

Vård och omsorg om äldre

Sammanfattande iakttagelser

- I Sverige kan personer som är 65 år förvänta sig fler år med god hälsa än i andra jämförbara länder. Med ökande livslängd förskjuts perioderna med nedsatt funktionstillstånd och hjälpberoende uppåt i åldrarna, men de blir inte kortare.
- Äldreomsorgens omstrukturering fortsätter. Andelen äldre personer som bor i särskilt boende fortsätter att minska samtidigt som allt fler får omfattande hemtjänst.
- Jämfört med andra länder ligger Sverige på en mellannivå i andelen äldre som får offentligt finansierade vård- och omsorgstjänster.
- Äldre med goda inkomster köper in ökad utsträckning tjänster på den privata marknaden med skatteavdrag (RUT-avdrag), medan äldre personer med små inkomster ibland avstår från hemtjänst eftersom de tycker att avgiften är alltför hög. I denna grupp är det också vanligare med hjälp av anhöriga.
- Personalens arbetstid inom kommunernas vård och omsorg är i stort sett oförändrad, samtidigt som antalet anställda minskar. Inom enskilt drivna särskilda boenden finns en påtagligt lägre personaltäthet och lägre andel arbetsterapeuter och sjukgymnaster än kommunalt drivna enheter. De har dock en större andel sjuksköterskor och enhetschefer i personalen.
- En ökande andel av de anställda har en lämplig yrkesutbildning och fler har eftergymnasial vård- och omsorgsutbildning inom den verksamhet som kommunerna finansierar. Fortfarande är dock personalens utbildningsnivå låg jämfört med till exempel förskoleverksamheten.
- De flesta äldre personer som får hemtjänst och som besöker primärvården uppger att de känner sig delaktiga i den vård och omsorg de får. Lägst omdömen ger de som har dålig hälsa.
- All vård och omsorg behöver bättre tillgång till geriatrisk och gerontologisk kompetens samt kompetens i vårdhygien.
- Brister i läkemedelsbehandlingen leder till allvarliga livskvalitetsförluster för många äldre människor, vilket också gäller brister i strokevården.
- Det finns indikationer på att tillgängligheten till särskilt boende har förbättrats. Men primärvården är inte tillräckligt anpassad till de mest sjuka äldres behov och väntetiderna vid akutmottagningar är för långa.
- Alldeles för få äldre i särskilt boende får beslut om vilka insatser de ska få inom boendet.

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen först utvecklingen av äldres hälsa och funktionstillstånd. Därefter redovisar vi resursutvecklingen och jämför Sverige med andra länder. Vi beskriver även hur tillgången till personal har utvecklats under de senaste fem åren. Därefter presenterar vi uppgifter som belyser utvecklingen av kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre.

Kostnadsutvecklingen för vården och omsorgen om äldre beskrivs i kapitlet Ekonomiska analyser. Uppgifter om äldres tandhälsa finns i kapitlet Tandvård

och tandhälsa, och äldre personer nämns även i kapitlet om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att andelen äldre personer som bor i särskilt boende fortsätter att minska. Allt fler äldre får hemtjänst och en allt större del av hemtjänsten lämnas till personer som behöver omfattande insatser. Därmed fortsätter omstruktureringen från särskilt boende till stöd i ordinärt boende. Det finns indikationer på att tillgången till omsorg minskar återinskrivningarna vid sjukhus efter stroke och hjärtsvikt.

De kommunala omsorgsinsatserna ges oftast till äldre personer under deras sista levnadsår, och detta gäller även hemtjänsten. Många äldre, särskilt de som har låga inkomster, avstår från hemtjänst och allt fler får i stället hjälp från närstående. Äldre med goda inkomster köper dock i ökad utsträckning tjänster på marknaden och gör skatteavdrag för dem.

Personalens totala arbetstid är i stort sett oförändrad, även om antalet anställda minskar. Personaltätheten är 10 procent lägre i enskilt drivna särskilda boenden jämfört med de kommunalt drivna.

Fler friska år – men inte mindre hjälpbehov

I en internationell jämförelse kan äldre personer i Sverige i genomsnitt förvänta sig flest återstående år med god hälsa än äldre i andra länder. Fler äldre uppger också att de har god hälsa. Samtidigt har de långa perioderna med nedsatt funktionstillstånd och beroende framför sig, även om dessa perioder kommer i allt högre åldrar.

År 2010 var medellivslängden 79,5 år för män och 83,5 år för kvinnor i Sverige. Högst medellivslängd i världen har schweiziska män med 79,9 år, och japanska kvinnor med 86,4 år. Svenska mäns medellivslängd ligger därmed nära den högsta i världen, vilket inte är fallet för svenska kvinnor.

I ett äldreperspektiv är det också relevant att jämföra genomsnittlig återstående medellivslängd för dem som har uppnått 65 års ålder. År 2009 hade 65-åriga svenska kvinnor en förväntad återstående medellivslängd om 21,0 år, och för svenska män var den 18,2 år. Det kan jämföras med de länder som hade längst återstående medellivslängd vid 65 års ålder: för männen var det Schweiz (19 år) och för kvinnor var det Japan (24 år).

Däremot har äldre i vårt land genomsnittligt fler återstående år med god hälsa när de är 65 år, jämfört med många andra länder. I detta avseende ligger Sverige bäst till vid en jämförelse mellan flera OECD-länder, med 14,6 år för kvinnor och 13,6 år för män. Japan och Schweiz ingår dock inte i denna jämförelse [1].

Äldres hälsotillstånd har successivt förbättrats under de senaste 15 åren. Fler uppfattar sitt hälsotillstånd som gott och färre har sjukdomar eller besvär som de anser hindrar det dagliga livet. Allt färre uppger att de har nedsatt rörelseförmåga men andelen med värk har inte minskat. Under samma period har det blivit något vanligare att äldre personer själva klarar matinköp, matlagning och städning. Det är däremot oklart om det är någon förändring i andelen som klarar att själva bada eller duscha, ta på och av sina kläder och att stiga upp och lägga sig [2].

Mycket talar för att perioden med nedsatt funktionstillstånd och ökat hjälpberoende förskjuts uppåt i åldrarna. Tillgängliga data tyder på att perioderna med

nedsatt funktionstillstånd och ökat beroende har varit ungefär lika långa under de senaste 15 åren. Det betyder att befolkningen i ett livsloppsperspektiv gör hälsovinster, men att de ändå så småningom behöver vård och omsorg till följd av nedsatt funktionstillstånd, även om den perioden kommer i allt högre åldrar.

Vilka är de mest sjuka äldre?

Regeringen har beslutat att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. En nationell samordnare är tillsatt och 3,75 miljarder kronor är avsatta för perioden 2011–2014. Bakgrunden till satsningen är brister i vården och omsorgen om äldre personer med omfattande behov av hjälp. Denna grupp drabbas ofta av brister i kontinuitet, tillgänglighet och samordning av vård- och omsorgsinsatser.

Socialstyrelsen har valt att avgränsa gruppen mest sjuka äldre med hjälp av registerdata som beskriver användningen av omsorgs- och sjukvårdsinsatser. Figur 8:1 visar vilka kriterier vi har använt för att identifiera de mest sjuka äldre¹⁶. Vi definierar de mest sjuka äldre som personer 65 år eller äldre, som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av sjukdom, skada eller åldrande. Därför har de också stora och återkommande behov av vård- och omsorgsinsatser [3].

Kärnan i gruppen mest sjuka äldre består av 35 000 personer (motsvarande 2 procent av befolkningen 65 år och äldre) som får både ”omfattande sjukvård och omfattande omsorg”. Med den vidaste avgränsningen ingår närmare 300 000 personer (18 procent av befolkningen 65 år eller äldre) som har någon form av omfattande sjukvårds- eller omsorgsinsatser (se figur 8:1).

Antalet mest sjuka äldre kan beräknas för åren 2007, 2008 och 2010. Över dessa år var gruppens storlek ungefär densamma. Köns- och åldersfördelningen är också relativt lika under dessa år.

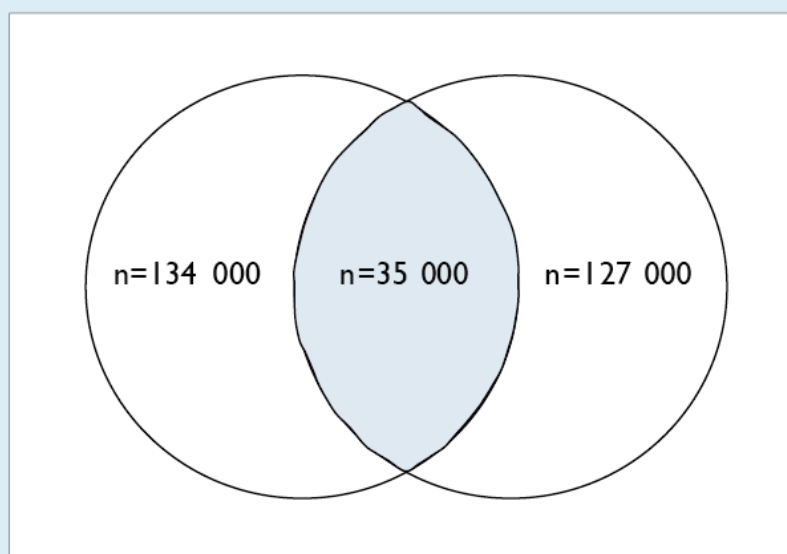
Av de 35 000 äldre med både omfattande sjukvård och omfattande omsorg var 62 procent kvinnor och 70 procent var 80 år eller äldre. 40 procent bodde permanent i särskilt boende och 50 procent hade ett beslut om minst 25 timmar hemtjänst i ordinärt boende per månad. Övriga hade ett beslut om korttidsboende och/eller någon insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Kärngruppen bland de mest sjuka äldre fick i genomsnitt 32 dagars slutenvård under 2010, gjorde sex besök i öppen specialistvård och hade tre inskrivningstillfällen i slutenvården. Ungefär hälften av de äldre i denna grupp uppfyllde Socialstyrelsens kriterier för multisjuklighet¹⁷ [4].

¹⁶ Ungefär hälften av de äldre i denna grupp uppfyllde Socialstyrelsens kriterier för multisjuklighet. Med multisjuklighet avses: en person 65 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit ineliggande tre gånger eller mer inom slutenvården och med tre eller fler skilda diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10.

¹⁷ En person 65 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit ineliggande tre gånger eller mer inom slutenvården och med tre eller fler skilda diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10.

Figur 8:1

Illustration över de olika kriterier som avgränsar mest sjuka äldre med omfattande sjukvård och/eller omfattande omsorg. Den skuggade delen av diagrammet visar hur kategorierna överlappar



Omfattande sjukvård

- Uppfylle kriterierna för mult sjuk under året
- eller fler än 19 vård dagar i slutenvård under året
- eller fler än 7 inskrivningstillfällen i öppen vård under året
- eller fler än 3 inskrivningstillfällen i slutenvård under året

Omfattande omsorg

- Beslut om permanent särskilt boende
- eller beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst i ordinärt boende
- eller beslut om insats enligt LSS
- eller beslut om korttidsboende

Källa: Patientregistret, Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), registret över socialtjänster till äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL-registret), Socialstyrelsen.

Fortsatt minskning av antalet äldre i särskilt boende

Sammanfattningsvis visar Socialstyrelsens uppgifter att andelen äldre personer som bor i särskilt boende fortsätter att minska. Allt fler äldre får hemtjänst och en allt större del av hemtjänsten lämnas till personer som behöver omfattande insatser. Något färre personer får beslut om korttidsboende. Därmed fortsätter omstruktureringen från särskilt boende till stöd i ordinärt boende.

Antalet äldre personer som får insatser från socialtjänsten bör sättas i förhållande till antalet äldre personer i befolkningen. Tabell 8:1 visar antalet personer samt andelen av befolkningen som var 65 år eller äldre som bodde permanent i särskilt boende, hade biståndsbeslut om hemtjänst, bodde i korttidsboende och hade personlig assistans enligt lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS, eller enligt LSS under åren 2007–2010. Tabellen visar en kraftig minskning av andelen äldre som bor permanent i särskilt boende, från 6,1 procent till 5,4 procent. Antalet som får hemtjänst ökade under samma period, men inte andelen.

Allt fler personer över 65 år har assistansersättning eller personlig assistans enligt LSS, även om antalet ökar från en låg nivå. År 2007 hade 2 000 äldre personlig assistans och 2010 var det 2 800 personer. Ökningen förklaras av att personer som når 65 års ålder numera får behålla den personlig assistans som de

tidigare har beviljats enligt 9 § 2 p. LSS eller assistansersättning enligt LASS¹⁸. Bestämmelsen trädde i kraft år 2001.

Tabell 8:1. Antal och andel personer i befolkningen, 65 år och äldre, med olika insatser den 1 oktober 2007–2010 (andel i procent), avrundade värden.

	2007		2008		2009		2010	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Hemtjänst* i ordinärt boende	198 900	12,5	201 900	12,4	205 800	12,3	211 000	12,1
Korttidsboende	8 900	0,6	8 700	0,5	8 500	0,5	8 100	0,5
Assistansersättning eller personlig assistans enl. LSS	2 000	0,1	i.u.		i.u.		2 800	0,2
Permanent särskilt boende	97 500	6,1	96 700	5,9	95 400	5,7	93 900	5,4
Total hemtjänst och permanent särskilt boende	296 400	18,6	298 600	18,4	301 200	18,4	304 900	17,6

*I hemtjänst i ordinärt boende inkluderas här även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

i.u. = ingen uppgift

Källa: Socialstyrelsens officiella statistik (mängdstatistik) för åren 2009–2010, egen bearbetning för 2007 samt 2008 samt Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

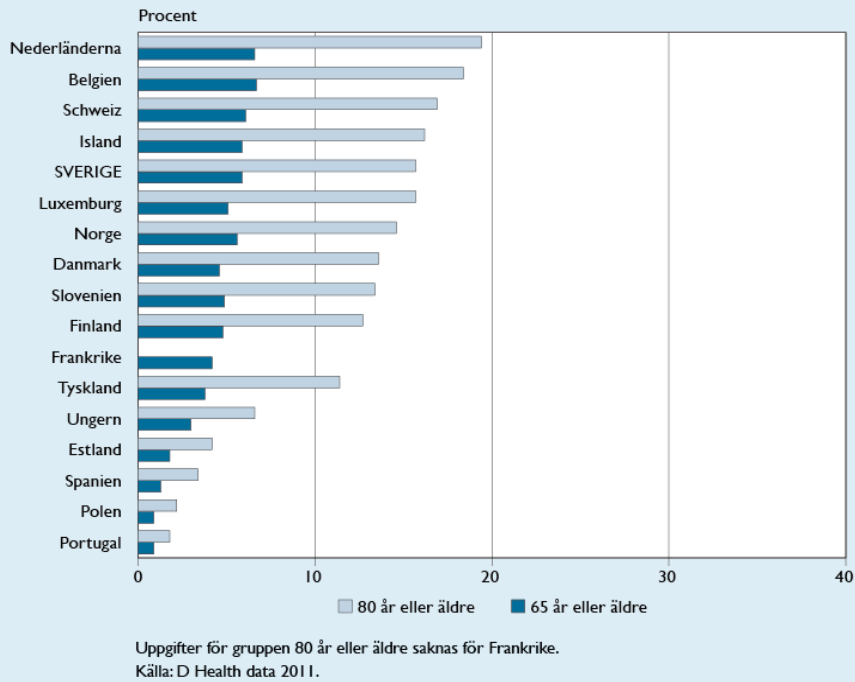
Ett annat sätt att beskriva utvecklingen av hemtjänsten är att redovisa antalet äldre personer som får omfattande hemtjänst. Antalet äldre som har beviljats mer än 25 timmar hemtjänst per månad ökade från 52 300 den 1 oktober 2007 till 58 200 den 1 april 2011, det vill säga en ökning med 5 900 personer [5,6]. Insatsnivån 25 timmar eller mer per månad motsvarar i stort sett den omfattning på insatser som personer i särskilt boende får [7]. Under de senaste tre åren har antalet äldre i särskilt boende minskat med 3 600 personer, samtidigt som fler äldre personer har fått omfattande hemtjänstinsatser. Verksamheternas resurser (i form av kostnader) har minskat något i förhållande till det ökade antalet personer i åldrarna 80 år eller äldre under den aktuella perioden.

