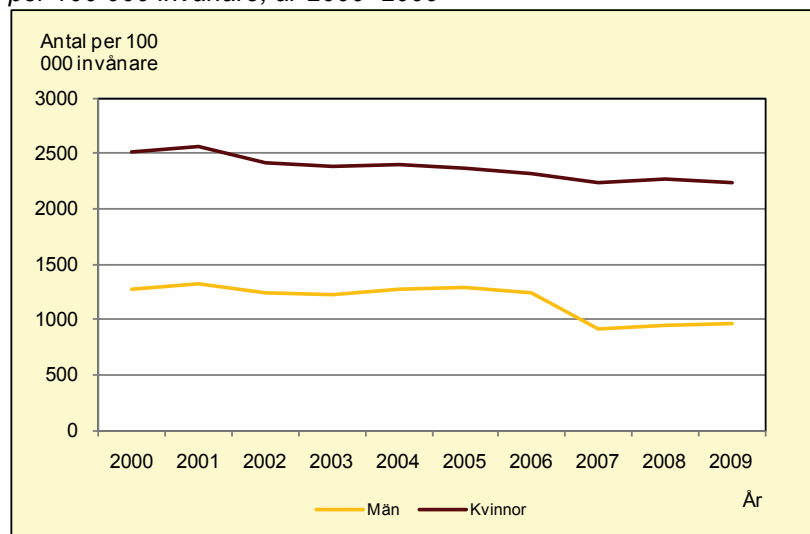
Under 2010 genomförde Socialstyrelsen en kvalitativ undersökning för att klarlägga vad som, från läkarnas perspektiv, utgör möjligheter och hinder för att upprätthålla en god kvalitet i äldres läkemedelsbehandling och hur de anser att kvalitetsarbete ska organiseras för att vara effektivt och varaktigt. Preliminära resultat från undersökningen visar bland annat att brister i kontinuitet i läkarkontakten bidrar till problem med läkemedelshanteringen. Det kan till exempel handla om att patienten går till olika läkare eller behandlas av olika vårdinstanser. Inhyrda läkare påtalas också som ett problem eftersom de inte hinner sätta sig in i patienternas sjukdomsbild och medicinska historia.

Löpande uppföljningar, utvärderingar och dokumentation är mycket viktigt för att säkra en god läkemedelshantering hos äldre. Vårdcentralerna saknar dock ofta fastställda rutiner för att garantera att äldre patienter har en lista över aktuella läkemedel. Sjukhus förskriver dessutom ofta läkemedel utan någon plan på hur en uppföljning ska gå till. Information om denna förskrivning kommer också ofta för sent till primärvården för att primärvården ska kunna beakta den vid en initial bedömning och vårdplanering.

Fall drabbar många äldre

Fall är en av de vanligaste olyckstyperna och drabbar i synnerhet äldre personer hårt, både när det gäller hur många som faller och vilka konsekvenser fallet får i form av skador. Under 2009 föll totalt 4 798 äldre män och 13 058 äldre kvinnor minst en gång så pass illa att skadorna krävde sjukhusvård. Risken för äldre personer att falla har, som framgår av figur 8:5, minskat något under 2000-talet, dock inte under de senaste tre åren.

Figur 8:5. Antal personer, 65 år och äldre, som behövde sjukhusvård efter fall, per 100 000 invånare, år 2000–2009



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

En sambearbetning av statistik för 2008 från Socialstyrelsens socialtjänstregister och patientregister visar att cirka 13 procent av männen och 15 procent av kvinnorna som är 80 år eller äldre, och som föll så pass illa att skadorna krävde sjukhusvård var bosatta i ett permanent särskilt boende. Många fallskador inträffar även då personer vårdas i slutenvården eller bland äldre personer med hemtjänst, men någon tillförlitlig statistik över antalet fallskador inom dessa kategorier finns inte.

