

Vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Ett oförändrat stort antal anhöriga, främst makar och barn, ger allt mer hjälp till äldre personer. Många anhöriga får inte det stöd de behöver och de anser att kommunerna borde ta ett större ansvar för omsorgen.
- Andelen äldre som får kommunal omsorg minskar något. Färre bor permanent i särskilt boende eller i korttidsboende eller får geriatrisk vård. Däremot får fler omfattande hemtjänst och för de äldsta ökar sjukhusvården något.
- Något färre äldre får få timmar av hemtjänsten, medan betydligt fler använder RUT-tjänster. De senare är ojämnt fördelade både geografiskt och inkomstmässigt.
- Fler undersköterskor och vårdbiträden har grundläggande yrkesutbildning, men fortfarande saknar en alltför hög andel i hemtjänst sådan utbildning, motsvarande var fjärde månadsanställd.
- Andelen av personalen som har högskoleutbildning är låg och ökar inte.
- Det råder nu i stort sett balans mellan tillgång och efterfrågan på personal inom vård och omsorg om äldre, men en betydande brist beräknas uppstå under 2020-talet.
- Äldre får inte den psykiatriska vård de behöver, och bristande läkemedelsanvändning leder fortsatt till att de förlorar i hälsa och livskvalitet. Vissa förbättringar har dock skett under de senaste åren.
- Fyra av tio äldre som bor i särskilt boende och som har hemtjänst tycker inte de har tillräckligt god tillgång till läkare.
- Äldre personer vistas längre tid på akutmottagningar vid sjukhus än den genomsnittliga patienten, och direktinläggningar av de mest sjuka äldre är ovanliga.
- De mest förekommande allvarliga missförhållandena enligt lex Sarah är ej utförda eller felaktigt utförda insatser, brister i bemötandet samt fysiska och ekonomiska övergrepp.

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen först utvecklingen av resurser för vården och omsorgen om äldre, därpå de anhörigas insatser och sedan följer ett avsnitt om kompetensförsörjning. Därefter presenterar vi några uppgifter som beskriver läget för och utvecklingen av kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Med äldre avser vi personer 65 år och äldre om inte någon annan åldersgrupp anges.

Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre beskrivs i kapitlet *Ekonomiska analyser*. Uppgifter om äldres tandhälsa finns i kapitlet *Tandvård och tandhälsa*. Även i kapitlen *Hälso- och sjukvård* och *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* finns vissa uppgifter om äldre personer.

Resurser för vård och omsorg

I det här avsnittet beskriver vi förändringar i de offentligt finansierade verksamheterna för vård och omsorg om äldre. Vi redovisar även omfattningen av anhörigas omsorg.

Oförändrad andel mest sjuka äldre

År 2011 uppfyllde 305 000 personer Socialstyrelsens kriterier för att tillhöra gruppen de mest sjuka äldre, vilket motsvarar 17 procent av befolkningen 65 år och äldre [1]. Andelen mest sjuka äldre har varit relativt stabil över tid men 2008 var andelen något högre. Mätningen för 2008 gjordes vid en annan tid på året, vilket kanske kan förklara den högre andelen.

År 2011 bodde 214 000 av de mest sjuka äldre (70 procent) i ordinärt boende (det vill säga inte i särskilt boende) och 91 000 (30 procent) i särskilt boende. Andelen i särskilt boende har minskat sedan 2007 då 34 procent bodde i sådant boende.

Tabell 7:1. Mest sjuka äldre, 65 år och äldre, i befolkningen. Antal och andel i procent för perioden 2007–2011, uppdelat på boendeform.

	Särskilt boende	Ordinärt boende	Totalt	Särskilt boende	Ordinärt boende	Totalt
	Antal (andel av total %)			Andel mest sjuka i befolkningen %		
2007	95 400 (34)	185 600 (66)	281 000 (100)	5,9	11,5	17,5
2008	94 100 (31,5)	204 900 (68,5)	299 000 (100)	5,7	12,4	18,2
2009*	IU	IU	IU	IU	IU	IU
2010	90 900 (30,6)	205 700 (69,4)	296 600 (100)	5,2	11,8	17,1
2011	90 900 (30)	214 300 (70)	305 100 (100)	5,1	12	17,1

*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009
Källa: Patientregistret, SoL-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

Fortsatt omstrukturering inom vård och omsorg

Totalt sett minskar andelen personer i den äldre befolkningen som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. När det gäller dem som får hemtjänst har visserligen antalet ökat, men inte andelen. Andelen i befolkningen som får hemtjänstinsatser är till exempel oförändrad sedan 2007, ungefär 12,4 procent, medan antalet har ökat med ungefär 20 000 personer under samma period. Samtidigt fortsätter andelen personer över 65 år som bor permanent i särskilt boende att minska, från 6,1 procent till 5,2 procent.