Sverige på internationell mellannivå

Det går att jämföra andelen äldre personer som bor permanent i särskilt boende med andra länder. En jämförelse visar att Sverige ligger på en mellannivå (diagram 8:1). Island, Schweiz, Belgien och Nederländerna har en större andel som bor i särskilt boende, medan en mindre andel gör det i Spanien, Tyskland och Polen.

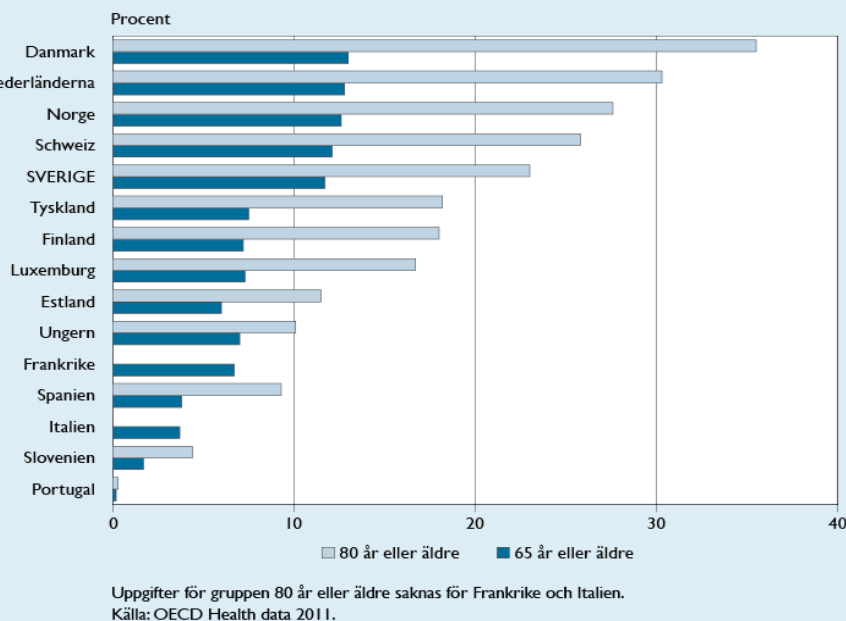
¹⁸ Från den 1 januari 2011 beviljar Försäkringskassan assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110) och LASS har upphört att gälla.

Diagram 8:1 **Andel personer 65 år eller äldre, respektive 80 år eller äldre som bor i äldreboenden i ett urval OECD-länder. Andel i befolkningen (procent)**



Av diagram 8:2 framgår att Sverige ligger på en ännu lägre nivå än flera jämförbara länder, till exempel Danmark, Nederländerna och Norge, ifråga om andelen personer som får hemtjänst. Andelen är dock lägre i Tyskland, Finland och Spanien. Det är viktigt att komma ihåg att internationella jämförelser är svåra att genomföra på ett rättvisande sätt. Även med gemensamma definitioner finns det skillnader i finansiering och organisation som kan påverka resultatet [8].

Diagram 8:2 **Andel personer 65 år eller äldre, respektive 80 år eller äldre, med hemtjänst i ett urval OECD-länder. Andel i befolkningen (procent)**



Kan tillgång till omsorg minska risken för onödig slutenvård?

Socialstyrelsen har undersökt hur vanligt det är med undvikbar slutenvård (det vill säga ”onödiga inläggningar på sjukhus”) bland de mest sjuka äldre. Vi har också undersökt hur vanligt det är att dessa personer avlider eller skrivs in på nytt vid sjukhus efter stroke och hjärtsvikt. Analysernas syfte är att belysa kvaliteten i vården och omsorgen utanför sjukhusen [9].

Undvikbar slutenvård är en indikator som belyser kvaliteten i omhändertagandet inom primärvård och äldreomsorg. Indikatorn visar förekomsten av ett antal utvalda diagnoser, exempelvis diabetes, hjärtsvikt, kärlkramp och astma, bland personer som fick slutenvård vid ett sjukhus under 2010. Med de diagnoserna bör patienterna i stället kunna få vård inom den öppna hälso- och sjukvården. Indikatorn bör dock användas försiktigt för gruppen mest sjuka äldre eftersom den inte är anpassad till gruppens sjukdomsbild och allmänna skörhet.

För indikatorerna *avlidna* eller *återinskrivna efter stroke och hjärtsvikt* beräknas andelen slutenvårdade strokepatienter respektive hjärtsviktpatienter som avled eller återinsjuknade i stroke eller hjärtsvikt. Indikatorerna kan ge signaler om till exempel allt för tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen.

Resultaten för de tre indikatorerna redovisas i tabell 8:2 nedan.

Tabell 8:2. Undvikbar slutenvård samt avlidna eller återinskrivna efter stroke och hjärtsvikt bland mest sjuka äldre, fördelat på omfattande sjukvård respektive omfattande sjukvård och omfattande omsorg, procent

Indikator	Omfattande sjukvård	Omfattande sjukvård och omfattande omsorg*
Undvikbar slutenvård	13	18
Avlidna eller återinskrivna efter stroke	27	12
Avlidna eller återinskrivna efter hjärtsvikt	54	36

*Av figur 8:1 framgår avgränsningen av omfattande sjukvård och omfattande omsorg.

Källa: egna bearbetningar av socialtjänst och patientregistret.

Det finns indikationer på att tillgången till omsorg minskar återinskrivningarna vid sjukhus efter stroke och hjärtsvikt. Indikatorvärdet för stroke och hjärtsvikt är mycket olika mellan de mest sjuka äldre som får omsorg och omfattande sjukvård jämfört med dem som endast har omfattande sjukvårdsinsatser. Andelen återinsjuknade och andelen avlidna är mer än dubbelt så stor bland strokepatienter som har omfattande sjukvård men inga omfattande omsorgsinsatser, jämfört med strokepatienter som har både omfattande sjukvård och omfattande omsorgsinsatser. Det är 50 procent fler som återinsjuknar eller avlider bland hjärtsviktpatienter som endast har omfattande sjukvård jämfört med dem som har både omfattande sjukvårds- och omsorgsinsatser. Resultaten visar också att det möjligen skulle gå att undvika en del av slutenvården för de mest sjuka äldre. Andelen med undvikbar slutenvård är högre bland dem som både får omfattande omsorg och hälso- och sjukvård än bland dem som endast får omfattande sjukvård, 18 procent jämfört med 13 procent.

Det finns stora skillnader i funktionstillstånd och allmänt hälsotillstånd mellan de mest sjuka äldre som har, respektive inte har, omfattande omsorgsinsatser. Skillnaderna kan delvis förklara att grupperna har olika förekomst av återinskrivningar och onödiga inläggningar [9]. De stora skillnaderna för stroke och hjärtsvikt kan dock indikera att färre behöver återinskrivas på sjukhus om de

har nära till omsorg och vård i de särskilda boendena och inom hemtjänsten och hemsjukvården.

Stor skillnad i funktionstillstånd mellan äldre i särskilt boende och hemtjänst

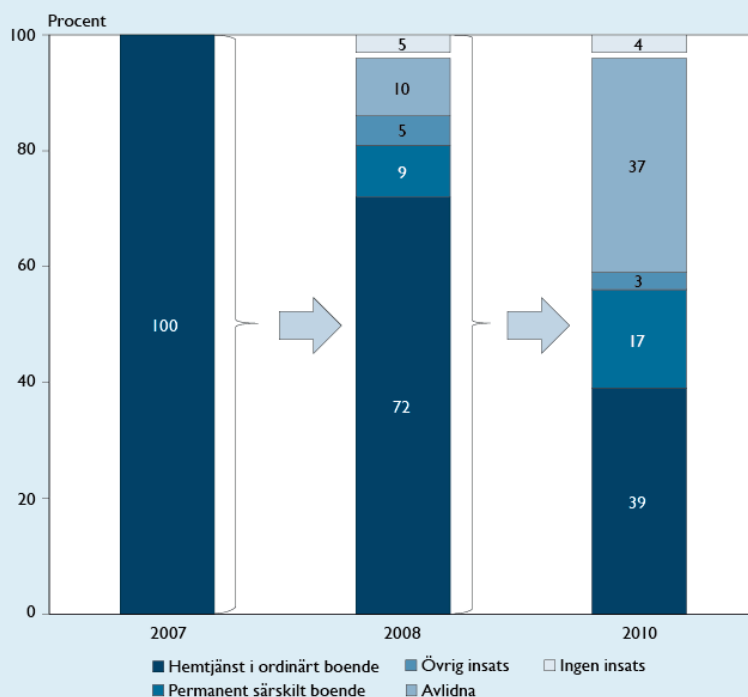
Det finns mycket stora skillnader i funktionstillstånd mellan de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende och de som får omfattande hemtjänst med mer än 25 timmar hemtjänst per månad. Inom SNAC-studien ("The Swedish national study on ageing and care") har forskare samlat in uppgifter om äldres funktionella status i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm [10,11], och skapat ett index som väger samman ADL-beroende (beroende av hjälp med aktiviteter i dagliga livet), rörelsehinder, kognitiv nedsättning och inkontinens [9]. SNAC-studien visar att det finns betydande skillnader i det genomsnittliga funktionstillståndet mellan äldre personer som bor i särskilt boende och de äldre som får omfattande hemtjänst, samt de äldre som varken får omfattande hemtjänst eller har särskilt boende. Sämst funktionstillstånd har de som bor permanent i särskilt boende och bäst funktionstillstånd har de som inte har omsorg. Dessa uppgifter beskriver dock endast förhållandena i den aktuella stadsdelen och gäller inte nödvändigtvis landet i övrigt.

Nya uppgifter om äldres väg genom omsorgen

Äldre personer som bor permanent i särskilt boende stannar oftast kvar där fram till sin död. Av dem som bodde i särskilt boende 2007 hade 22 procent avlidit ett år senare och sammanlagt 62 procent hade avlidit tre år senare, 2010. Endast några enstaka procent av de boende hade flyttat till ordinärt boende och får istället hjälp av hemtjänsten, andra insatser (bland annat dagverksamhet och hemsjukvård) eller inga insatser alls.

För äldre personer med hemtjänst är situationen mer föränderlig. Genom registret över socialtjänstens insatser för äldre har Socialstyrelsen identifierat alla personer som hade biståndsbeslutad hemtjänst 2007 och följt dem fram till och med 2010 (se diagram 8:3). Efter tre års uppföljning hade 35 procent av de äldre fortfarande hemtjänst och en ungefär lika stor andel hade avlidit. Omkring 10 procent hade inte någon insats från socialtjänsten ett år senare, men i slutet av uppföljningsperioden var den totala andelen personer utan insats mycket liten.

Diagram 8:3 Fyra års uppföljning av överlevnad och socialtjänstinsatser för alla personer 65 år eller äldre som hade biståndsbeslutad hemtjänst 2007.



Diagrammet visar hur socialtjänstens insatser fördelar sig i gruppen efter ett år och efter fyra år.
Källa: SoL-registret, Socialstyrelsen.

Fler äldre köper privata tjänster

Många personer som är 80 år eller äldre behöver hjälp i någon form, även om de inte har insatser från kommunens äldreomsorg [12]. Mest hjälp behöver de med vardagliga sysslor, sociala aktiviteter och servicetjänster, och det gäller framför allt kvinnor, ensamstående och äldre med dålig självupplevd hälsa. Dessa äldre får oftast hjälp från anhöriga och i vissa fall hjälper grannarna till med en del småtjänster. Dessutom köper 15 procent av männen och 10 procent av kvinnorna privata tjänster, främst hjälp med städning [12].

65 procent av dem som inte har hjälpsatser uppger att de behöver hjälp. Endast omkring 3 procent har ansökt om kommunal äldreomsorg eller har övervägt att söka sådan. En avsevärd del av de hjälpbehov som uppgavs ingår dock normalt inte i rätten till bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL). De äldre har olika skäl till att inte ansöka om äldreomsorg, men några anser att avgifterna för hemtjänst är för höga. En del väljer i stället att köpa hjälp privat och göra avdrag på skatten genom RUT¹⁹.

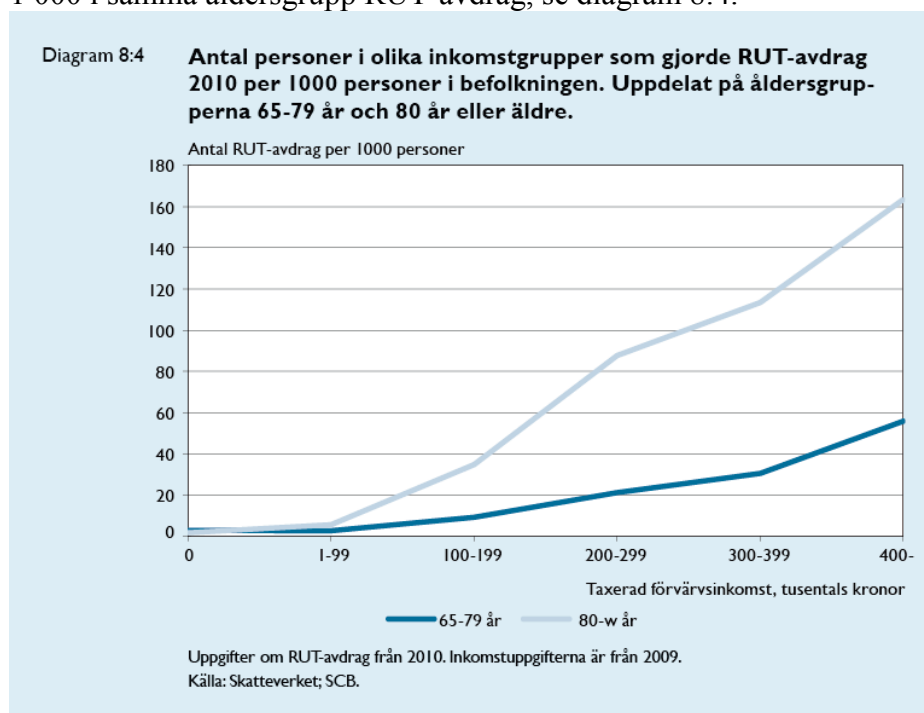
År 2005 och 2006 beräknade Statistiska centralbyrån [13] att 40 700 personer i gruppen 75 år eller äldre avstod från hemtjänst på grund av kostnaden. Andelen är högre bland äldre med lägre inkomst och bland ensamboende, än bland övriga äldre. Detta är en kraftig ökning jämfört med motsvarande uppgifter för åren 2003 och 2004 [14]. Tyvärr finns det inga aktuellare uppgifter om hur många äldre som avstår från hemtjänst på grund av kostnaden.

¹⁹ RUT är en förkortning av Rengöring, Underhåll och Tvätt.

Det finns också andra anledningar till att äldre personer avstår från den kommunala hemtjänsten [12], till exempel bristande kvalitet och alltför dålig personkontinuitet. Under åren 2008–2010 mätte 57 kommuner personkontinuiteten för personer med två eller fler hemtjänstinsatser per dag mellan klockan 7 och 22. Resultaten visade att dessa hemtjänstmottagare under 14 dagar i genomsnitt mötte 13 vårdbiträden eller undersköterskor som gav dem vård och omsorg. Genomsnittet var oförändrat under perioden. Det bästa resultatet 2010 var 7 olika personer per hemtjänstmottagare, vilket kan jämföras med 19 i den kommun som hade sämst personkontinuitet [15].

Antalet äldre personer som använder RUT-avdraget ökar och medelbeloppen för avdraget skiljer sig inte nämnvärt mellan olika inkomstgrupper. Flest avdrag görs bland personer som har en taxerad årsinkomst på 100 000–199 000 kronor, och näst flest avdrag görs i inkomstgruppen 400 000 kronor eller mer. De redovisade uppgifterna avser de äldre som själva använder RUT-avdrag, och omfattar inte situationer när barn eller andra närstående köper insatser till den äldre personen.

Det går också att visa förekomsten av avdrag i ett befolkningsperspektiv men då måste uppgifterna relateras till antalet personer i befolkningen som tillhör de olika inkomstgrupperna (se diagram 8:4). Omräknat till antal avdrag per 1 000 personer i befolkningen blir det tydligt att andelen som gör RUT-avdrag ökar med en ökande taxerad förvärvsinkomst. Drygt 160 av 1 000 personer gör RUT-avdrag i gruppen som är 80 eller äldre med en taxerad årsinkomst på 400 000 kronor eller mer. I inkomstgruppen 100 000–199 000 kronor gör 35 av 1 000 i samma åldersgrupp RUT-avdrag, se diagram 8:4.