Statens folkhälsoinstitut har beräknat de direkta kostnaderna för fallskador bland personer som är 65 år eller äldre till 4,8 miljarder kronor under 2006 [10]. Cirka 95 procent av kostnaderna avsåg skador som krävde slutenvård, 4 procent avsåg skador som krävde någon annan form av vård och 1 procent var kostnader för dödsfall. Med utgångspunkt i dessa uppgifter har Socialstyrelsen beräknat kostnaderna för fallskador som kräver slutenvård bland personer som är 80 år eller äldre till 1,9 miljarder kronor. Övervägande delen av dessa kostnader, 1,6 miljarder kronor, gäller fallskador hos personer som bor i ordinärt boende, med eller utan stöd.

Risken för fall ökar vid bristfällig läkemedelsanvändning – dock inte i särskilt boende

En vetenskaplig studie visar att risken för fallskador är fördubblad bland personer som är 65 år och äldre och som använder psykofarmaka [11]. Egna bearbetningar av uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister, patientregister och socialtjänstregister visar även att äldre (utan hänsyn till boendeform eller samtidig socialtjänstinsats) som använder tre eller fler psykofarmakapreparat, alternativt fler än tio läkemedel eller antikolinerga läkemedel är något överrepresenterade bland äldre personer som drabbats av fallskada. Detta framgår även av nedanstående tabell.

Tabell 8:7. Brister i läkemedelsförskrivning bland äldre personer som drabbades av fallskador samt i hela befolkningen, 80 år och äldre, 2008

Kvalitetsindikator	Äldre som drabbades av fallskada (%)	Hela befolkningen, 80 år och äldre (%)
10 eller fler läkemedel	15,5	12,1
Antikolinerga läkemedel	7,3	5,9
3 eller fler psykofarmaka	7,2	5,0
D-interaktioner	3,3	3,0

Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

Personer med hög användning av psykofarmaka har en statistiskt säkerställd förhöjd risk om 10 procent att drabbas av fallskada jämfört med andra personer i särskilt boende. Det visar en analys av fall och läkemedelsanvändning bland personer som är 80 år och äldre och som bodde i särskilt boende 2008. Äldre i särskilt boende med andra brister i läkemedelsanvändningen, enligt kvalitetsindikatorerna, har dock inte någon förhöjd fallrisk. Samma mönster framkommer vid studier av förekomsten av frakturer. Äldre personer i permanent särskilt boende som samtidigt förskrivs tre eller fler psykofarmaka har en överrisk för fraktur på cirka 20 procent.

Den tidigare visade överrepresentationen av äldre som har förskrivits olämpliga läkemedel och som har drabbas av fallskador finns därför sannolikt huvudsakligen bland äldre i ordinärt boende. Resultaten motsäger inte att äldre i särskilt boende löper större risk för fall som leder till sjukhusvård, men dessa fall tycks i mindre utsträckning bero på felaktig läkemedelsanvändning.

Sammanfattningsvis anser Socialstyrelsen att förutsättningarna för att bedriva en kunskapsbaserad vård och omsorg har ökat genom att fler i personalen har eftergymnasial yrkesutbildning och att fler vårdbiträden och undersköterskor har yrkesförberedande utbildning. Det är angeläget att denna utveckling förstärks så att all personal är yrkesutbildade i sitt arbete. Fler med eftergymnasial utbildning behövs för att skapa bättre stöd för kunskapsöverföring och utveckling av verksamheten. Både ifråga om ändamålsenlig läkemedelsanvändning och fall finns omfattande kunskap och erfarenhet. Den positiva utvecklingen när det gäller allvarliga fallskador åtföljs inte av några kraftfulla förbättringar av läkemedelsförskrivningen. Det är uppenbart att ytterligare åtgärder krävs för att få till stånd en optimal och effektiv läkemedelsanvändning bland äldre. Socialstyrelsen förbereder därför en sådan satsning.