Det har även skett vissa förändringar i övriga insatser för äldre. Antalet äldre personer med beslut om korttidsboende har minskat med 1 100 personer, från 0,6 procent av befolkningen till 0,4 procent. Antalet personer med dagverksamhet har ökat något men andelen av befolkningen med sådan insats är oförändrad. Ytterligare 200 äldre personer har fått insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, under de senaste fem åren.

Tabell 7:2a. Antal personer i befolkningen, 65 år och äldre, med vissa insatser den 1 oktober, 2007–2011, avrundade värden.

	Insats			Övriga insatser		
	Hemtjänst* i ordinärt boende	Permanent särskilt boende	Totalt	Korttidsboende	Personlig assistans enligt LSS	Dagverksamhet
2007	198 900	97 500	296 000	8 900	300	10 600
2008	201 900	96 700	298 700	8 700	400	11 500
2009	205 700	95 400	301 000	8 500	400	IU
2010	211 000	93 980	304 900	8 100	500	11 500
2011	220 600	92 200	312 800	7 800	500	11 500

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

Källor: SoL-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

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

Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Tabell 7:2b. Andel (i procent) personer i befolkningen, 65 år och äldre med vissa insatser den 1 oktober, 2007–2011.

	Insats			Övriga insatser		
	Hemtjänst* i ordinärt boende	Permanent särskilt boende	Totalt	Korttidsboende	Personlig assistans enligt LSS	Dagverksamhet
2007	12,4	6,1	18,4	0,6	0	0,7
2008	12,3	5,9	18,2	0,5	0	0,7
2009	12,2	5,7	17,8	0,5	0	IU
2010	12,1	5,4	17,6	0,5	0	0,7
2011	12,4	5,2	17,5	0,4	0	0,6

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

Källor: SoL-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

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

Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Fler äldre får omfattande insatser från hemtjänsten

Antalet äldre som får omfattande insatser från hemtjänsten ökar. Samtidigt minskar antalet som har få timmar, det vill säga mellan det vill säga 1–10 timmar. År 2007 hade 53 500 personer beslut om 1–9 timmar hemtjänst per månad och 2012 var motsvarande antal 51 400, vilket alltså är en minskning med 2 100 personer. Antalet äldre med beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad har ökat från 52 400 till 59 100, det vill säga en ökning med 6 700 personer under samma tidsperiod.

Andelen av befolkningen som får hemtjänst inom de olika timintervallen är relativt oförändrad när vi ser till hela gruppen 65 år eller äldre. Detta beror på att det är många i åldergruppen 65–79 år som inte har någon insats alls, samtidigt som detta är en stor och växande grupp.

För personer som är 80 år eller äldre är det tydligare skillnader. I denna åldersgrupp har andelen personer med 25 timmars hemtjänst eller mer ökat

från 7,6 procent till 8,5 procent sedan 2007, vilket motsvarar en genomsnittlig ökningstakt på drygt 4 procent per år. Andelen som får 1–25 timmar hemtjänst per månad är dock oförändrad även i denna åldersgrupp.

En jämförelse av det minskade antalet personer i särskilt boende med det ökande antalet personer 65 år och äldre som får omfattande hemtjänst (25 timmar eller mer per månad) för perioden 2007 till 2011 visar att ökningen av antalet personer med hemtjänst (8 400) är större än minskningen av antalet personer i särskilt boende (drygt 5 000). Detsamma gäller för åldersgruppen 80 år och äldre. Det tyder på att utbyggnaden av hemtjänsten och koncentrationen av dess resurser till dem som har störst omsorgsbehov under denna period tycks kompensera den begränsning av vården och omsorgen som skett genom minskningen av antalet personer i särskilt boende. Detta säger dock inget om kvaliteten i vården och omsorgen i respektive typ av boende. Vi återkommer till denna fråga längre fram.