Studier visar att äldre personer med låga inkomster och låg utbildningsnivå i högre grad får hjälp av närstående, medan de med höga inkomster oftare köper tjänster på marknaden [16].

Färre anställda – lika mycket arbete

Antalet månadsanställda i kommunernas vård och omsorg om äldre minskade med 13 500 personer under åren 2007–2010. Enskilda utförare utför en ökad

andel av den vård och omsorg som kommunerna finansierar (det vill säga andra utförare än kommunen själv), och därför är en ökad andel av personalen anställd hos dem. Det totala antalet anställda har dock minskat inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen oavsett utförare, och minskningen var 11 400 personer under åren 2007–2010.

Från de äldres perspektiv är det relevant att följa upp den sammanlagda tid som personalen ägnar åt att utföra sitt arbete, snarare än att se till antalet anställda personer. Den sammanlagda tiden kan redovisas som antalet årsarbeten. Antalet årsarbeten var i stort sett oförändrat åren 2007–2010. En begränsning i denna analys är att enskilda utförare och kommunala utförare antas ha samma personaltäthet och att personalen antas ha samma sammansättning och långtidsfrånvaro hos enskilda utförare som hos kommunala. Antagandet innebär en viss överskattning av personalvolymen, för det finns uppgifter som visar att personalbemanningen är lägre i särskilda boenden som drivs av enskilda utförare än i kommunalt drivna boenden. Långtidsfrånvaron har räknats bort men korttidsfrånvaron har inte beaktats i denna beskrivning. Om korttidsfrånvaron täcks med timanställda är detta volymbortfall beaktat, men inte annars.

Tabell 8.3. Antal anställda samt antal årsarbeten inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre, åren 2007 – 2010, avrundade värden

	Anställningsform	2007	2008	2009	2010
Kommunanställda*	Månadsanställda	162 900	160 800	155 400	149 400
	Timanställda	43 400	42 400	41 400	42 900
Anställda hos enskilda utförare**	Månadsanställda	26 400	24 900	26 400	27 900
	Timanställda	6 900	6 600	7 000	8 000
Totalt antal anställda		239 600	234 700	230 200	228 200
Antal årsarbeten, exkl. långtidsfrånvaro***		163 100	162 400	161 800	163 900

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 kostnaderna enligt räkenskapssammandraget 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.

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

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

Den oförändrade personalvolymen kan sättas i förhållande till att det är 1 300 färre personer som bor permanent i särskilt boende, 700 färre som bor i korttidsboende och 12 100 fler som får hemtjänst. Mellan 2007 och 2010 ökade antalet beviljade hemtjänsttimmar från 4,1 miljoner timmar till 4,7 miljoner timmar [5,17].

En allt mindre andel av äldre personer bor alltså i särskilt boende och hjälpbehovet bland dem kan förväntas öka över tid, men uppgifter visar att personaltätheten i dessa var i stort sett oförändrad under perioden 2007 – 2010. År 2007 fanns i genomsnitt 1,05 årsarbetare från olika yrkesgrupper per äldre person inom boendet, och motsvarande för 2010 var 1,03 årsarbetare. Personaltätheten är cirka 10 procent lägre i boenden som drivs av enskilda utförare jämfört med de kommunalt drivna, vilket är anmärkningsvärt [18]. En lägre genomsnittsbemanning kan bero på att de äldre i olika driftsformer har olika behov av insatser, men det finns inga tecken på några sådana skillnader. Det finns så många enskilt drivna boenden att de bör inkludera ungefär samma variation av vård- och omsorgsbehov som de kommunalt drivna boendena.

Självbestämmande och delaktighet

Fler äldre har en genomförandeplan

Enligt 3 kap. 5 § SoL ska socialnämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Personen bör också ha en genomförandeplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. Denna plan bör i regel upprättas inom den verksamhet som ansvarar för det praktiska genomförandet, och det bör bland annat framgå hur den enskilde har haft inflytande på planeringen (SOSFS 2006:5, 6 kap. 1 § AR). Det är viktigt att genomförandeplanen är aktuell och att den uppdateras vid behov tillsammans med den enskilde.

En allt större andel äldre personer är delaktiga i utformningen av genomförandeplanen [19], antingen själva eller genom en företrädare. Denna plan följs upp relativt ofta av kommunen, men detta garanterar inte att de äldre verkligen är delaktiga i de dagliga aktiviteterna. För 60 procent av de äldre som hade varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen följdes minst en sådan plan upp under andra halvåret 2010. I hemtjänsten fick hälften av de äldre en sådan uppföljning, jämfört med 69 procent i särskilt boende och 63 procent av de personer som beviljats dagverksamhet [18].

Socialstyrelsen har gjort en tillsyn som visar att de särskilda boendena ofta är rutinstyrda och präglas av ett kollektivt förhållningssätt till de boende. Innehållet i genomförandeplanerna behöver också utvecklas så att det stämmer med det gällande regelverket. Socialstyrelsen bedömer också att planen inte alltid innebär en reell möjlighet att påverka insatsernas utförande. Äldre kan alltså vara delaktiga i att upprätta genomförandeplaner utan att ha någon verklig delaktighet i den dagliga vården och omsorgen [20,21].

Socialstyrelsen har undersökt äldre personers egna uppfattningar om möjligheterna att påverka sin hemtjänst, i tre nationella undersökningar år 2008, 2010 och 2011. Resultaten redovisas på en skala från 1 till 10, och medelvärde år 2011 var 7,6 på frågan som gällde om personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och önskemål. Motsvarande värde var 6,8 ifråga om möjligheterna att påverka vid vilka tider hjälpen ges. Som framgår av tabell 8:4 finns inga skillnader i de äldres svar mellan åren, men det finns genomgående stora skillnader mellan det högsta och det lägsta kommunvärdet [22].

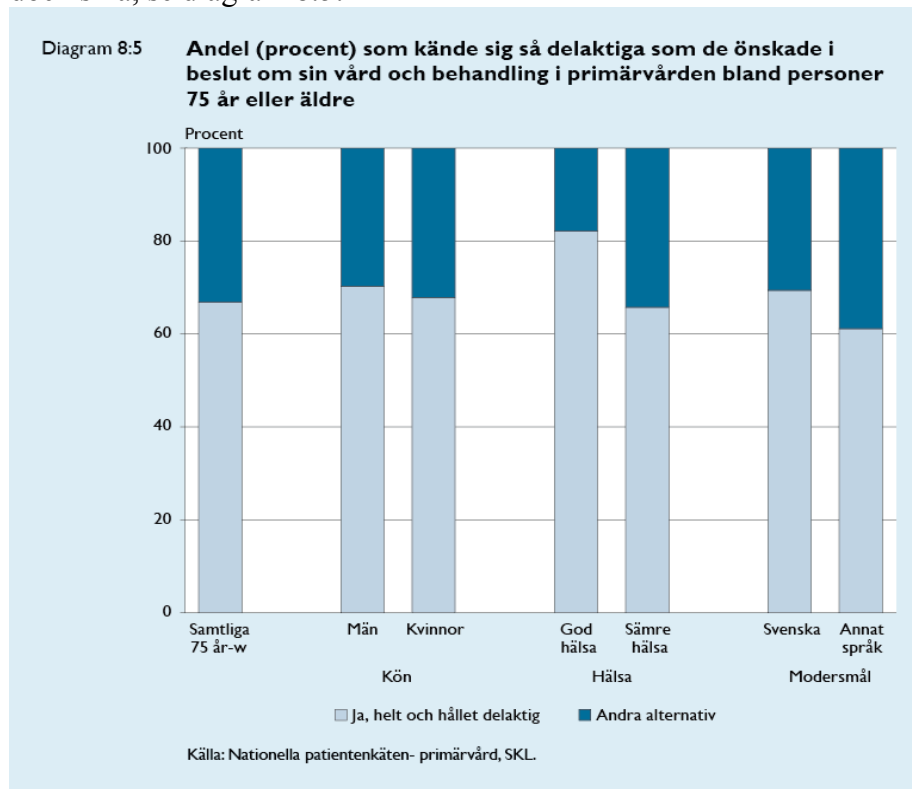
Tabell 8:4. Hemtjänstmottagares bedömning av sitt inflytande på hemtjänsten (index i skala 1–10 där 1 är minst nöjd och 10 är mest nöjd)

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	2011	2008	2010	2011
Medel, kommunvärde	6,9	7,1	6,8	7,5	7,8	7,6
Lägsta kommunvärde	5,5	5,7	5,4	6,1	6,6	6,3
Högsta kommunvärde	8,7	8,4	8,3	8,9	8,9	9,3

Källa: Den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om hemtjänst och särskilt boende 2008, 2010, 2011, egen bearbetning

Patientenkäten är en nationell undersökning av patienters bedömning av hälso- och sjukvården. Under 2010 genomfördes den för andra gången inom primärvården. Närmare 70 procent av dem som besvarade patientenkäten och som är 75 år och äldre uppgav att de känner sig delaktiga i beslut om sin vård och be-

handling, så mycket som de önskar. Störst andel som känner sig delaktiga finns bland äldre med god självupplevd hälsa. Andelen är något mindre bland äldre personer som inte har svenska som modersmål. Skillnaden mellan grupperna är dock små, se diagram 8:5.



Avsikten med valfrihetssystemet inom primärvården är bland annat att stärka patienternas självbestämmande. Uppföljningar visar emellertid att den enskilde inte automatiskt får en starkare ställning. Det gäller särskilt de mest sjuka äldre som är svaga aktörer i världsvalssystemet eftersom de har svårare att söka information om alternativen. Det är en nackdel när det är möjligheten att välja annan utförare och inte kontinuitet som prioriteras. De mest sjuka äldre missgynnas också när enskilda personer får ett större ansvar för att samordna sina egna vård- och omsorgsinsatser och när nybesök prioriteras, även om det inte är motiverat ur medicinsk synpunkt.

Det finns också risk för kvalitetsskillnader i vården av de mest sjuka äldre beroende på om de äldre har engagerade anhöriga eller inte. De mest sjuka äldre behöver därför särskilt stöd för att inte missgynnas av valfrihetssystemen, både för att söka information, bedöma kvalitet och välja utförare [23].

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Sammanfattningsvis beskriver det här avsnittet att personalen i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre har förhållandevis låg utbildningsnivå, och att en större andel bör ha eftergymnasial utbildning för att ge goda förutsättningar för en kunskapsbaserad vård och omsorg. Dessutom är tillgången till geriatrisk och gerontologisk kompetens alltför låg i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det finns brister i vården och omsorgen om personer med stroke och i äldres läkemedelsbehandling som leder till livskvalitetsförluster för många äldre personer. Det är viktigt med löpande uppföljningar, utvärderingar och dokumentationer av läkemedelsbehandlingen, och sjukhus och vårdcentra-

ler behöver samspela bättre för att ta fram rutiner för uppföljning och informationsöverföring. Enskilda utförare har genomsnittligt en annan sammansättning av personalen än kommunala utförare.

Låg utbildningsnivå

Generellt har personalen i den vård och omsorg som kommunerna finansierar en förhållandevis låg formell yrkesutbildning. År 2010 var åtta av tio av de månadsanställda i särskilt boende vårdbiträden eller undersköterskor.

Andelen med en gymnasial yrkesutbildning inom vård och omsorg har ökat under de senaste åren, från 76 procent år 2007 till 81 procent 2010 för månadsanställda vårdbiträden och undersköterskor i särskilt boende. Genomsnittet för enskilda utförare och kommunala utförare låg på ungefär samma nivå för dessa år.

Det är viktigt med god tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården samt högskoleutbildad personal inom äldreomsorgen eftersom det ökar möjligheterna till att utveckla en mer kunskapsbaserad vård och omsorg. Nedanstående tabell visar hur andelen sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och enhetschefer i särskilt boende utvecklades under perioden 2008–2010, fördelat på kommunala och enskilda utförare.

Tabell 8.5. Andel årsarbeten chef, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast i personalen på särskilda boenden under åren 2008 – 2010, uppdelat på driftsform (procent)

	Driftsform	Chefer	Sjuksköterskor	Arbetsterapeuter	Sjukgymnaster
2010	Kommunal	3,4	7,7	2,9	2,7
	Enskild	4,4	9,0	2,4	2,6
	Totalt	3,5	7,9	2,9	2,7
2009	Kommunal	3,5	7,6	2,8	2,6
	Enskild	4,0	9,2	2,2	2,0
	Totalt	3,5	7,6	2,8	2,6
2008	Kommunal	3,3	7,5	2,5	2,3
	Enskild	4,1	9,2	1,8	1,9
	Totalt	3,4	7,5	2,4	2,2

Källa: Uppgifter från Öppna jämförelser, Aldreguiden, egen bearbetning.

Sett till den totala personalen ökade andelen sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster något under de tre åren, medan andelen enhetschefer var oförändrad. Enskilda utförare har för samtliga redovisade år en större andel chefer och större andel sjuksköterskor än vad kommunerna har. Bland de enskilda utförarna utgör dock arbetsterapeuter och sjukgymnaster en mindre andel av personalen än i de kommunalt drivna boendena.

Geriatrisk och gerontologisk kompetens bör stärkas

Det finns en stor brist på geriatrisk och gerontologisk kompetens²⁰ bland personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Grundutbildningar innehåller alltför få sådana moment och det är inte tillräckligt många yrkesverksamma som väljer att gå en specialist- eller vidareutbildning inom området [24].

Tillgången på läkare med specialistutbildning i geriatrik är i stort sett oförändrad, mätt som antalet tjänster i förhållande till antalet personer i befolkningen som är 80 år eller äldre. 2009 fanns det 94,5 geriatriker per 100 000 personer 80 år eller äldre i befolkningen. Tio år tidigare, år 1999, var motsvarande antal 91,4 geriatriker.

Skillnaderna i tillgång på geriatriker är stora mellan landstingen, och i fyra landsting finns endast tre eller färre geriatriker. Uppgifterna avser endast geriatriker som arbetar inom sin egen specialitet. Ytterst få sjuksköterskor har specialistutbildning inom vård av äldre, vilket är anmärkningsvärt [25]. Tillgången på geriatrisk kompetens är även relaterad till förekomsten av geriatriska vårdplatser, som är mycket ojämnt fördelade mellan landstingen. I fem landsting – Sörmland, Blekinge, Värmland, Jämtland och Gotland – fanns det 2010 överhuvudtaget inga geriatriska vårdplatser [26]. Tillgången i förhållande till den äldre befolkningens storlek är störst i Stockholms, Västerbottens, Uppsala och Jönköpings län. Antalet geriatriska vårdplatser i landet har minskat något sedan 2008, förutom i Östergötlands läns landsting och Landstinget Kronoberg som 2010 hade nästan dubbelt så många vårdplatser som 2008 [15].

Är äldreomsorgen kunskapsbaserad?

För att utveckla en kunskapsbaserad verksamhet bör personalen vara positiva till forskningsbaserad kunskap, och i det sammanhanget har enhetscheferna en viktig uppgift. År 2007 och 2010 gjorde Socialstyrelsen en kartläggning av de kommunala enhetschefernas uppfattningar om säkerställd kunskap som stöd i sitt arbete [27,28]. Resultaten visar att chefer inom äldreomsorgen mer sällan tar del av forskning jämfört med chefer inom individ- och familjeomsorgen (IFO). Det är väsentligt vanligare att chefer inom IFO använder manualbaserade metoder (34 procent) än bland cheferna inom äldre- och handikappomsorgen (3 procent). Användningen av behovsbedömningsinstrument inom äldreomsorgen minskade under åren 2007–2010, samtidigt som den ökade inom IFO. Cheferna inom IFO upplever också större behov av nya metoder för att utvärdera personalens arbete eller nya arbetsmetoder än cheferna inom äldre- och handikappomsorgen (65 procent respektive 41 procent år 2010).

En annan viktig förutsättning är att enhetscheferna har en god kunskapsgrund och att de inte har alltför många medarbetare att leda. Inom kommunernas vård och omsorg om äldre saknar 10 procent av enhetscheferna eftergymnasial utbildning och 37 procent har som högst en tvåårig sådan utbildning. Hälften av enhetscheferna har en högskole- eller universitetsutbildning som omfattar minst 120 poäng, enligt det gamla poängsystemet [28].