Analyserna i detta avsnitt indikerar att bristfällig läkemedelsanvändning bland personer i särskilt boende inte tycks leda till förhöjd fallrisk i samma utsträckning som för äldre i allmänhet. Detta samband verkar alltså främst gälla äldre personer som bor i ordinärt boende. Eftersom merparten av samhällskostnaderna för fall bland äldre gäller personer som bor i ordinärt boende framstår det som angeläget att få till stånd en bättre uppföljning av ordinerade läkemedel för denna grupp. Det är också angeläget att uppmärksamma behovet av att anpassa den fysiska miljön till äldre personers funktionstillstånd och att utveckla de förebyggande hembesöken.

Tillgänglig socialtjänst

Vården och omsorgen bör vara tillgänglig och fördelas efter behov. Socialtjänstens insatser ska bidra till jämlika levnadsvillkor. Socialstyrelsen har under flera år rapporterat om brister i dessa avseenden, såväl för äldreomsorgen som för hälso- och sjukvården [12,13,14]. Bristerna har gällt de stora skillnaderna mellan kommunerna i andelen äldre personer som får insatser från äldreomsorgen, men också minskningen av antalet platser i särskilt boende i vissa kommuner. Vidare har myndigheten uppmärksammat en bristande anpassning till äldres behov beroende på kön, etnicitet och sexuell läggning, och att kommuner och enskilda utförare inte alltid utför beviljade insatser.

Stora skillnader i väntetider för plats i särskilt boende

Bristande tillgång till särskilt boende kan leda till att äldre som ansöker om ett sådant boende får vänta länge på att flytta in. För 36 kommuner finns uppgifter om de genomsnittliga väntetiderna vid flytt till ett särskilt boende för åren 2007 och 2010. De visar tiden från *ansökan* om särskilt boende fram till dess att den äldre personen *erbjöds* en plats. Ett erbjudande innebär inte nödvändigtvis att inflyttning sker samtidigt. Om den enskilda personen inte godtar just den bostad som han eller hon erbjuds kan väntetiden förlängas ytterligare. Även i de fall den äldre godtar erbjudandet krävs vanligtvis ytterligare tid för att praktiskt genomföra flytten.

Den genomsnittliga väntetiden till särskilt boende var i mediankommunen nästan 50 dagar 2007 och 48 dagar 2010. År 2010 fanns det en stor variation i väntetiden mellan kommunerna, från ett omedelbart erbjudande till 159 dagar. Motsvarande uppgift för 2007 var 11 respektive 102 dagar [15]. Skillnaderna mellan kommunerna ökade alltså mellan åren. Väntetiderna till särskilt boende visar inget samband med andelen äldre personer som bor i permanent särskilt boende eller med hur stor andel av vården och omsorgen om äldre i respektive kommun som är permanent särskilt boende.

Åtta av tio är nöjda med hemtjänstens omfattning

En annan aspekt av tillgänglighet är att insatserna till sin omfattning motsvarar den äldre personens önskemål och behov. I den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om hemtjänst och särskilt boende finns två frågor som belyser detta för personer som har hemtjänst.

Tabell 8:5. Äldres uppfattning om hemtjänstens omfattning, år 2008 och 2010, indexvärden, skala 1–10

	Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du är beviljad?		Hur nöjd är du med hur väl den beviljade hjälpen motsvarar dina behov?	
	2008	2010	2008	2010
Högsta kommunvärde	9,1	9,3	9,2	9,3
Medel kommunvärde	7,9	8,2	7,8	8,0
Lägsta kommunvärde	6,6	6,4	6,5	6,2

Källa: Den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om hemtjänst och särskilt boende 2010, egen bearbetning.

Den genomsnittliga bedömningen av hjälpens omfattning bland äldre hemtjänstmottagare i landets kommuner var i stort sett oförändrad mellan 2008–2010 (tabell 8:5). En liten ökning i skillnaderna mellan högsta och lägsta indexvärdet bland de olika kommunerna finns dock, liksom en tendens till växande skillnader mellan kommunerna.