Tabell 7:3. Antal personer och andel (procent) av befolkningen 65 år och äldre med hemtjänst, inom intervallen 1–9, 10–25 och 25 eller fler hemtjänsttimmar per månad.

Antal timmar		2007	2008	2010	2011	2012*	Skillnad i antal (2007–2012)
1–9**	Antal	53 500	53 800	52 000	52 000	51 400	-2 100
	Andel	3,3	3,3	3,0	2,9	2,9	
10–25	Antal	30 300	30 400	32 800	31 300	31 700	+1 400
	Andel	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	
25–	Antal	52 400	51 500	59 300	59 100	60 800	+8 400
	Andel	3,3	3,1	3,4	3,3	3,4	

* Beräknat på 2011 års folkmängd. När denna rapport skrivs är inte folkmängden för 2012 fastställd.

** Genom att utesluta personer som har 0 timmar i insats exkluderas personer som enbart har trygghetslarm, matdistribution eller snöröjning, men även personer som beviljats en insats som ännu inte börjat verkställas.

Källa: Socialstyrelsens officiella statistik (individstatistik) för åren 2008–2012 samt Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik. Beräkningen av andel i procent av personer i befolkningen som är 65 år eller äldre har gjorts med befolkningsciffran 65 + den 31 december för respektive år som ligger närmast mättilfället för statistiken. För 2008 gäller statistiken den 1 juni. Därför har beräkningen gjorts med befolkningsstatistik för både 2007 och 2008, och därav intervallet 3,3–3,2.

Den långsiktiga trenden har fortsatt de senaste fem åren med en koncentration av hemtjänstens resurser till äldre personer med omfattande behov av hjälp (tabell 7:3). Frågan är om de äldre som tidigare fick få timmar av hemtjänsten, får hjälp på annat sätt i dag. Den frågan är utgångspunkten när vi i nästa avsnitt beskriver utvecklingen av de anhörigas insatser och skattesubventionerade servicetjänster till äldre, så kallade RUT-tjänster.

Anhörigvårdens omfattning ökar

Barn till äldre personer har inte någon laglig skyldighet att ta hand om sina föräldrar. När det gäller makar begränsas deras skyldigheter gentemot

varandra till att ha ett gemensamt ansvar för ekonomi och skötsel av hemmet. Den offentliga omsorgen om äldre kan därför inte förlita sig på anhöriga, även om anhöriga ofta ställer upp. När enskilda äldre bedöms ha behov av stöd och hjälp och så önskar ska alltså socialtjänsten ge den, enligt gällande bestämmelser.

Var fjärde person i åldersgruppen 16–84 år hjälper någon annan person, oberoende av ålder. Andelen beskrivs som relativt konstant under de senaste 20 åren medan hjälpens omfattning i timmar räknat har ökat över tid. Detta innebär att de som ger hjälp ger alltmer hjälp [2].

Socialstyrelsen har under 2012 genomfört en befolkningsstudie om anhöriga som ger omsorg [3]. Totalt 15 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre ombads fylla i en enkät under våren 2012. Ungefär hälften av dem svarade. Bortfallets storlek och det faktum att vi har gjort beräkningarna på ett urval personer innebär att samtliga resultat bör tolkas med en viss försiktighet.

Socialstyrelsen har bearbetat uppgifterna från undersökningen genom att avgränsa materialet till de anhöriga som hjälper personer som är 65 år eller äldre. Bearbetningen visar att cirka 870 000 personer kontinuerligt ger vård, hjälp eller stöd till en äldre anhörig. Drygt hälften av dem är vuxna barn som hjälper en förälder. Av dessa var 57 procent döttrar och 43 procent söner. Knappt var femte av de 870 000 personerna är maka eller make, och i den gruppen framkommer ingen könsskillnad. Däremot är det vanligare att män tar emot hjälp från sin maka, eftersom det är vanligare att äldre kvinnor är ensamstående.