Vid kommunala särskilda boenden ska enhetscheferna i genomsnitt leda nästan 30 medarbetare. I enskilt driven vård och omsorg om äldre är det i genomsnitt 23 medarbetare per enhetschef [14].

²⁰ Med geriatrik avses läran om sjukdom hos äldre, och med gerontologi avses läran om åldrandet och åldersrelaterade förändringar i livsprocesser från uppnådd mognad till personens död.

Bättre samverkan i strokerehabilitering och bättre anhörigstöd behövs

Samverkan mellan kommuner och landsting leder till bättre resultat för personer som har insjuknat i stroke. Många kommuner och landsting har dock en otydlig ansvarsfördelning när det gäller rehabilitering såväl i korttidsboende som i ordinärt boende. Det finns flera kommuner som inte erbjuder rehabilitering efter stroke trots att alla kommuner har ansvaret enligt lag i korttidsboenden och enligt avtal när de har tagit över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Det är några av de slutsatser som Socialstyrelsen drar i rapporten *Nationell utvärdering 2011 – Strokevård* [29].

Rapporten redovisar den första utvärderingen av kommunernas och landstingens strokevård. Utgångspunkten är bland annat god hälsa, vård och omsorg och de nationella riktlinjerna för strokesjukvård som Socialstyrelsen publicerade 2009. I utvärderingen identifierar Socialstyrelsen ett antal förbättringsområden för både kommuner och landsting.

Skillnaderna mellan landstingen och kommunerna i andelen personer som uppger att de ofta eller ständigt är nedstämda efter sin stroke är mycket stora, framför allt tolv månader efter insjuknandet. Utvärderingen visar att rikets genomsnitt var cirka 15 procent år 2008/2009, men andelen varierade och var 2–42 procent i kommunerna. Personer som har insjuknat i stroke är i högre utsträckning nedstämda jämfört med befolkningen generellt. Denna nedstämdhet kan bero på själva hjärnskadan men också på den förändrade livssituationen och resultatet av rehabiliteringen. Samtidigt kan nedstämdheten ha en negativ inverkan på rehabiliteringens resultat.

Utvärderingen visar också att äldre personer i lägre utsträckning får vård på en strokeenhet, trots att det finns undersökningar som visar på högre överlevnad och bättre funktionsförmåga efter stroke om personen vårdas vid en strokeenhet, oavsett ålder, kön och hjärnskadans svårighetsgrad. Vidare finns det uppgifter som tyder på att tandvården är eftersatt för äldre som har insjuknat i stroke eller att det finns brister i tillgängligheten, eftersom äldre personer med stroke i mindre utsträckning än övriga befolkningen i samma ålder besöker en tandläkare eller tandhygienist.

En annan indikator gäller andelen personer med stroke som tre månader efter insjuknandet är beroende av anhörigas stöd och hjälp. Utvärderingen visar att andelen var i stort sett oförändrad år 2004–2009 men att beroendet av anhöriga verkar öka med åldern. Vidare är det ovanligt med stöd till anhöriga som hjälper en äldre person efter stroke, och endast 6 procent uppger att de hade någon form av anhörigstöd från kommunen.

Fler resultat från utvärderingen redovisas under kapitlet Hälso- och sjukvård i denna lägesrapport.

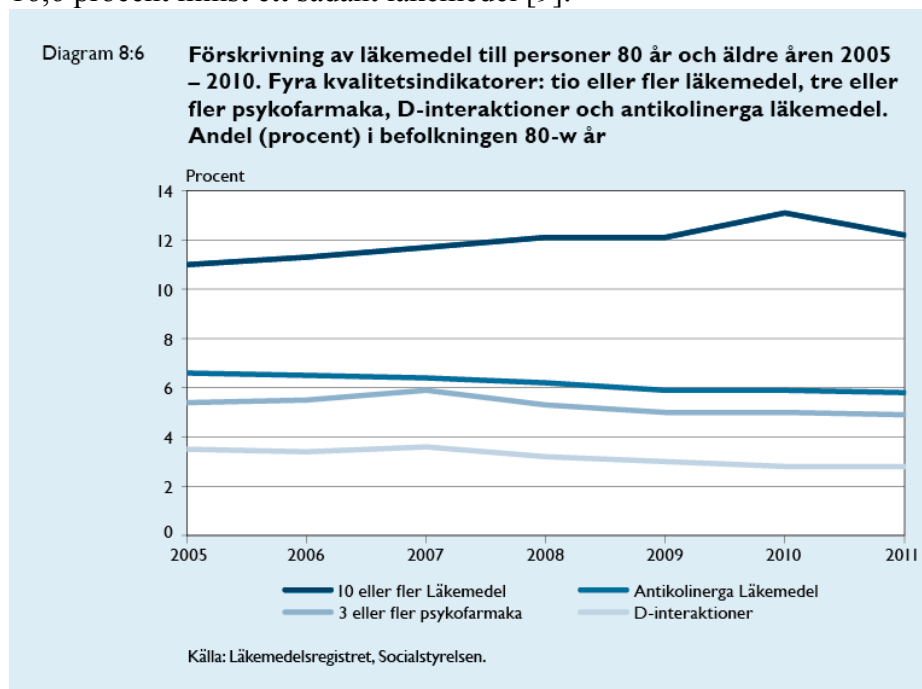
Fortfarande stora problem i läkemedelsförskrivning till äldre

I dag har äldre personer nästan dubbelt så många förskrivna läkemedel som för 20 år sedan. Genomsnittet är sex preparat per person, men äldre personer med sviktande funktioner och/eller olika sjukdomar har i genomsnitt tio preparat per person. Äldre med nedsatt funktionstillstånd är också mest känsliga för läkemedel [30].

Vissa förbättringar av äldres läkemedelsbehandling skedde under åren 2005–2011, och bland annat minskade användningen av psykofarmaka och antikoli-

nerga²¹ läkemedel. Socialstyrelsen ser också en minskning i samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka och av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner, det vill säga kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras omsättning eller verkan och som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser. Andelen äldre som har tio eller fler läkemedel ökade fram till 2010. Mätningen för 2011 gjordes under en annan tid på året än de föregående mätningarna, vilket kan ge lägre värden på grund av säsongsvariationer. Den lilla topp som ses för år 2010 kan därför vara en tillfällighet.

Socialstyrelsen har börjat använda en ny läkemedelsindikator som mäter läkemedel som bör undvikas om det inte finns särskilda skäl. Resultaten visar att 11,9 procent av befolkningen 80 år och äldre i Sverige har en förskrivning på minst ett sådant läkemedel. I gruppen mest sjuka äldre använder i genomsnitt 16,6 procent minst ett sådant läkemedel [9].



Läkarna själva anser att bristande kontinuitet i läkarkontakten är en viktig orsak till problem med läkemedelsanvändningen, till exempel om patienten går till olika läkare och/eller behandlas av olika vårdinstanser. Ett annat problem är inhyrda läkare som inte hinner sätta sig in i patienternas sjukdomsbild och medicinska historia [31].

Tillgänglig vård och omsorg om äldre

I det här avsnittet konstaterar Socialstyrelsen att det finns tecken på att väntetiderna till särskilda boenden för äldre har blivit kortare. Däremot är behandlingen av äldre otillfredsställande på sjukhusens akutmottagningar. Väntetiderna är för långa och de mest sjuka äldres särskilda behov beaktas inte alltid. De flesta äldre är dock nöjda med tillgängligheten när det gäller att kontakta primärvården via telefon. Landstingens förfrågningsunderlag inom primärvården beskriver alltför sällan de mest sjuka äldres behov och vården klarar inte i tillräcklig

²¹ Läkemedel med antikolinerga effekter och bieffekter som kan ge kognitiva störningar hos äldre (alltifrån lättare minnesstörningar till förvirring), till exempel medel mot inkontinens och vissa psykofarmaka.

utsträckning att möta de äldres behov av en tillgänglig, flexibel och kompetent vård.

Kortare väntan på särskilt boende

Väntetiden för att få en plats på ett permanent särskilt boende har minskat i de 41 kommuner som lämnade uppgifter för åren 2008 och 2010 om hur lång tid en person i genomsnitt får vänta mellan ansökan och inflyttning. År 2010 var den genomsnittliga väntetiden 47 dagar mellan ansökan och inflyttning och 2008 var den 59 dagar. Längst respektive kortast väntetid år 2010 var 143 respektive 0 dagar [18].

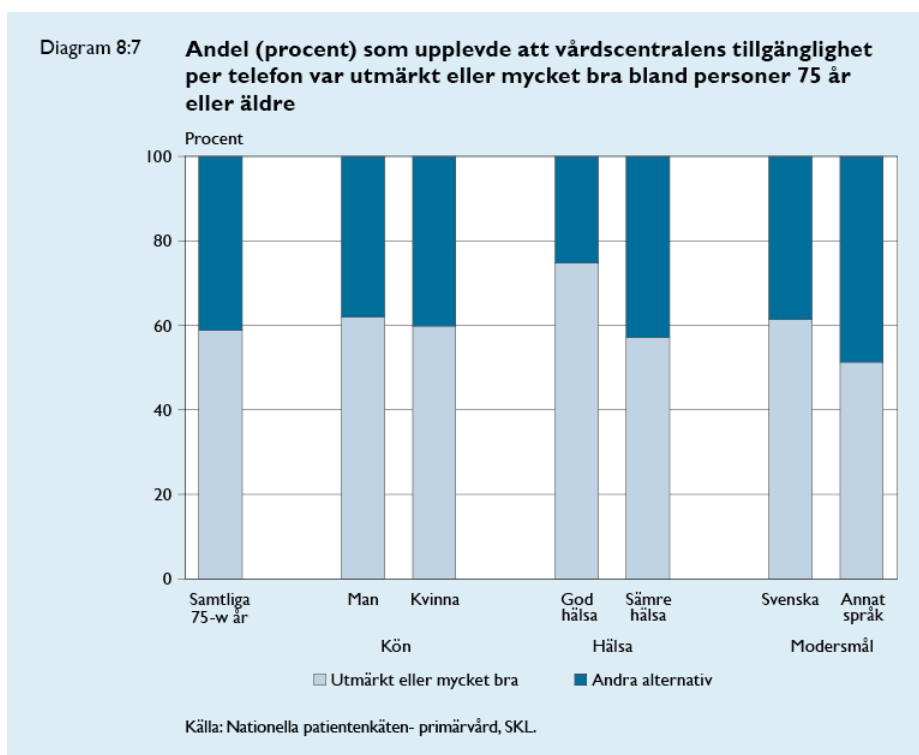
Kommunernas biståndsbeslut ska i princip verkställas omgående. Om det dröjer mer än tre månader ska detta rapporteras till Socialstyrelsen. De rapporterade ärendena har blivit fler sedan dessa bestämmelser infördes 1 juli 2006. År 2008 rapporterades 5 530 beslut som inte var verkställda inom tre månader och 2010 var motsvarande siffra 6 500 beslut, varav de flesta gällde särskilt boende. Fram till och med tredje kvartalet 2011 hade dock anmälningarna minskat i förhållande till 2010.

Äldre far ofta illa på akutmottagningar

Äldres väntetid till en första läkarbedömning är i genomsnitt en timme och 20 minuter, enligt Socialstyrelsens kartläggning av akutmottagningar [32]. Äldre patienter behöver ofta ett snabbt omhändertagande på en akutmottagning för att slippa onödiga komplikationer som kan vara livshotande eller leda till avsevärt sänkt livskvalitet. Socialstyrelsen gjorde år 2006 en tillsyn av 56 akutmottagningar när det gäller personer som är 80 år eller äldre, och den visade att medelvistelsetiden var knappt fyra timmar. Mindre än hälften av personalen uppger att de tar hänsyn till patientens ålder vid prioritering. Tillsynen visar också att intresset hos ledningen eller personalen är svagt för att öka kunskaperna om äldres specifika förutsättningar. Det saknas också egenkontroller och systematiska uppföljningar av väntetiderna för äldre patienter. Många patienter kan inte heller övervakas på ett lämpligt sätt utan att göra avsteg från sekretess och integritetsskydd [33].

Primärvårdens insatser och tillgänglighet bör utvecklas

Omkring 60 procent av patienterna 65 år och äldre tycker att deras vårdcentralers telefontillgänglighet är mycket bra eller utmärkt [34]. Det finns inga skillnader utifrån patienternas kön, ålder eller utbildningsnivå, men av de äldre med ett annat modersmål än svenska är det bara hälften som tycker att vårdcentralens telefontillgänglighet är bra eller utmärkt. Problem med att tala och förstå svenska kan göra det svårt för patienten att kommunicera med mottagningens personal eller uppfatta inspelade meddelanden. De äldre med god självupplevd hälsa är mest nöjda med telefontillgängligheten, och den gruppen är generellt sett mer nöjd än andra enligt flera av Socialstyrelsens undersökningar.



Socialstyrelsen har granskat landstingens förfrågningsunderlag och funnit att de alltför sällan beskriver gruppen mest sjuka äldres särskilda behov av primärvård. Landstingen arbetar för att utveckla primärvårdens insatser och arbetssätt, men för närvarande klarar vården inte att fullt ut möta gruppens behov. Insatserna består av sedvanliga mottagningsbesök hos läkare, medverkan i förebyggande hembesök, läkemedelsgenomgångar samt läkarmedverkan i hemsjukvård. Primärvårdens uppdrag, insatser och arbetsformer behöver utvecklas i nära samverkan med äldreomsorgen och den specialiserade hälso- och sjukvården, för att skapa en väl samordnad vård och omsorg som ger de mest sjuka äldre en god vård och omsorg utanför sjukhusen [23].

Rättssäker och patientsäker vård och omsorg om äldre

I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen att mindre än var femte äldre person som får omsorg i särskilt boende har fått ett särskilt beslut om vilka insatser de ska få. Resultatet är bättre när det gäller riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring som genomförs allt oftare i särskilt boende, och i högre grad i enskilt drivna boenden än i kommunala, enligt uppgifter från verksamheterna. Antalet lex Maria-ärenden i särskilt boende har ökat, medan det är för tidigt att bedöma utvecklingen av lex Sarah-ärenden efter förändringarna i regelverket vid halvårsskiftet 2011. Kommunerna arbetar för att förbättra vårdhygien, men har för liten tillgång till kompetens inom detta område.

Allt för få får beslut om insatser i särskilt boende

Av 8 kap. 2 § SoL framgår att bostaden i en särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre människor är skild från den service och omvårdnad (hemtjänst) som den äldre får i bostaden. Om nämnden fattar två beslut när äldre personer får beslut om ett permanent särskilt boende så kan det framgå det

tydligare vad den enskilde har beviljats: ett beslut om bostaden och ett beslut om hemtjänstinsatserna i detta boende. I de flesta fall är det inte aktuellt att tidsbegränsa beslutet om bostaden medan hemtjänstinsatserna kan variera under den tid den äldre bor i den särskilda boendeformen. (JO 2003/04 s. 324).

Den 1 november 2010 var det dock bara 38 av landets 290 kommuner som hade fattat två beslut för samtliga boende. Dessa kommuner är spridda över landet men systemet med två beslut är dock vanligare i Kronobergs, Gävleborgs och Västerbottens län [17]. Beslutet om insatser är utgångspunkten när utföraren upprättar en genomförandeplan, det vill säga planerar hur de beviljade insatserna ska genomföras i praktiken (SOSFS 2006:5 allmänna råd till 6 kap. 1 §.).