Låga omdömen om hjälpens omfattning var nästan dubbelt så vanliga bland äldre med stora hjälpbehov i stora kommuner jämfört med samma grupp i små kommuner (med mindre än 15 000 invånare). I gruppen stora kommuner ingår de tre storstadskommunerna: Stockholm, Göteborg och Malmö.

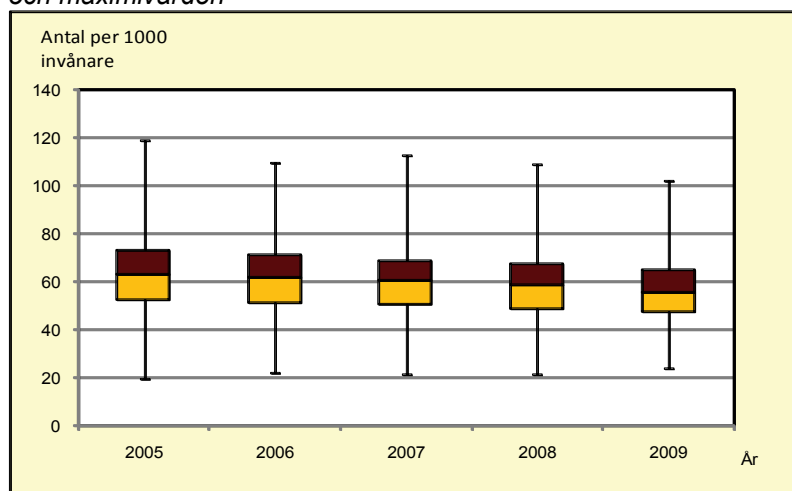
För personer som uppger sig ha ett mycket gott hälsotillstånd är det sammanvägda indexvärdet för hjälpens omfattning 87 och för dem som uppger ett mycket dåligt hälsotillstånd endast 64 (index 0–100).

Minskade skillnader mellan kommunerna

En likvärdig tillgång till insatser, oberoende av i vilken kommun den äldre personen bor, är en viktig utgångspunkt i vården och omsorgen om äldre. Olika förutsättningar och behov i den äldre befolkningen kan dock motivera att en varierad andel äldre personer får hemtjänst och särskilt boende. Dessa skillnader beror i första hand på andelen äldre som är ensamboende och deras funktionstillstånd [16]. Dessa förhållanden förändras långsamt i befolkningen, varför en jämförelse av spridningen av andelen som får insatser under en relativt kort tidsperiod visar hur tillgängligheten utvecklas.

Skillnaderna mellan de olika kommunerna minskade under perioden 2002–2009 när det gäller hur stor andel äldre personer som bor permanent i särskilt boende (figur 8:2).

Figur 8:2. Antal per 1 000 invånare, 65 år och äldre, som bor permanent i särskilt boende, per kommun, år 2005–2009, median 1:a och 3:e kvartilen, samt minimi- och maximivärden*



*Medianen är mittvärdet i en ordnad sifferserie. 1:a kvartilen är det 25:e kommunvärdet och 3:e kvartilen är det 75:e kommunvärdet i en rangordning av kommunernas andel av de äldre som bor i särskilt boende.

Källa: Socialstyrelsens officiella statistik, egen bearbetning.

I den kommun som hade lägst andel personer som är 65 år och äldre och bor i permanent särskilt boende var andelen 3,4 procent år 2002. I kommunen med högst andel bodde 14,6 procent i permanent särskilt boende. År 2009 var motsvarande värden 2,4 procent och 10,2 procent. Under samma period minskade den totala andelen personer som är 65 år och äldre som bodde permanent i särskilt boende från 7,5 procent till 5,7 procent (se tabell 8:1).

Sammanfattningsvis är Socialstyrelsens bedömning att en god tillgång till hemtjänst som motsvarar äldres behov är nödvändig för att erbjuda alternativ till det särskilda boendet. Även om flertalet äldre personer med hemtjänst är nöjda med omfattningen av hjälpen bör det noteras att äldre personer i storstäderna är betydligt mindre nöjda. Skälet till detta kan vara både högre förväntningar relaterade till högre genomsnittlig utbildningsnivå och att verksamheten inte har tillräcklig omfattning.

De äldre personer som uppger dålig hälsa är också i betydligt mindre utsträckning nöjda med hemtjänstens omfattning. Bortfallet i undersökningen är erfarenhetsmässigt större bland äldre med stor nedsättning av hälsotillståndet och som därmed även har stora behov av hjälp. Uppgifterna visar att det finns skäl att ifrågasätta om personer med stora hjälpbehov, för vilka alternativet är särskilt boende, har hemtjänst i tillräcklig omfattning i hela landet. Detta understryks av att antalet beviljade hemtjänststimmar per person inte har ökat trots att antalet platser i särskilt boende har minskat kraftigt.

Väntetiderna till särskilt boende varierar stort och är i flera kommuner oskäligt långa. Materialet är litet och måttet visar inte tillgänglighet från ansökan till inflyttning. Materialet tyder ändå på att det i flera kommuner inte finns tillräckligt många platser i särskilt boende för att motsvara de äldres behov, vilket leder till oacceptabla väntetider.

Minskade skillnader över tid mellan kommunerna i andelen äldre personer som får särskilt boende visar att utvecklingen går mot en mer likvärdig vård och omsorg om äldre, i alla fall ifråga om möjligheten att få dessa insatser.

Rättssäker socialtjänst

Vård och omsorg ska bedrivas i enlighet med gällande regelverk och främja äldres trygghet och säkerhet.

I juni 2010 upphörde Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård att gälla. Samtidigt upphörde även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad att gälla. Information i samband med upphävandet har tydliggjort att insatser enligt SoL och HSL bygger på frivillighet och samtycke.

Socialstyrelsen har sedan beslutet om att upphäva föreskrifterna tagit emot ett stort antal frågor och på olika sätt väglett de berörda parterna. Under hösten 2010 fick Socialstyrelsen rapporter om att flera kommuner och enskilda utförare har börjat diskutera rättssäkerhet och utformning av vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Frågor som tas upp rör bemanning, kompetens, arbetsmetoder och lokaler och inte bara de upphävda föreskrifterna.

Sex av tio demensboenden låser in äldre demenssjuka

Det saknas uppgifter om hur användningen av tvångsåtgärder och inlåsning inom vården och omsorgen om äldre har utvecklats över tid. Däremot finns iakttagelser från länsstyrelsernas tillsyn av särskilda boenden för personer med demenssjukdom under åren 2008 och 2009. Dessa iakttagelser visar att personal regelmässigt låser dörrar till enheter och avdelningar där personer med demenssjukdom bor eller att det finns kodlås som inte kan öppnas av de boende. Det förekommer även att personal låser dörren till den enskilda personens rum och att äldre hålls fastspända i stolar [7].

Vid en systematiskt genomförd tillsyn vid 94 särskilda boenden för personer med demenssjukdom i 48 kommuner granskade Socialstyrelsen bemanning och inlåsning nattetid. Tillsynen genomfördes under hösten 2010. Kommunerna och boendena valdes ut genom ett slumpmässigt urval. Tillsynen visade att det vid drygt 60 procent av de inspekterade boendena förekom att personalen låste de boendes lägenhetsdörrar eller enhetsdörrarna och lämnade enheten obemannad.

Preliminära analyser av de uppgifter som framkom vid denna tillsyn visar att personaltätheten på de boenden där tillsynen genomfördes i stort sett är densamma som den genomsnittliga personaltätheten för särskilda boenden, exklusive serviceboenden. Det finns inte heller några statistiskt säkerställda skillnader i personaltäthet mellan de boenden som bedöms ha brister i nattbemanningen och som låser de boendes dörrar och de som bedöms ha tillräcklig bemanning nattetid. Dessa analyser bygger på en sambearbetning av uppgifter från Äldreguiden och iakttagelser i natttillsynen. Med personaltät-

het avses här det totala antalet årsarbeten bland den vård- och omsorgspersonal som finns på arbetsschemat för enheten i förhållande till antalet boende, i oktober 2009.