Av de äldre som bor permanent i särskilt boende har bara 17 procent fått ett särskilt beslut om insatserna. Det innebär att de andra inte har fått någon individuell behovsprövning och att kommunens beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § därmed inte anger vilken hjälp de ska få när de kommer till boendet. I stället är det utföraren som avgör vilka insatser den äldre ska få i samband med att en genomförandeplan upprättas. Av ett beslut bör det alltid framgå vad biståndsinsatsen innebär i praktiken, dvs. en närmare beskrivning av vad insatsen innebär för den enskilde. (JO den 6 april 2000, dnr 699-1999). Detta kan även aktualisera frågan om att uppgifter som innefattar myndighetsutövning inte kan överlåtas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Rättssäkerheten inom äldreomsorgen har fortfarande brister

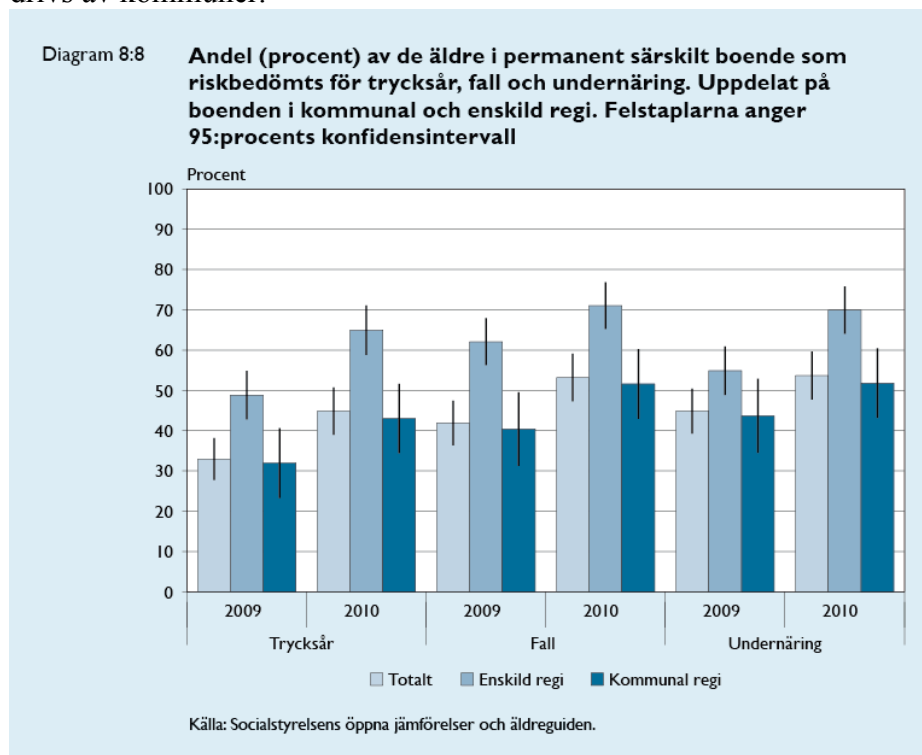
Socialstyrelsens tillsyn visar att det fortfarande finns brister i handläggningen av ärenden inom äldreomsorgen [20].

Flera kommuner fattar beslut om bistånd för vissa hemtjänstinsatser efter någon form av förenklad handläggning eller utan att göra någon individuell behovsprövning. Detta gäller framför allt så kallade serviceinsatser och matdistribution men förekommer också i ärenden som rör personlig omvårdnad och trygghetslarm. Utan en individuell behovsprövning kan beslutet i stället utgå från den enskildes ålder och kommunen tillhandahåller då någon form av standardiserad insats. I andra fall utgår beslutet från en överenskommelse mellan den äldre och handläggaren, alternativt en representant för utföraren om vilken hjälp den enskilde personen ska få. Detta sätt att fördela tjänster stämmer inte med socialtjänstlagens bestämmelser om att beslut om bistånd ska fattas efter en individuell behovsprövning.

Tillsynen visar vidare att många biståndsbeslut om insatser inte uppfyller kraven på tydlighet. De är utformade som rambeslut och anger att den äldre är beviljad hemtjänst ett visst antal timmar under en tidsperiod. Beslutet anger dock inte vilka insatser personen ifråga är beviljad hjälp med, hur omfattande de ska vara eller hur ofta de ska ges. I stället får personalen i hemtjänsten eller det särskilda boendet bedöma och besluta vilken hjälp den äldre kan få, vilket innebär att planeringen av insatser sker utifrån personalens förutsättningar eller verksamhetens bedömningar av vilka insatser som ska ges. Då finns en risk för att det inte är den äldres behov som styr insatserna, utan resurstillgången. Socialstyrelsen är kritisk till rambeslut och ifrågasätter om de uppfyller kraven på rättssäkerhet [20].

Riskbedömningar är allt vanligare

År 2010 var andra året i följd som kommunerna rapporterade till Socialstyrelsen hur stor andel av de boende i permanent särskilt boende som har riskbedömts för trycksår, fall och undernäring [18]. Andelen riskbedömda äldre personer ökade påtagligt inom alla tre områdena åren 2009–2010, men andelen är betydligt större vid särskilda boenden som drivs i enskild regi än vid boenden som drivs av kommuner.



Vid två tillfällen under 2011 undersökte SKL förekomsten av trycksår bland äldre personer på äldreboenden. Undersökningen som genomfördes under hösten 2011 visar att 14 procent av de äldre hade trycksår eller någon tryckskada, vid de boenden som medverkade. Förekomsten av trycksår låg på samma nivå som i den första undersökningen som genomfördes under våren 2011 [35].

Ny lex Sarah

Den 1 juli 2011 fick socialtjänstlagen nya bestämmelser om lex Sarah, och Socialstyrelsen har även beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring är att alla allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten. Under cirka fem månader (1 juli–6 december 2011) tog Socialstyrelsen emot 249 anmälningar inom socialtjänstens samtliga områden. Under perioden avslutades 37 ärenden inom äldreomsorgen. Mot bakgrund av att det är så få ärenden som har avslutats är det för tidigt att göra någon bedömning av förändringarna av regelverket.

Fler lex Maria-anmälningar

Sedan 2010 redovisas beslut i lex Maria-ärenden så att de kan knytas till det aktuella särskilda boendet för äldre. Antalet anmälningar har ökat, från 90 stycken år 2010 till 130 ärenden fram till den 6 december 2011. Under båda

åren var det lika vanligt med anmälningar som beslutats hos Socialstyrelsen i enskilt som kommunalt drivna boenden, sett i förhållande till förekomsten av dessa båda utförare.

Kompetensen i vårdhygien bör stärkas

I hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen finns ett uttalat krav på god hygienisk standard. Detta krav innefattar lokaler, utrustning, planering och organisation, liksom tillgång till vårdhygienisk kompetens.

Äldre personer som får omsorgstjänster enligt socialtjänstlagen har samtidigt ofta sjukdomar som leder till frekventa kontakter med olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att smitta, även av resistent bakterier, riskerar att spridas mellan olika vård- och omsorgsverksamheter och olika vårdgivare. I samband med spridning på sjukhus av både MRSA (det vill säga stafylokocker som har blivit resistent mot penicillin och meticillin) och ESBL (det vill säga tarmbakterier som producerar en grupp av enzymer som bryter ner vissa antibiotika) har smittan i många fall överförts till särskilda boenden. På dessa boenden har smittspridningen sedan fortsatt och i vissa fall blivit omfattande, med allvarliga konsekvenser i form av personligt lidande och ökade kostnader som följd.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i landet har bedömt att vissa områden är särskilt viktiga för att förbättra hygien inom vård och omsorg [36]. De anser att verksamheterna behöver

- tillgång till vårdhygienisk expertis
- utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling i vårdhygien
- konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner
- egenkontroll av system, processer och resultat för vårdhygien.

I landets kommuner pågår mycket arbete för att förbättra vårdhygien och förebygga smittspridningen inom äldreomsorgen samt mellan äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. En viktig del är tillgång till vårdhygienisk kompetens, både i form av personalens kunskaper i vårdhygien och i form av tillgång till expertis vid en vårdhygienisk enhet.

Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom några av socialtjänstens verksamheter: ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer. Dessa områden är inte enbart socialtjänstens ansvar, utan ansvaret delas många gånger med andra myndigheter och samhällssektorer. Kapitlet innefattar därför mer än socialtjänstens verksamheter.

Ekonomiskt bistånd

Sammanfattande iakttagelser

- År 2010 fick drygt 437 000 personer (inklusive barn) ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det var en ökning med 3 procent jämfört med året innan.
- Det långvariga biståndsmottagandet fortsatte att öka under 2010. Under de senaste fyra åren har antalet långvariga biståndsmottagare ökat med 29 procent. År 2010 fick 37 procent av samtliga vuxna biståndsmottagare (18 år och äldre) bistånd i minst tio månader under året.
- 24 procent av alla ensamstående kvinnor med barn i befolkningen fick ekonomiskt bistånd under 2010, vilket är en betydligt större andel än för övriga hushållstyper. De ensamstående mödrarnas andel av samtliga biståndshushåll har ökat, från 19 procent år 2007 till 24 procent år 2010.
- Det höga biståndsmottagandet bland unga är oroande. År 2010 hade nästan 80 000 unga i åldern 18–24 år ekonomiskt bistånd. Det långvariga biståndsmottagandet har ökat i denna grupp under de senaste åren. Liksom tidigare år är andelen utrikes födda betydligt högre än andelen inrikes födda bland de unga långvariga biståndsmottagarna. Många hänvisas till att söka ekonomiskt bistånd eftersom de har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och därmed inte har kvalificerat sig för några socialförsäkringar.
- Arbetslöshet och sjukdom är vanliga orsaker till behov av ekonomiskt bistånd. Socialtjänstens arbete med att hjälpa arbetslösa och sjuka riskerar att skymma att det finns grupper av biståndsmottagare med mer omfattande behov av socialt stöd. Det finns en risk att de som har störst behov inte får tillräcklig del av de insatser och resurser som socialtjänsten förfogar över.

Enskilda personers behov av ekonomiskt bistånd beror till stor del på strukturella faktorer i samhället, till exempel hur situationen på arbetsmarknaden ser ut och hur trygghetssystemen är utformade. De svenska välfärdssystemen bygger i stor utsträckning på att ersättningsarna ska kompensera för ett inkomstbortfall vid arbetslöshet, sjukdom, ålderdom med mera. Villkoren för enskilda människor har med andra ord att göra med nuvarande och tidigare prestationer på arbetsmarknaden. Den starka kopplingen mellan förvärvsinkomster och ersättningsnivåer har fått vissa forskare att beskriva den svenska välfärdsstaten som en prestationsmodell snarare än en institutionell, universell modell. Skiljelinjen går mellan dem som har ett fullgott försäkringsskydd och dem som saknar eller

har ett otillräckligt försäkringsskydd [1, 2]. Sambandet mellan förvärvsinkomster och ersättningsnivåer innebär att grupper med svag eller ingen förankring på arbetsmarknaden, till exempel ungdomar och utrikes födda, har ett betydligt sämre skydd än andra vid arbetslöshet och sjukdom. I många fall innebär det att de i sådana situationer är hänvisade till att söka ekonomiskt bistånd för att klara sin försörjning [3,4].

Biståndsmottagandet ökade något under 2010

Biståndsmottagandet fortsatte att öka något under 2010 men inte lika mycket som mellan 2008 och 2009²² [5]. Det är ovisst i vilken utsträckning oron i den internationella ekonomin kommer att påverka arbetslösheten i Sverige och därmed även biståndsmottagandet framöver. Arbetslösheten i landet fortsätter än så länge att sjunka, men det finns tecken på att tillväxten i svensk ekonomi avtar [6].

Kommunernas kostnader för det utbetalade ekonomiska biståndet ökade med 4 procent i fasta priser 2010.²³ Totalt betalades 11,6 miljarder kronor ut till biståndsmottagarna. Under de tre första kvartalen år 2011 minskade dock utbetalningarna med 4 procent jämfört med samma period år 2010 [7].

Utbetalningarna till flyktingar minskade med 28 procent medan de ökade med 2 procent till biståndsmottagare som inte är flyktingar. Den huvudsakliga orsaken till minskningen bland flyktingar är införandet av lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.²⁴ I stället för introduktionsersättning, som betalades ut av kommunerna, får flyktingar sedan den 1 december 2010 etableringsersättning av Försäkringskassan, efter beslut från Arbetsförmedlingen.²⁵

Diagram 9:1 visar hur biståndsmottagandet har varierat sedan 1990. År 2010 fick 247 210 biståndshushåll ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det var en ökning med cirk 9 900 hushåll (drygt 4 procent) jämfört med 2009. Biståndshushållen utgjorde 6,5 procent av samtliga hushåll i befolkningen. Av de inrikes födda biståndshushållen bestod 21 procent av hushåll med barn. Motsvarande siffra bland de utrikes födda hushållen var 39 procent.

Diagrammet visar också antalet individer med bistånd. År 2010 fick drygt 437 000 personer (inklusive barn under 18 år) ekonomiskt bistånd²⁶ någon gång under året, vilket är 4,7 procent av befolkningen. Jämfört med 2009 var det en ökning med 3 procent. Risken att behöva ekonomiskt bistånd är betydligt högre för den utrikes födda befolkningen än för den inrikes födda. Av samtliga utrikes födda i befolkningen fick 12 procent ekonomiskt bistånd år 2010 medan siffran för inrikes födda var 2 procent.

²² Samtliga siffror bygger på Socialstyrelsens årsstatistik för 2010, om inte annat anges.

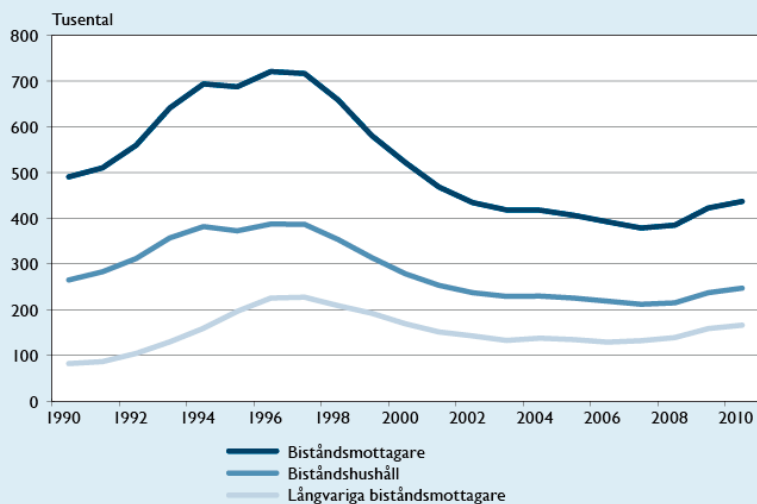
²³ Inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar.

²⁴ Lagen infördes den 1 december 2010.

²⁵ De flyktingar som har påbörjat sin introduktionsperiod enligt den äldre lagstiftningen kommer dock att fortsätta att få introduktionsersättning till dess att deras introduktion har upphört.

²⁶ Inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar.

Diagram 9:1 **Antal biståndsmottagare, biståndshushåll respektive långvariga biståndsmottagare under perioden 1990-2010¹**



¹ Samtliga, inklusive barn.

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Det långvariga biståndsmottagandet²⁷ fortsatte att öka under 2010. Under de senaste fyra åren har antalet långvariga biståndsmottagare ökat från cirka 128 700 till 166 100, det vill säga med 29 procent. År 2010 fick 37 procent av samtliga vuxna biståndsmottagare (18 år och äldre) bistånd under minst tio månader av året. Av dessa är 33 procent inrikes födda och 67 procent utrikes födda (inklusive flyktingar).

För utrikes födda har vistelsetiden i Sverige en avgörande betydelse för biståndsmottagandets omfattning och längd. Ju kortare tid i Sverige, desto högre biståndsmottagande. Drygt hälften av de utrikes födda som var långvariga biståndsmottagare år 2010 hade varit i Sverige i högst fyra år. För dem som varit i Sverige i 5–9 år var det långvariga biståndsmottagandet nere i 18 procent.