Tidigare studier [17] visar att nattbemanningen i särskilda boenden för äldre genomsnittligt är låg. Jämfört med arbetsvolymen under dagtid utgör den cirka en sjundedel. De skillnader mellan boenden som har framkommit i genomförd tillsyn när det gäller tillgången på personal nattetid beror sannolikt på hur personalresurserna fördelats mellan dag, kväll och natt vid de särskilda boendena. En annan möjlig orsak till att inga samband funnits kan också vara skillnaden i tidpunkt för mätningen i Äldreguiden och tillsynen.

Biståndshandläggning följer inte alltid gällande regelverk

I sin redovisning av tillsynens resultat för 2008 och 2009 uppmärksammade länsstyrelserna en rad brister i kommunernas praxis i biståndsbedömning och biståndsbeslut. Det gäller bland annat följande:

- Lokala riktlinjer och kommunens utbud av insatser styr biståndsbesluten i stället för individens behov och gällande nationellt regelverk.
- Informationen till enskilda personer om deras rättigheter är bristfällig och ansökan om insatser förhandlas bort under handläggningen.
- Vid ansökan om särskilt boende sker endast en generell prövning om inflyttning, även om den enskilda personen har sökt ett specifikt boende.
- Beslut fattas inte om vilka insatser den enskilda personen har beviljats i särskilt boende.
- Det är många gånger oklart vem som företräder den enskilda personen vid ansökan om bistånd.
- Äldre flyttas mellan särskilda boenden eller inom dessa utan information och samråd med vare sig den enskilda personen eller med legala företrädare.
- Gynnande beslut om insatser återkallas, trots att behovet av beviljad insats kvarstår.
- Rambeslut om insats fattas, utan uppgift om insatsens art eller omfattning [7].

Erfarenheter från Socialstyrelsens tillsyn under 2010 visar att de här redovisade bristerna kvarstår.

Riskbedömningar genomförs inte regelmässigt

Risikförebyggande arbete är viktigt för att främja säker vård och omsorg om äldre. I Äldreguiden redovisas i år för första gången uppgifter om förekomsten av riskbedömningar bland personer som bor permanent i särskilt boende. Det gäller riskbedömning av fall, trycksår och undernäring.

Resultaten visar att samtliga äldre personer vid cirka en tredjedel av landets särskilda boenden hade en aktuell riskbedömning för fall och undernäring, medan motsvarande andel för trycksår var drygt 20 procent. De stimulansbidrag som staten lämnar till kommuner och landsting för utveckling av

kvaliteten i vården och omsorgen om äldre har gått till arbete inom området mat och nutrition, däremot inte till arbete med att begränsa förekomsten av trycksår. Fallolyckor har under senare år fått större uppmärksamhet än trycksår.

Åtta av tio är trygga med sin hemtjänst

Vården och omsorgen ska utformas så att den bidrar till att äldre personer känner sig trygga. I den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om kvaliteten i hemtjänsten finns uppgifter som belyser trygghet, men flera frågor ändrades mellan 2008 och 2010 års undersökningar, varför jämförelser inte är möjliga fullt ut.

I 2010 års undersökning var indexvärdet 8,6 av 10 på frågan om de äldre litar på personalen. Värdet på frågan om hur väl personalen känner till vilken hjälp hon eller han behöver var 8,0.

I båda undersökningarna ställdes frågan om hur tryggt det känns att bo kvar hemma med stöd från hemtjänsten. År 2008 var indexvärdet 78 och år 2010 var det 83 (index kan vara 0–100). Skillnaden mellan åren är inte statistiskt säkerställd. Trygghet var dock, förutom bemötande, det kvalitetsområde som fick högst värde i undersökningen.

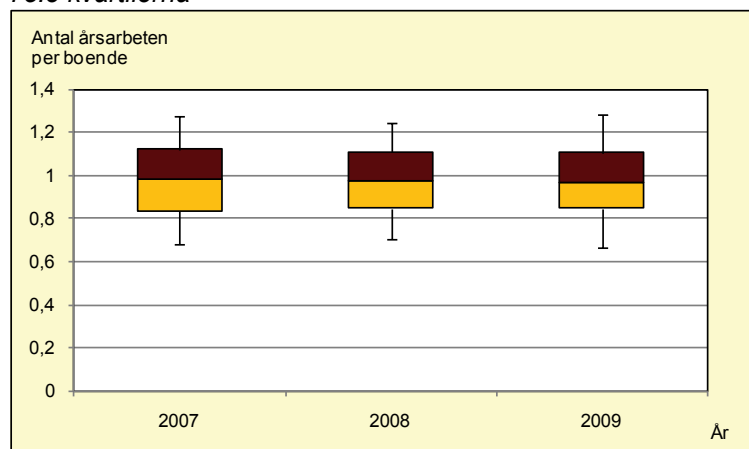
Undersökningarna efterfrågade även i vilken mån personer som har hemtjänst är nöjda med möjligheterna att vid behov få kontakt med personalen. År 2008 var indexvärdet för denna enskilda fråga 7,6 jämfört med 8,0 år 2010. Variationen mellan kommunerna är stor: år 2010 var det högsta värdet för en enskild kommun 9,4 och det lägsta värdet 6,3.

Oförändrad personaltäthet i särskilt boende

I Äldreguiden redovisades jämförbara uppgifter om personaltäthet för permanenta särskilda boenden under 2008–2010. Uppgifterna visar hur många årsarbeten bland vård- och omsorgspersonal det fanns per äldre person vid särskilda boenden, såväl kommunala som enskilt drivna. Personaltäthet kan beskrivas på olika sätt. Här ingår all vård- och omsorgspersonal, inklusive enhetschef, som inte är långtidsfrånvarande. Även timanställda som kan ersätta korttidsfrånvarande räknas med.

Personaltätheten var i stort oförändrad mellan åren 2007 och 2009 (figur 8:3). Medianvärdet minskade från 0,98 årsarbeten per boende till 0,96, vilket är en minskning med 2 procent. År 2010 låg 25:e kvartilen på 0,85 i personaltäthet och 75:e kvartilen på 1,11, vilket är en skillnad på drygt 30 procent.

Diagram 8:3. Personaltäthet i särskilt boende för äldre i kommuner och enskilda utförare, åren 2006–2009, antal årsarbeten per boende, median samt 25:e och 75:e kvartilerna



Källa: Äldreguiden, egen bearbetning.

Stora skillnader i tillgången på läkare i särskilt boende

Tillgången på läkare för personer som bor i särskilt boende har under lång tid bedömts som bristfällig. Under de två senaste åren har Äldreguiden presenterat uppgifter om omfattningen av läkarmedverkan i särskilt boende per kommun. I läkarmedverkan ingår den läkartid som är relaterad till de äldre, men inte tid för utbildning eller konsultation till personal. En jämförelse mellan 2008 och 2009 visar inga större förändringar i medianvärdet, som ligger på 5 minuter per boende och vecka. Variationerna mellan kommunerna sträcker sig från 3,5 minuter till 7 minuter per boende och vecka.

Socialstyrelsen har inte funnit några samband mellan omfattningen av läkarmedverkan i särskilt boende eller antalet årsarbetande sjuksköterskor per äldre person och förekomsten av bristfällig läkemedelsförskrivning. Bristande läkemedelsförskrivning har mätts utifrån andelen äldre personer med tio eller fler läkemedel, tre eller fler psykofarmaka, läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner (olämpliga läkemedelskombinationer) och förskrivning av antikolinerga läkemedel.