Biståndsmottagandet bland ensamstående mödrar ökar igen

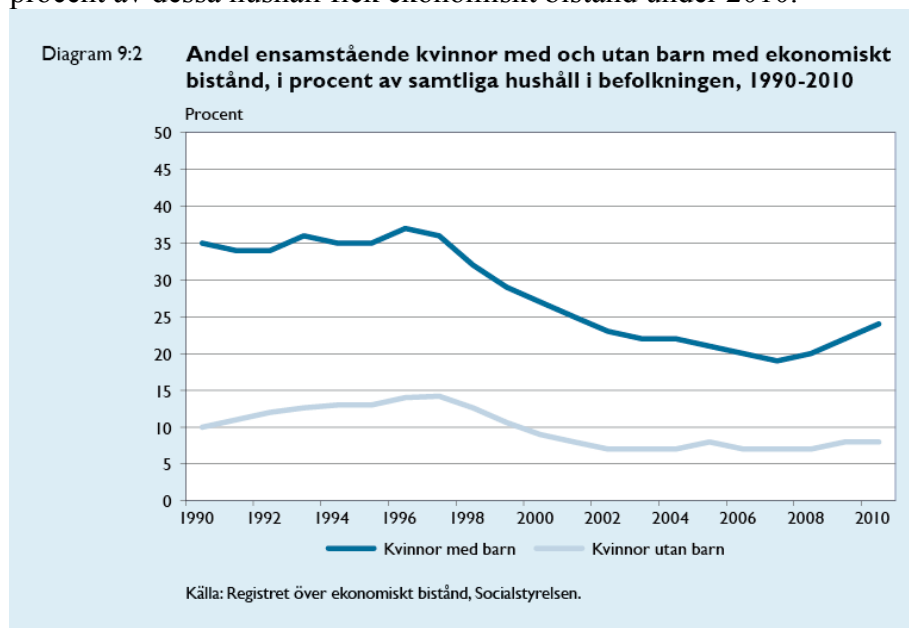
Ekonomiskt bistånd är vanligast bland ensamstående kvinnor med barn, om man ser till samtliga hushållstyper i befolkningen. En förklaring är att ensamstående föräldrar ska klara hela hushållets utgifter på en inkomst och har därmed en mer sårbar ekonomisk situation. Ensamstående föräldrar avstår till exempel ofta från olika vårdinsatser av ekonomiska skäl.²⁸ Under mitten av 1990-talet hade 37 procent av dessa hushåll ekonomiskt bistånd. Drygt tio år senare hade andelen sjunkit till 19 procent, sannolikt till följd av det förbättrade läget på arbetsmarknaden. År 2008, i samband med finanskrisen, började dock andelen att stiga igen. År 2010 fick 24 procent av alla ensamstående mödrar i befolkningen ekonomiskt bistånd. Det är oklart om ökningen också kan bero på brister i trygghetssystemen, till exempel i form av otillräckliga uppräkningsbidrag av underhållsbidrag eller bostadsbidrag eller om det finns andra orsaker.

Som en jämförelse var andelen ensamstående kvinnor utan barn med ekonomiskt bistånd 8 procent år 2010. Denna andel har varit relativt konstant under

²⁷ Bistånd i minst 10 månader under kalenderåret.

²⁸ Se tabell 3:4 i avsnittet om jämlik vård, i kapitlet "Hälsa- och sjukvård".

de senaste 20 åren, bortsett från krisåren i mitten av 1990-talet. Även för ensamstående män med och utan barn har nivån varit relativt oförändrad. Minst vanligt är det att gifta och sammanboende har ekonomiskt bistånd. Endast 2 procent av dessa hushåll fick ekonomiskt bistånd under 2010.



Många biståndsmottagare står utanför sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen

Ekonomiskt bistånd ska fungera som ett tillfälligt stöd vid kortare perioder av försörjningsproblem. En förhållandevis stor grupp människor har dock bistånd under längre perioder. Långvarigt biståndsmottagande är problematiskt både ur individens och ur samhällets synvinkel. Långvarigt biståndsmottagande står till exempel för huvuddelen av kostnaderna för ekonomiskt bistånd. Ett flertal studier visar också att sannolikheten att lämna biståndsmottagandet tycks minska ju längre biståndsmottagandet varar [8, 9, 10].

År 2011 publicerade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser inom verksamheter rörande ekonomiskt bistånd²⁹. Jämförelserna visar bland annat att en stor andel av biståndsmottagarna har långvarigt eller mycket långvarigt ekonomiskt bistånd. I första hand är det ett problem i storstadsområden och i större städer. I tre av storstädernas stadsdelar har mer än hälften av biståndsmottagarna bistånd tio–tolv månader under 2010. Mer än en tredjedel hade haft bistånd i tre år eller längre.

Oroande högt biståndsmottagande bland unga

Som framgick inledningsvis får kvalifikationskraven inom olika socialförsäkringar konsekvenser för de grupper som inte har kommit in på arbetsmarknaden. Ungdomar har ofta svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och bli självförsörjande. En konsekvens är att många hänvisas till att söka ekonomiskt bistånd.

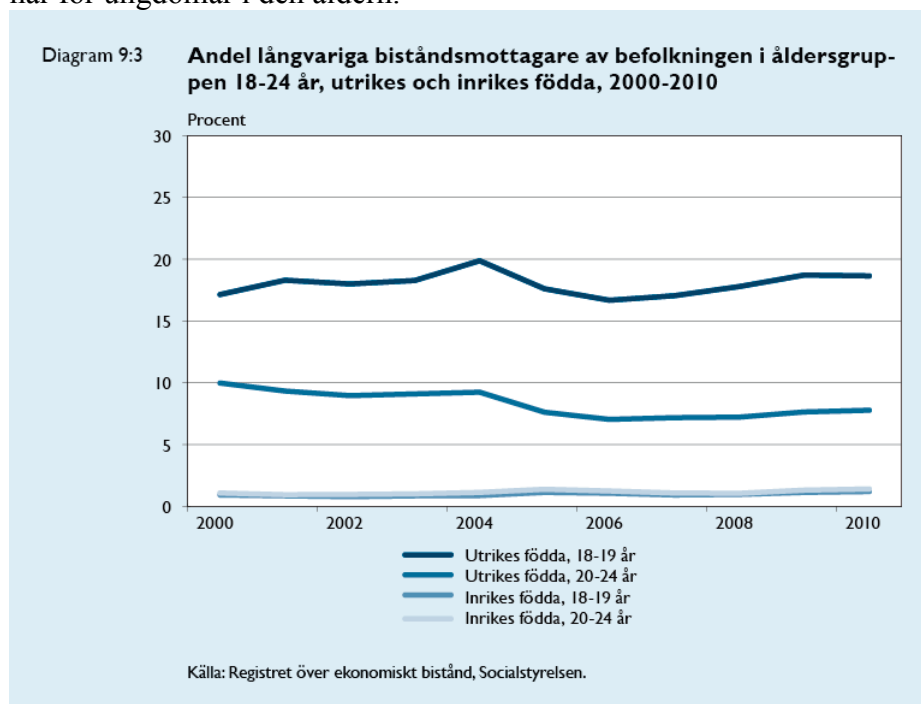
År 2010 hade nästan 80 000 personer i åldern 18–24 år ekonomiskt bistånd någon gång under året, vilket var en liten ökning jämfört med året innan. Bi-

²⁹ Redovisningen bygger i första hand på uppgifter som har hämtats ur det befintliga registret över ekonomiskt bistånd. Uppgifterna presenteras för samtliga kommuner och för stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

ståndsmottagarna i denna åldersgrupp utgjorde 27 procent av samtliga vuxna biståndsmottagare. Det motsvarar 9 procent av motsvarande åldersgrupp i befolkningen. För inrikes födda är biståndsmottagandet vanligast i åldern 20–24 år medan det för utrikes födda (inklusive flyktingar) är vanligast i åldern 18–19 år.

Även det långvariga biståndsmottagandet har ökat bland unga (18–24 år) under de senaste åren. År 2010 hade nästan 23 000 personer i denna åldersgrupp långvarigt bistånd. Det motsvarar 21 procent av samtliga vuxna långvariga biståndsmottagare. Av den vuxna befolkningen är det vanligast med långvarigt biståndsmottagande i åldersgruppen 18–19 år.³⁰

Liksom tidigare år är andelen utrikes födda väsentligt högre än andelen inrikes födda bland unga långvariga biståndsmottagare (diagram 9.3). Av utrikes födda i åldern 18–19 år har 19 procent långvarigt bistånd, vilket kan jämföras med drygt 1 procent av de inrikes födda ungdomarna. Av alla långvariga biståndsmottagare i åldersgruppen 18–24 år är 54 procent utrikes födda. Av dessa är cirka 5 000 flyktingar (40 procent). När det gäller de unga flyktingarna kan en av förklaringarna vara att det rör sig om ensamkommande barn och unga. I dessa fall övertar socialtjänsten det försörjningsansvar som föräldrar vanligtvis har för ungdomar i den åldern.



Ekonomiskt bistånd kompenserar för hål i välfärdssystemen

Sedan krisåren på 1990-talet har kommunerna kommit att spela en allt viktigare roll när det gäller arbetsmarknadsfrågor och som ansvariga huvudmän för olika åtgärdsprogram. I dag finns så kallade arbetsmarknadsenheter i flertalet kommuner [11]. Målgruppen är i huvudsak arbetslösa som inte har rätt till ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Dagens arbetsmarknadspolitik ser ut att ha delats upp i två nivåer, en nationell nivå för de arbetslösa som har rätt till någon

³⁰ År 2010 var 3 procent av alla unga, 18–19 år, i Sverige långvariga biståndsmottagare medan motsvarande siffra för unga, 20–24 år, var 2,4 procent.

form av arbetslöshetsersättning och en kommunal nivå för de arbetslösa som har ekonomiskt bistånd [12].

Arbetslöshet och sjukdom är vanliga orsaker till försörjningssvårigheter. Det framgår bland annat av Socialstyrelsens statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd [13]. År 2010 hade drygt 131 000 personer (47 procent av biståndstagarna) ett försörjningshinder som hade med arbetslöshet att göra. För majoriteten av dessa biståndsmottagare var orsaken att de saknade ersättning från arbetslöshetsförsäkringen.

Utöver de arbetslösa var cirka 31 000 personer (11 procent av biståndsmottagarna) sjuka och saknade ersättning från sjukförsäkringen eller hade en otillräcklig ersättning.³¹ Tidigare undersökningar [14,15] med försök att uppskatta storleken på den grupp som står utanför sjukförsäkringen, visar dock att det kan röra sig om betydligt fler än vad Socialstyrelsens nya statistik visar.³² Dessa kartläggningar visar också att det endast tycks vara ett fåtal som får några rehabiliteringsinsatser.

Det tycks med andra ord finnas en risk för att biståndsmottagare inte får tillgång till insatser från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan på samma villkor som andra. En rapport från 2011 [16] visar till exempel att arbetslösa med ekonomiskt bistånd fick del av Arbetsförmedlingens program i betydligt lägre grad än arbetslösa som hade a-kassa.

En annan risk är att biståndsmottagare med stora behov av sociala insatser inte får den hjälp de behöver. Det näst vanligaste enskilda försörjningshindret i Socialstyrelsens statistik år 2010 är det som benämns ”Arbetshinder, sociala skäl”. Drygt 27 000 biståndsmottagare (10 procent) registrerades under detta hinder. Här återfinns personer som inte står till arbetsmarknadens förfogande, som har nedsatt arbetsförmåga men som inte är styrkt av läkare eller vars arbetsförmåga inte är klarlagd. I många fall rör det sig om personer som har behov av insatser, till exempel en arbetsförmågeutredning, arbetsträning och social rehabilitering innan det kan bli aktuellt med ett arbete. Detta är en grupp som ofta har behov av mer långsiktiga insatser.

³¹ Här ingår både sjukskrivna som saknar eller har otillräcklig sjukpenning samt dem med otillräcklig sjuk- eller aktivitetsersättning.

³² Statistiken över försörjningshinder och ändamål publicerades för första gången 2010 och uppvisar fortfarande kvalitetsbrister. Arbetet pågår på Socialstyrelsen för att kvalitetssäkra uppgiftsinlämnandet.

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Sammanfattande iakttagelser

- Hemlösheten och utestängning från bostadsmarknaden har ökat sedan förra kartläggningen 2005 och omfattar numera bredare grupper. Färre sov ute eller i offentliga utrymmen under mätveckan 2011 jämfört med 2005. Överrepresentationen av utrikesfödda är ännu mer markant än 2005.
- Det finns en stark koppling mellan avsaknad av lönearbete och utestängning från bostadsmarknaden. Få hyresvärdar accepterar ekonomiskt bistånd som inkomst.
- Fler barnfamiljer har socialtjänsten som hyresvärd. Det handlar vanligtvis om sociala kontrakt via kommunen till familjer som av olika anledningar är utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden. Dessa familjer tycks ofta befinna sig i ekonomiskt utsatta situationer, de är ofta ensamstående föräldrar och många har utländsk bakgrund
- Vräkningar av barnfamiljer minskar inte längre, utan tycks öka. Kommunernas vräkningsförebyggande arbete behöver förbättras och likaså behöver barnrättsperspektivet stärkas, särskilt vid upprepade hyresskulder.

Hemlöshetsfrågan berör både socialpolitiken och bostadspolitiken. Därför är samarbete mellan myndigheter, kommuner och landsting, bostadsföretag och organisationer en förutsättning för att framgångsrikt motverka hemlöshet. Frågan är komplex och kräver både individuellt inriktade insatser och strukturella förändringar.

Ungefär 60 procent av Sveriges befolkning bor i en kommun med brist på bostäder. Samtidigt minskar antalet lediga lägenheter i allmännyttiga bostadsbolag. Det redovisar Boverket i sin senaste bostadsmarknadsenkät (BME). 80 procent av kommunerna uppger dessutom att det råder brist på hyresrätter. Ungdomar, äldre och stora barnfamiljer tillhör dem som kan ha särskilt svårt att få bostad [1].

Lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar slår bland annat fast att kommunen ska planera bostadsförsörjningen så att alla i kommunen kan leva i goda bostäder. Allt fler kommuner har riktlinjer som baseras på denna lagstiftning, men fortfarande är antalet lågt. I årets BME uppgav 33 procent av kommunerna att de har riktlinjer som antogs under denna eller förra mandatperioden. Under 2011 gör länsstyrelsen heltäckande regionala analyser av bostadsmarknaden och de kommer att belysa denna fråga ytterligare [1].

Hemlöshet omfattar numera bredare grupper

Hemlöshet förknippas i många sammanhang med en ”uteliggare” eller en person som bor på ett härbärke, men under de senaste tio åren har begreppet fått en vidare innebörd. En snäv definition fångar inte den komplexitet som området rymmer och visar bara den synliga delen av problemet [2]. En bredare krets av personer betecknas nu som hemlösa, jämfört med tidigare. Syftet är att ge ett så fullständigt underlag som möjligt för vidare arbete med riktlinjer, strategier och handlingsplaner på området [3,4].

Kunskap om hemlöshetens omfattning och karaktär är en förutsättning för att kunna bedriva ett effektivt arbete mot hemlöshet, och för att kunna utforma lämpliga insatser.

Fler är hemlösa, trots att färre lever utomhus

Socialstyrelsens kartläggning av hemlöshetens omfattning och karaktär baseras på uppgifter från olika myndigheter, institutioner och frivilligorganisationer.

Under perioden 2–8 maj 2011 inrapporterade kommuner och andra aktörer att sammanlagt 34 000 personer var hemlösa eller utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden (enligt Socialstyrelsens definition). Resultatet går inte riktigt att jämföra med kartläggningen 2005, eftersom definitionen av hemlöshet har ändrats något. Men de jämförelser som är möjliga att göra visar att minst 4 000 fler personer var hemlösa eller utestängda under mätveckan 2011 än under mätveckan 2005. Samhällsförändringar mellan mätningarna ställer krav på justeringar av definitionen för att kunna ge en så fullständig och rättvis bild som möjligt. Med en bred definition kan Socialstyrelsen tydligare visa på det stora ansvar som socialtjänsten tar för att komma till rätta med hemlösheten genom att erbjuda olika boendelösningar. Den stora ökningen av antalet inrapporterade hemlösa personer är delvis ett resultat av att hemlöshetsdefinitionen har förtydligats och numera också tydligt inkluderar personer som bor i relativt långsiktiga boendelösningar, framför allt försökslägenheter, träningslägenheter och bostäder med sociala kontrakt.

2011 års undersökning visar vidare att cirka 280 personer helt saknar boende och lever utomhus eller i offentliga utrymmen under mätveckan. År 2005 var denna siffra 950. Samtidigt inrapporteras att fler personer finns i de mest akuta boendelösningarna, till exempel härbärgen.

Männen är i majoritet i gruppen hemlösa, och så var det även vid 2005 års mätning. Gruppens sammansättning har dock förändrats. Kvinnornas andel har blivit större. Överrepresentationen av utlandsfödda personer har blivit mer markant. En lägre andel personer än tidigare inrapporteras ha de problem som traditionellt förknippas med hemlöshet, det vill säga missbruk och psykisk ohälsa.

Av kartläggningen framgår också att ytterst få hemlösa personer har ett lönearbete. I stället är ekonomiskt bistånd den vanligaste inkomstkällan. Det rör sig alltså i stor utsträckning om personer som står utanför arbetsmarknaden. Eftersom många hyresvärdar inte godkänner ekonomiskt bistånd som inkomst, utestängs personerna också från den ordinarie bostadsmarknaden.

Hemlöshet finns i dag i hela landet men problemen är olika stora på olika platser. Det är dock vanligast i storstäderna [5].

Fler barnfamiljer har socialtjänsten som hyresvärd

Socialtjänsten arbetar aktivt för att hitta lösningar och bistå personer som inte accepteras som hyresgäster av hyresvärdarna på den ordinarie bostadsmarknaden. Boverkets bostadsmarknadsenkät visar att 221 av 290 kommuner hyr ut lägenheter med olika specialkontrakt till personer som är utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden, vanligtvis andrahandskontrakt [1]. Det innebär att 76 procent av kommunerna har en så kallad sekundär bostadsmarknad, vilket är en ökning sedan föregående år. I Sverige hyrs ungefär 13 400 lägenheter ut på detta vis.

Av de kommuner som besvarat bostadsmarknadsenkäten uppger 108 att hushåll med barn finns i dessa boendelösningar. Det betyder att närmare 1 900

hushåll (minst 3 600 barn) ingår i den sekundära bostadsmarknaden [1]. Siffrorna bör dock betraktas som minimisiffror. Vi vet att flera av kommunerna som inte besvarade frågan i själva verket har en stor mängd barnfamiljer i sina långsiktiga boendelösningar [5]. År 2010 svarade endast 74 kommuner ja på samma fråga.

Socialstyrelsens kartläggning 2011 visar att cirka 13 900 personer³³ inrapporterades som hemlösa i den kategori som motsvarar den sekundära bostadsmarknaden. I dessa boendelösningar finns den största andelen kvinnor (cirka 54 procent), och hälften är föräldrar till barn som är 18 år och yngre. En majoritet av föräldrarna i denna situation har daglig omvårdnad av sina barn.

En effekt av att socialtjänsten har blivit en allt viktigare hyresvärd för bredare grupper är att ensamstående personer med uttalad social problematik riskerar att få stå tillbaka och fastna i mer akuta boendelösningar [5].

För att ytterligare belysa barnfamiljernas situation på den sekundära bostadsmarknaden har Socialstyrelsen genomfört en intervjustudie med 13 kommunföreträdare. I den framkommer att barnfamiljer i allt större utsträckning blir utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden. Det bottnar i en ökande fattigdom, enligt intervjuerna. De familjer som finns i den sekundära bostadsmarknadens boendelösningar tycks ofta befinna sig i ekonomiskt utsatta situationer. Det är inte ovanligt att de är överskuldssatta, har mycket låga inkomster eller är beroende av ekonomiskt bistånd för sin försörjning. En stor andel är ensamstående föräldrar (främst mödrar), många har utländsk bakgrund, och många har bott i dessa boendelösningar under lång tid.

Vräkningar av barnfamiljer ökar något

Att motverka att personer vräks från sina bostäder är avgörande för att förhindra att hemlösheten ökar. År 2011 fick Kronofogden in 9 220 ansökningar om avhysning, varav 2 800 verkställdes [6]. Det är en nedgång sedan föregående år, när det gäller antalet ansökningar och antalet verkställda vräkningar. Den ökning som redovisades för 2010 är med andra ord tillfällig, och trenden med färre vräkningar fortsätter.

Kronofogdens statistik visar också att den positiva trenden med en nedgång i antalet barn som vräks dessvärre har brutits. Nu syns i stället en svag uppgång. Kronofogden arbetar för att förfina statistiken på området ytterligare [7]. En arbetsgrupp vid Institutet för social forskning (SOFI) har på regeringens uppdrag analyserat varför barnfamiljer fortfarande vräks. De konstaterar att kommunernas vräkningsförebyggande arbete behöver förbättras. Bland annat behöver barnrättsperspektivet stärkas, särskilt vid upprepade hyresskulder. Kommunerna behöver utveckla sina metoder för att bedöma och åtgärda upprepade hyresskulder, beakta barnets bästa vid utredningar om ekonomiskt bistånd och stödjade familjer i att planera sin ekonomi utifrån dessa förutsättningar [8].

Under hösten 2011 träffade Kronofogden ihop med Barnombudsmannen ett antal kommuner för att tillsammans diskutera problematiken kring vräkning av barnfamiljer.

Många insatser till hemlösa finns i socialtjänstens statistik

Kommunernas insatser för personer med missbruk och andra vuxna som varken är äldre eller har en funktionsnedsättning (det vill säga ”övriga vuxna”) samlas i

³³ Socialstyrelsen kartlägger hemlösa personer medan Boverkets enkät gäller hushåll eller lägenheter.

den officiella statistiken [9]. Den 1 november 2010 fick cirka 6 300 personer med missbruksproblem bistånd för boende enligt 4 kap.1 § socialtjänstlagen, SoL, vilket var ungefär lika många som 2009. Samma datum fick 9 200 vuxna personer över 21 år utan missbruksproblem samma insats, vilket var en ökning med cirka 5 procent.

Under 2010 gjordes sammanlagt 14 800 boendeinsatser för personer med missbruksproblem, vilket är jämförbart med året innan. Cirka 16 500 boendeinsatser gjordes för personer över 21 år utan missbruksproblem. Antalet boendedygn har ökat med cirka 10 procent sedan 2010 [9].

Det pågår för närvarande ett försök att kategorisera boendeinsatserna utifrån vilken typ av insats det gäller. Syftet är att det ska framgå om boendeinsatsen är en akutinsats, exempelvis boende på härbärke, eller en mer långsiktig insats, såsom en träningslägenhet. Statistiken skulle då kunna användas för att följa utvecklingen på området, genom att visa vilken typ av insats kommunen främst använder sig av.

Mer kunskap behövs om vissa grupper av hemlösa personer

Stockholms Stadsmission granskar årligen det offentliga Sveriges insatser mot hemlöshet [10]. I årets rapport påtalar de att det saknas statistik om ett antal utsatta grupper, bland annat papperslösa och EU-migranter som saknar förankring i Sverige. Socialstyrelsen gör samma iakttagelse i den senaste hemlöshetskartläggningen [5]. En slutsats är att det behövs mer kunskap om vissa grupper för att få en helhetsbild av hemlösheten i Sverige.

Intresset ökar för metoder som stärker hemlösas delaktighet

Det finns ett fortsatt intresse av att utveckla metoder för att motverka hemlösheten. ”Bostad först” är en metod som har uppmärksammats i Sverige och i övriga Europa. Bostad först-modellen betonar att individen behöver en fast bostad för att kunna tillgodogöra sig andra insatser [11,12]. Insatserna ska utgå från individens behov, och det är den berörda personen som ska formulera sina behov av stöd och bistånd. Det pågår ett antal försök med att introducera Bostad först i landet, och försöken ska utvärderas för att säkra kvaliteten och mäta effekten av insatserna.

På allt fler håll i Europa och i omvärlden poängteras vikten av att hemlösa personer görs delaktiga i de beslut som påverkar deras liv. På en EU-konferens om hemlöshet lyfte man bland annat fram vikten av att en hemlös person blir behandlad med värdighet och respekt. Ett utvecklingsarbete behöver påbörjas för att öka individens möjlighet att bli mer delaktig i individuella beslut, men även för att påverka utbudet och utformningen av de tjänster som erbjuds och för att berörda ska ta del i policyarbetet på lokal, regional och nationell nivå [2].

Samverkan på nationell nivå ökar

Regeringens hemlöshetsstrategi 2007–2009 är avslutad. Inom ramen för strategin har ny kunskap utvecklats på området genom ett antal aktörer. Kronofogden, Kriminalvården, Boverket och Socialstyrelsen har samverkat på nationell nivå. Till exempel finns det nu en sida på Socialstyrelsens webbplats som vänder sig till de olika aktörer som arbetar med hemlöshetsfrågor [www.socialstyrelsen.se]. Webbsidan har karaktären av en vägledning och är tänkt att fungera som stöd i ett strategiskt arbete mot hemlöshet. Under rubrikerna *Introduktion*, *Åtgärdskedjan*, *Kartläggning*, *Kunskapskällor*, *Hemlös-*

hetsbegreppet, Kommunala handlingsplaner, Förebyggande arbete, Vräkningsförebyggande arbete, Barnperspektiv, Samverkan, Boendelösningar, Individuellt stöd efter behov och Lokal uppföljning presenteras kunskap på dessa områden [13].

Det civila samhället är också en viktig aktör i kommunernas arbete mot hemlöshet. Att flera aktörer samlas kring en gemensam policy, strategi eller handlingsplan ökar möjligheterna att motverka hemlöshet på ett effektivt sätt.

Kunskapen om effektiva metoder mot hemlöshet har ökat

Kunskapen har ökat på hemlöshetsområdet under senare år. Aktörerna efterfrågar också metodutveckling. Fler kommuner arbetar nu mer aktivt än tidigare med preventiva insatser, till exempel med att förebygga vräkningar.

Under 2012 kommer öppna jämförelser inom socialtjänsten för första gången att omfatta även hemlöshet. Syftet med öppna jämförelser är att stimulera utvecklingen av en jämlik socialtjänst med god kvalitet. Genom att Socialstyrelsen publicerar öppna jämförelser på webbplatsen kan kommunerna analysera sin egen verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera utförandet av stödet inom olika områden.

FEANTSA³⁴ (en EU-finansierad organisation som bevakar hemlöshetsområdet i Europa) har i en nyligen publicerad artikel konstaterat att hemlöshet är ett område där social innovation kan vara lämplig. Inget land i Europa har lyckats med att avskaffa hemlöshet och nästan alla länder står inför stora utmaningar på området. Det finns därför potential att utveckla och prova nya metoder på hemlöshetsområdet [14]. Det sker också en kunskapsproduktion via forskning, som bland annat resulterar i avhandlingar, monografier och vetenskapliga artiklar. Med denna samlade kunskap finns det förutsättningar att bedriva ett effektivt arbete mot hemlöshet [5].

Hemlösa behöver få tillgång till stöd som utgår från deras behov

Flera aktörer ifrågasätter nu om den så kallade trappstegsmodellen är den mest effektiva modellen för att organisera insatser för hemlösa personer. Därigenom har också tillgången till differentierat stöd, vård och omsorg kommit i fokus. Bostad först-modellen har som en av sina viktigaste komponenter att det är individen själv som ska formulera sina behov av insatser [15]. En ny sammanställning av forskning på hemlöshetsområdet [16] har visat att väl fungerande vårdkedjemodeller också kan vara effektiva för vissa grupper av hemlösa personer. Det behövs en variation av insatser som riktar sig till hemlösa personer för att möta de skiftande behov som finns inom gruppen. Det kan röra sig om allt från skuldsanering, hyresrådgivning och olika typer av stöd i hemmet till program som riktar sig mot missbruks- och beroendeproblem samt psykisk ohälsa. Hemlöshet är ett problem i sig, men därutöver kan de personer som befinner sig i en hemlöshetsituation ha olika typer av behov som de behöver stöd för [5].

Hemlöshetskartläggningen 2011 visar också att det finns en grupp personer som inte har några övriga kända problem mer än att de har blivit utestängda från bostadsmarknaden.

³⁴ Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri.

Våld

Sammanfattande iakttagelser

- I verksamheter för personer som berörs av våld finns ytterligare behov av att förbättra säkerhetsarbetet, uppföljningen samt metoderna för bedömningar och insatser.
- Det finns internationellt sett få dokumenterade, verksamma metoder för att stödja våldsutsatta kvinnor med missbruk respektive funktionsnedsättningar. Dock finns ett antal beskrivna interventioner som efter anpassning kan prövas i Sverige.
- Kommunerna har fått utvecklingsmedel för att förbättra stödet till våldsutsatta kvinnor, och det har bidragit till personalutbildning och till ett ökat utbud av insatser för de våldsutsatta. Det finns dock flera förbättringsområden och det är i många fall osäkert om projekt kommer att övergå till permanent verksamhet.
- Många av klagomålen som inkom till Socialstyrelsen under 2011 handlar bland annat om att våldsutsatta kvinnors ansökningar inte alltid utreds, barn som har bevittnat våld inte uppmärksammas tillräckligt och personalens kompetens många gånger är otillräcklig.

Med våld i nära relationer avser Socialstyrelsen våld eller andra övergrepp som utförs av en person som brottsoffret bedöms ha en nära och förtroendefull relation till. Det kan röra sig om en partner eller före detta partner, en familjemedlem, en släkting eller någon annan anhörig. Våld i en nära relation kan därför även handla om så kallat hedersrelaterat våld. Till målgruppen hör också barn som har bevittnat våld som riktar sig mot eller utövas av en närstående vuxen.

Det dödliga våldet minskar

Det kända dödliga våldet i Sverige har kontinuerligt minskat de senaste 20 åren, när hänsyn tas till befolkningsökningen. Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) har omkring 90 personer om året blivit offer för dödligt våld på 2000-talet. Omkring 65 procent av offren och 90 procent av gärningspersonerna är män. I cirka 75 procent av fallen är gärningspersonen en släkting, partner, vän eller bekant till offret. Drygt 20 procent av alla offer har dödats av en partner eller före detta partner. Merparten av dessa offer är kvinnor, vilket innebär att under 2000-talet har 15–20 kvinnor varje år dödats av en manlig partner eller före detta partner [1].

Våldsutsatthet är vanligast bland unga

Utifrån undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF) bedömer SCB att 2,5 procent av befolkningen som är 16 år och äldre utsattes för våld som medförde en kroppsskada år 2008–2009. Det motsvarar 185 000 personer. Av dem fick 70 000, eller 0,9 procent av befolkningen, skador som fordrade sjuk- eller tandvård. Cirka 19 500 kvinnor över 15 år uppgav att de hade drabbats av sådant våld, vilket är 0,5 procent av alla kvinnor i åldersgruppen. Kvinnor i åldrarna 45–54 år rapporterar högre utsatthet än kvinnor i andra åldersgrupper. Sammanboende kvinnor med barn rapporterar också högre utsatthet än kvinnor i andra typer av hushåll [2].

När utsatthet för våld och hot som inte har krävt vård räknas in är åldersgruppen 16–24 år överrepresenterad för både kvinnor och män. Ensamstående kvinnor med barn uppger att de är mer utsatta än kvinnor i andra hushållstyper. Andelen personer som i ULF uppger att de under det senaste året varit utsatta för någon form av våld eller hot har legat på en relativt jämn nivå sedan 1990 [2].

Av de kvinnor 16–84 år som besvarade Statens folkhälsoinstituts (FHI) årliga folkhälsoenkät 2004–2009 uppgav 0,7 procent att de under de senaste tolv månaderna har utsatts för fysiskt våld i hemmet [3]. Det motsvarar 26 100 kvinnor i hela befolkningen 2010 [4]. De kvinnor som har utsatts för våld i hemmet är yngre och oftare arbetslösa eller sjukskrivna jämfört med andra kvinnor som har svarat på enkäten. De har högre läkemedelskonsumtion och sämre allmän hälsa och psykiskt välbefinnande. De våldsutsatta kvinnorna är även socialt och ekonomiskt resurssvagare. Bland dem är det också en markant högre andel som uppgav att de övervägt att ta sitt liv eller försökt göra det [3].

Varken ULF eller folkhälsoenkäten specificerar relationen mellan offer och gärningsperson. SCB menar att vi troligen underskattar mängden våld som utövas av en gärningsperson i familjen eller bekantskapskretsen [4]. Närstående gärningspersoner vid misshandel av kvinnor är företrädesvis kvinnans partner eller före detta partner [5].

I Brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökning (NTU) för år 2010 uppgav omkring 1 procent av de svarande att de har utsatts för grova brott som allvarlig misshandel och sexualbrott [6]. 3 procent av männen och 1,7 procent av kvinnorna rapporterar att de har utsatts för misshandel. För män har denna andel minskat något sedan 2005 medan den för kvinnor har legat på en jämnare nivå. I de fall där kvinnor har blivit utsatta var gärningspersonen en närstående i 21 procent av fallen och en bekant i 46 procent av fallen. För manliga misshandelsoffer är motsvarande uppgifter 3 respektive 25 procent. I förhållande till NTU 2005 var det färre kvinnor som uppgav att gärningspersonen var en närstående medan fler uppgav att gärningspersonen var bekant eller helt okänd [6].

Anmälningar om våld fortsätter att öka

Sedan 1980-talet har polisanmälningarna av misshandel mot kvinnor ökat markant. Under 2010 anmäldes 27 300 misshandelsbrott mot kvinnor 18 år eller äldre, jämfört med 26 300 år 2009. Dessutom anmäldes cirka 2 500 grova kvinnofridskränkningar, vilket var en minskning från det föregående året (2 660 anmälningar).