Stora skillnader i personkontinuitet

Många äldre anser att god personkontinuitet främjar tryggheten. Flera studier har visat att äldre, i synnerhet de med omfattande hjälpbehov, möter onödigt många i personalen. Vid en jämförelse med omsorgen om personer med funktionsnedsättning har äldreomsorgen också varit mindre framgångsrik i att skapa god personkontinuitet [17].

För hemtjänsten finns uppgifter om personkontinuitet i 78 kommuner för åren 2007 och 2010. Kontinuiteten mättes under en tvåveckorsperiod för personer som har två eller fler insatser per dag. Insatserna avser omsorg som ges mellan klockan 7.00 och 22.00, det vill säga inte nattinsatser. Hemsjukvård ingår inte heller.

I mediankommunen möter en hemtjänstmottagare med den nämnda omfattningen av insatserna cirka 12 vårdbiträden eller undersköterskor under

två veckor (tabell 8:6). Förutom detta tillkommer personal som ger insatser under natten och eventuella hemsjukvårdsinsatser. Någon systematisk förändring under åren skedde inte i de studerade kommunerna. Anmärkningsvärt är de stora skillnaderna mellan kommunerna, från 4 till 19 personer som möter den äldre person som får hemtjänst. Det innebär nästan fem gånger fler personer i den kommun som har flest jämfört med den som har minst.

Tabell 8:6. Personkontinuitet i hemtjänsten, median per kommun, år 2007 och 2010 (n = 78.)

	År 2007			År 2010		
	Minimivärde	Median	Maximivärde	Minimivärde	Median	Maximivärde
Antal personal som hemtjänstmottagare möter under två veckor	7	12	20	4	12	19

Källa: Kommundatabasen.

Det bör framhållas att kommunerna inte är slumpmässigt valda, utan att de själva har valt att mäta och rapportera om sin personkontinuitet.

Otillräcklig bemanning på många särskilda boenden

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att bemanningen vid många särskilda boenden med inriktning mot personer med demenssjukdomar inte är tillräcklig för att tillgodose de äldres behov av trygghet och säkerhet nat-tetid. Personalen måste kunna hålla uppsikt över och finnas lätt tillgänglig för de äldre. Socialstyrelsen anser att det bör finnas en lag som reglerar användningen av inlåsning och tvångsåtgärder inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

De brister som rör biståndsbedömning och biståndsbeslut, som länsstyrelserna redovisar från sin tillsyn, måste åtgärdas. Följsamheten till gällande regelverk måste förbättras och äldres rättssäkerhet stärkas. Gällande lagstiftning måste tillämpas vid handläggning och genomförande av beslut enligt SoL.

Hemtjänsten bedöms ha relativt god förmåga att bidra till äldre personers upplevelse av trygghet. Men det kan ifrågasättas om verksamheten i alla kommuner förmår ge personer med dålig hälsa och omfattande hjälpbehov tillräcklig trygghet i hemmet.

Om utökad läkarmedverkan bidrar till ökad trygghet bland äldre personer i särskilt boende och om kvaliteten i läkemedelsförskrivningen förbättras verkar inte självklart. Viktigare än omfattningen av läkarmedverkan är sannolikt på vilket sätt läkaren arbetar. Även en rad andra förhållanden i läkemedelshanteringen påverkar utfallet, såsom sättet att iordningsställa och administrera läkemedlen [12].

Personkontinuiteten i hemtjänsten varierar mycket kraftigt mellan kommunerna, vilket även tidigare studier visar. Någon förbättring över tid har inte skett de senaste åren i de kommuner där upprepade mätningar har gjorts. Uppgifterna visar att det finns betydande förbättringsmöjligheter inom detta område.

Socialstyrelsens samlade bedömning är att nuvarande personalbemanning nattetid i särskilt boende för personer med demenssjukdom inte är tillräcklig för att garantera alla äldre en skälig levnadsnivå.