För både kvinnor och män anmäls allt fler fall av misshandel som har utövats inomhus av en partner eller före detta partner. De anmälningarna utgör 45 procent av alla anmälningar om misshandel mot kvinnor (12 290 stycken) och 8 procent av alla anmälningar om misshandel mot män (3 300 stycken) [7, 8].

Rapportering av våld

Socialstyrelsen saknar lagstöd för att begära in uppgifter till den officiella socialtjänststatistiken om insatser till våldsoffer. Den nationella hälso- och sjukvårdsstatistiken innehåller uppgifter om dödsfall och skador till följd av övergrepp.

Brå bedömer att en stor del av det grävsta våldet som sjukvården behandlar täcks in av slutenvården, alltså när en patient har skrivits in på en avdelning och får en sängplats [1]. Av samtliga yttre skadeorsaker som slutenvården har angi-

vit utgjorde övergrepp mindre än 2 procent 2010 [10]. Motsvarande siffra för öppenvården var drygt 2 procent [Registerkörning PAR 2011-12-20]. Övergrepp som utövas av en partner eller av en annan närstående underrapporteras sannolikt i både slutenvård och öppenvård. I många fall registreras skadan som orsakad av en icke-specifierad person och i merparten av koderna för övergrepp efterfrågas inte uppgifter om vem som har orsakat skadan. Bortfallet av angiven yttre orsak till skadediagnoser är större för vårdhändelser i öppenvård än i slutenvård under perioden 2001–2010.

Sedan 2001 har i genomsnitt 553 kvinnor om året slutenvårdats efter ett övergrepp. Antalet har minskat till 516 fall år 2010. Motsvarande antal män är 1 880 per år. 2010 rapporterades 1 846 män som hade utsatts för ett övergrepp till patientregistret, vilket är en minskning i jämförelse med senare år men fler än i början av tioårsperioden.

I genomsnitt har cirka 113 kvinnor och 11 män årligen rapporterats till patientregistret med ett slutenvårdstillfälle till följd av att en partner har utsatt dem för övergrepp. Under 2010 skedde en ökning för kvinnor (130 stycken) och en minskning för män (6 stycken).

I patientregistret för läkarbesök i öppenvård och specialiserad vård rapporterades 4 115 kvinnor och 8 799 män för skador till följd av övergrepp 2010. Jämfört med de två föregående åren innebär detta en ökning för kvinnor och en minskning för män. För övergreppsskador orsakade av en partner rapporterades 529 kvinnliga och 80 manliga patienter, vilket är fler än 2009 (495 kvinnor och 53 män) och 2008 (452 kvinnor och 46 män).

Skydd och säkerhet för våldsutsatta kvinnor och deras barn behöver utvecklas

2011 presenterades de slutgiltiga resultaten av Socialstyrelsens effektutvärderingar av verksamheter för våldsutsatta kvinnor och för barn som har bevittnat våld. Utvärderingarna bygger på en initial undersökning med uppföljning efter tre och tolv månader. Studien omfattade 559 personer med våldserfarenhet som inte hade sökt hjälp eller som befann sig på så kallade skyddade boenden eller i öppenvårdsverksamhet. Vid studiens start rapporterade kvinnorna i samtliga grupper i genomsnitt en avsevärt sämre psykosocial hälsa än kvinnor i allmänhet. Kvinnorna hade också varit utsatta för omfattande och allvarligt våld. Många av kvinnorna rapporterade att de hade utsatts för våld i minst en tidigare relation.

En majoritet av kvinnorna rapporterar att de utsattes för fortsatt fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld under uppföljningsåret. Det var 64 procent av dem som hade vårdats i öppenvård och 82 procent av dem som hade tagit del av skyddat boende. Samtliga grupper rapporterar små till måttliga förbättringar i psykisk hälsa och psykosocial funktion under året. En stor andel (41 procent) rapporterar samma nivå på sina problem vid uppföljningen som vid starten av studien. En lika stor grupp (46 procent) rapporterar förbättringar och en mindre grupp (13 procent) rapporterar en försämrad psykisk hälsa efter ett år. Även de personer som inte fick någon direkt insats för sin våldsutsatthet förbättrades under uppföljningsåret, och därför går det inte att dra slutsatsen att de specialiserade insatserna på gruppnivå är effektiva för att hjälpa våldsutsatta kvinnor.

Utvärderingen av insatserna för barn bygger på mammornas skattningar. Studien omfattade 295 barn och unga (3–13 år) från elva verksamheter inriktade på

att ge stöd till barn³⁵ och sex verksamheter som inte specifikt fokuserat på erfarenheten att ha bevittnat våld³⁶. Den person som utsatt barnets mamma för våld var i nio fall av tio barnets biologiska pappa. I sex fall av tio hade pappan utsatt även barnet för våld. Strukturerade riskbedömningar av barnets och mammans situation hade sällan gjorts inom socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatrin, trots att drygt hälften av föräldrarna hade gemensam vårdnad och barnen vanligtvis hade regelbundet umgänge med den pappa som utsatte mamman och ibland även barnet för våld. Våldet mot mammor och barn minskade under det år då studien pågick. Under uppföljningsåret hade fem av tio mammor utsatts för våld. Barn som hade haft kontakt med verksamheter som riktade insatser direkt till barnen hade enligt mammornas bedömning förbättrat sin psykiska hälsa vid ettårsuppföljningen. Andelen med allvarliga psykiska problem minskade från 69 till 50 procent. Barnen hade också förbättrat sin förmåga att reglera känslor av ilska, ledsnad och rädsla. Bland de barn som haft kontakt med skyddade boenden, individ- och familjeomsorgen eller familjerätten var andelen med allvarliga psykiska problem oförändrad vid ettårsuppföljningen (59 procent). De visade inte heller någon förbättring när det gäller att reglera sina känslor. Oavsett vilken verksamhet barnet hade haft kontakt med förbättrades den psykiska hälsan mer hos yngre än hos äldre barn. I båda utvärderingarna var kvinnorna över lag nöjda med det stöd som de och deras barn hade fått.

Motsvarande utvärdering av sju verksamheter för våldsutövande män visar att många män upphör med fysiskt och allvarligt psykiskt våld. Över hälften av de 182 männen uppger själva att behandlingen har inneburit en stor hjälp för dem att hantera sina problem på ett bättre sätt. Männens självskattade psykiska hälsa förbättrades och deras alkohol- och narkotikabruk minskade. Eftersom denna studie saknade kontrollgrupp går det inte att dra några säkra slutsatser om vilken betydelse behandlingen hade i förhållande till andra faktorer.

Sammantaget tyder utvärderingarna på ett behov av att utveckla skyddet och säkerheten för våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld. För verksamheter för våldsutsatta kvinnor och för barn som har bevittnat våld är det angeläget att ta fram strukturerade bedömningar av risker och behov samt metoder för insatser. Få av de utvärderade verksamheterna kan redovisa grundläggande statistik om hur många individer som behandlats, samt vilken typ av behandling eller hur mycket behandling de fått [10].

Internationella metoder skulle kunna översättas till svenska förhållanden

Socialstyrelsen har kartlagt internationella dokumenterade metoder för våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem respektive funktionsnedsättningar. Kartläggningen av metoder för våldsutsatta kvinnor med missbruk syftade till att sammanställa och beskriva manualbaserade interventioner samt att granska utvärderade interventioner för denna målgrupp. Vi granskade åtta publikationer och bland dem fanns endast en manual med tillhörande utvärdering. Denna manual, *Relapse prevention and relationship safety (RPRS)*, har bara utvärderats med ett litet antal deltagare, men resultaten verkar lovande vad gäller våld och psykisk hälsa. Merparten av de övriga dokumenterade metoderna beskriver behandlingar av kvinnor med psykisk ohälsa och missbruksproblem där våldsut-

³⁵ Åtta verksamheter inriktade på att ge stöd till barn som har bevittnat våld samt tre barn- och ungdomspsykiatriska enheter.

³⁶ Två skyddade boenden för kvinnor, tre individ- och familjeomsorgenheter, samt en familjerättsenhet.

satthet är en möjlig bakomliggande orsak. Dessa manualer är inte utvärderade, men de innehåller kunskap som i likhet med RPRS kan tillvaratas i Sverige.

Kartläggningen av metoder för att stödja våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättningar gav ett resultat på åtta metoder. Ingen av dem hade dock utvärderats på ett sätt som uppfyller kvalitetsgranskningens krav på tillförlitlighet. Det finns alltså inget vetenskapligt stöd för att de är effektiva. Deras mål är i huvudsak att kvinnor med olika funktionsnedsättningar (fysiska, psykiska, intellektuella och kommunikativa) ska tillägna sig kunskaper och förmågor som minskar risken för att utsättas för våld eller som gör det lättare att hantera konsekvenserna av våld.

Innehållet skulle kunna anpassas till svenska förhållanden för test och effektutvärdering [11,12].

Statliga utvecklingsmedel har bidragit till förbättringar

Under perioden 2007–2010 gav regeringen utvecklingsmedel till kommunerna för att förstärka kvinnojourverksamheten och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Socialstyrelsen har följt upp denna satsning.

Under perioden fördelades 436 miljoner kronor till 262 av landets 290 kommuner för sammanlagt 467 olika projekt. Den vanligaste projektinsatsen var utbildning av socialtjänstpersonal och företrädare för ideella föreningar (339 projekt). Med hjälp av medlen grundades 46 kommunala specialistmottagningar, varav 20 drivs gemensamt av flera kommuner. 10 mottagningar riktar sig enbart till våldsutövande män och tre enbart till barn som har bevittnat våld. De övriga 33 mottagningarna vänder sig till våldsutsatta kvinnor, till våldsutsatta kvinnor samt barn som har bevittnat våld eller till samtliga tre grupper. Utvecklingsmedlen har också använts även till att starta 19 nya ideella föreningar (14 kvinnojourer, 3 tjejjourer och 2 mansjourer) som erbjuder råd och stöd och i många fall även tillfälligt boende. Totalt har cirka 220 boendeplatser tillkommit i landet genom nya boenden och utökade befintliga boenden som drivs av såväl kommuner som ideella föreningar.

Med denna satsning ville regeringen bland annat förbättra stödet till särskilda grupper av våldsutsatta kvinnor (bland annat för kvinnor med funktionsnedsättning, kvinnor med missbruk, och äldre kvinnor). De flesta projekten har angett våldsutsatta kvinnor i allmänhet som målgrupp. Samma sak gäller de 229 projekt som handlar om direkta stödinsatser. Exempelvis har endast tio kommuner skapat nya boendeplatser som är anpassade för kvinnor med funktionsnedsättningar. Det betyder inte nödvändigtvis att kvinnor med särskilda behov har utslutits från andra insatser. Vad kommunen gör för våldsutsatta kvinnor med särskilda behov framgår dock relativt sällan av projektdokumentationen.

303 projekt var inriktade på att utveckla olika former av samverkan, främst mellan kommuner och ideella föreningar (199 projekt). Långt färre projekt rörde samverkan mellan kommun och andra myndigheter (polis, åklagare, hälso- och sjukvård med flera) eller mellan kommuner. 137 projekt syftade till att förbättra intern socialtjänstsamverkan, men missbruks- och beroendeenheter ingick bara i 9 av dessa projekt, och försörjningsstödsenheter ingick bara i 4. Kvinnor som är aktuella för just dessa verksamheter har oftare än andra erfarenheter av våld [13]. Det finns även inventeringar som tyder på att uppgifter om våld mot en förälder eller ett barn relativt ofta förekommer i ärenden som rör vårdnad, boende och umgänge [14]. Ändå involverade endast 4 samverkansprojekt familjerätten.

Knappt en tredjedel av projekten innehåller en projektutvärdering. I 192 fall (41 procent) uppgav de berörda kommuner att projektet åtminstone delvis kommer att övergå till ordinarie verksamhet. I hälften av projekten svarade kommunen inte på frågan eller uppgav att projektverksamhetens framtid är osäker.

Socialstyrelsen bedömer att utvecklingsmedlen sammantaget har bidragit till mer utbildning av personal och ett ökat utbud av stödinsatser för våldsutsatta kvinnor, barn som har bevittnat våld och våldsutövare. Men stödet till dessa grupper är eftersatt, till exempel vad gäller kvinnor med särskilda behov. Kommunernas utvecklingsarbete kan bli mer systematiskt, samordnat och ut hålligt. Kommunerna behöver ett samlat kunskaps- och metodstöd för att kunna bedriva ett mer evidensbaserat arbete på detta område.

Tillsynen konstaterar brister både i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har sammanställt enskilda tillsynsärenden rörande våld i nära relationer för 2011. Det rör sig om cirka 25 ärenden fördelade på samtliga regioner, varav något fler i sydvästra och södra Sverige. Endast några få ärenden rör hälso- och sjukvården. Några ärenden rör äldre kvinnor som har sökt stöd för våldsutsatthet, vilket är ovanligt. Flera klagomål handlar om förhållanden som Socialstyrelsen uppmärksammade i en egeninitierad verksamhetstillsyn på området under 2010, bland annat följande:

- Våldsutsatta kvinnors ansökningar utreds inte alltid. Det finns brister i uppföljningen av insatser och långsiktigt stöd, liksom i handläggningen och dokumentationen.
- Barn som har bevittnat våld uppmärksammas inte tillräckligt. Det saknas förhandsbedömning eller utredning av barns behov.
- Personalens kompetens är många gånger otillräcklig.
- Hot- och riskbedömningar görs inte i tillräcklig utsträckning [15].

En av flera tänkbara orsaker till det begränsade antalet ärenden är att enskilda inte känner till vilka möjligheter de har att lämna klagomål.

Referenser

1. Health at a Glance 2011. OECD indicators. OECD; 2011.
2. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
3. De mest sjuka äldre: Avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen; 2011.
4. Lägesrapport. Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2002.
5. Äldre – vård och omsorg år 2007. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2008.
6. Äldre – vård och omsorg den 1 april 2011. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen 2011.
7. Tid för vård och omsorg. Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade sin tid? Socialstyrelsen; 2005.
8. Help wanted? Providing and paying for long-term care, Paris: OECD; 2011.
9. De mest sjuka äldres vård och omsorg – en beskrivning utifrån nationella indikatorer. Socialstyrelsen; 2011.
10. Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen och Essingeöarna 2002–2009. Äldrecentrum; 2010. SNAC-K rapport nr.17. Rapport 2010:8.
11. Lagergren M et al. A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC). Aging Clin Exp Res 2004;16(2):158–68.
12. Behovsbarometern – äldre. En undersökning om behovet av hjälp och stöd bland äldre utan äldreomsorg. Socialstyrelsen; 2011
13. Hushållens ekonomi 2005/2006. Statistiska Centralbyrån; 2006.
14. Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2006. Lägesrapporter 2005.
15. <http://www.kolada.se/>
16. Szebehely M, Ulmanen P. Att ge omsorg till gamla föräldrar och andra anhöriga: påverkar det relationen till arbetsmarknaden? Rapport till socialdepartementet 4 december 2009. Stockholms universitet; 2009.
17. Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010, Socialstyrelsen; 2011.
18. Socialstyrelsens öppna jämförelser, Äldreguiden egna bearbetningar.
19. Lägesrapport 2011 – tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.
20. Tillsynsrapport 2011: Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.
21. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre: delrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
22. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2011. Socialstyrelsen; 2011.
23. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Socialstyrelsen; 2011.
24. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi– strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder, Socialstyrelsen; 2011.
25. Socialstyrelsens register över det nationella planeringsstödet (NPS). Egen bearbetning 2011-11-01.

26. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010, verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
27. Sundell K, Brännström L, Larsson U, Marklund K. På väg mot en evidensbaserad praktik. 834 kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. IMS, Socialstyrelsen; 2008.
28. Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorg. Förslag och vägledande underlag. Socialstyrelsen; 2011.
29. Nationell utvärdering 2011– strokevård. Socialstyrelsen; 2011.
30. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2010.
31. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. Läkarens roll. Socialstyrelsen; 2011.
32. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Socialstyrelsen; 2011.
33. Hur tas äldre om hand på akutmottagning? En nationell verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen, 2011.
34. Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
35. Punktprevalensmätning av trycksår. Redovisning av data från landsting och kommuner. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
36. Vårdhygien i kommunerna. En enkätundersökning. Socialstyrelsen; 2007.