De som står för de mest omfattande insatserna i tid räknat är de äldre makarna. Cirka var tredje make eller maka ger 30 timmar eller mer omsorg i veckan, det vill säga tid som motsvarar nästan en ordinär arbetsvecka. Bland de vuxna barnen är det cirka var tionde som ger omsorg 11 timmar eller mer per vecka, det vill säga motsvarande nästan en och en halv arbetsdag eller mer per vecka. Intressant ur ett genusperspektiv är att bland de vuxna barn som ger omfattande insatser – 11 timmar eller mer per vecka – så är andelen döttrar cirka 60 procent, och bland dem som ger 30 timmar eller mer är andelen döttrar ännu högre. Bland dem som ger mindre än 11 timmar per vecka är andelen kvinnor cirka 55 procent.

Anhörigas insatser har en bredare karaktär än det stöd och hjälp äldre kan få via äldreomsorgen. Vanligast är att anhöriga ger praktisk hjälp i form av transporter eller ledsagning, hjälper i bostaden eller trädgården, gör bank- och postärenden och umgås med den äldre. Lite mindre vanligt är att de hjälper till med inköp, har kontakt med vård och omsorg, ser till den äldre och hjälper till med hans eller hennes personliga omvårdnad. Det minst vanliga är att de anhöriga stödjer den äldre ekonomiskt.

Anhörigvård begränsar utbudet av arbetskraft

En klar majoritet av de anhöriga uppger att deras insatser inte påverkar dem negativt. Bland de vuxna barnen anger dock cirka var femte att de upplever sitt engagemang som psykiskt påfrestande. Vidare är det cirka 50 000 av dem som anger att deras engagemang har påverkat deras möjligheter att arbeta. Det handlar om att de går ner i arbetstid, helt slutar att arbeta, är

sjukskrivna eller har svårigheter att få ett arbete. Här finns en tydlig könskillnad, eftersom nära 75 procent av de vuxna barnen som anger att deras engagemang påverkar deras möjlighet att arbeta är kvinnor.

Bland de äldre makarna upplever cirka var fjärde psykisk påfrestning. Därutöver anger cirka var femte att deras insatser innebär en fysisk påfrestning. Det är vanligare bland makar att kvinnor uppger att de upplever fysisk påfrestning än att män gör det.

Något fler anhöriga anger att de har huvudansvaret och inte kommunen, medan en klar majoritet av de anhöriga – på frågan om hur det borde vara – svarar att kommunen borde ha huvudansvaret. Den offentliga omsorgen om äldre tycks inte leva upp till den förväntan som många anhöriga bär på om att den ska ha ett huvudansvar för omsorgen.

En person som förvärvsarbetar kan få närståendepenning för att vårda en närstående person som är svårt sjuk. Ersättningen betalas ut sammanlagt högst 100 dagar för förvärvsarbetande personer som ger vård till en viss närstående person. År 2011 var det 7 700 personer som var 65 år eller äldre som fick vård av en närstående som hade närståendepenning. Detta var en ökning med cirka 2 000 personer från 2007 (uppgifter från Försäkringskassan).

Otillräcklig information om stöd till anhöriga

Sedan 2009 finns det en bestämmelse, 5 kap. 10 § i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, om att kommunerna ska erbjuda stöd till en person som vårdar eller stödjer någon som är långvarigt sjuk, äldre eller har en funktionsnedsättning. Trots sina stora och omfattande insatser är det inte mer än var tjugonde anhörig som uppger att de har anhörigstöd. Var tionde skulle dock vilja ha sådant stöd. En av flera möjliga förklaringar till varför så få anhöriga har stöd kan vara att tre av fyra inte känner till bestämmelsen om att kommunen är skyldiga att erbjuda dem detta stöd. Därmed begränsas deras efterfrågan på anhörigstöd.

Under året har Socialstyrelsen genomfört en undersökning i landets kommuner om hur de tillämpar bestämmelsen om att de ska erbjuda anhöriga stöd. I denna undersökning redovisar 200 kommuner att det finns någon form av hinder för att tillämpa bestämmelsen om stöd till äldre personers anhöriga. Det vanligaste hindret, som cirka hälften av kommunerna lyfter fram, är att de har svårt att hitta anhöriga som behöver stöd [4].

Kraftig ökning av antalet äldre med RUT-tjänster

Det så kallade RUT-avdraget infördes 2006 och innebär att man får göra skatteavdrag om högst 50 000 kronor per år för tjänster som städning, tvätt, fönsterputsning och enklare trädgårdarbete. Avdrag kan även göras för hjälp av omsorgskaraktär, som till exempel hjälp med personlig hygien och på- och avklädning.

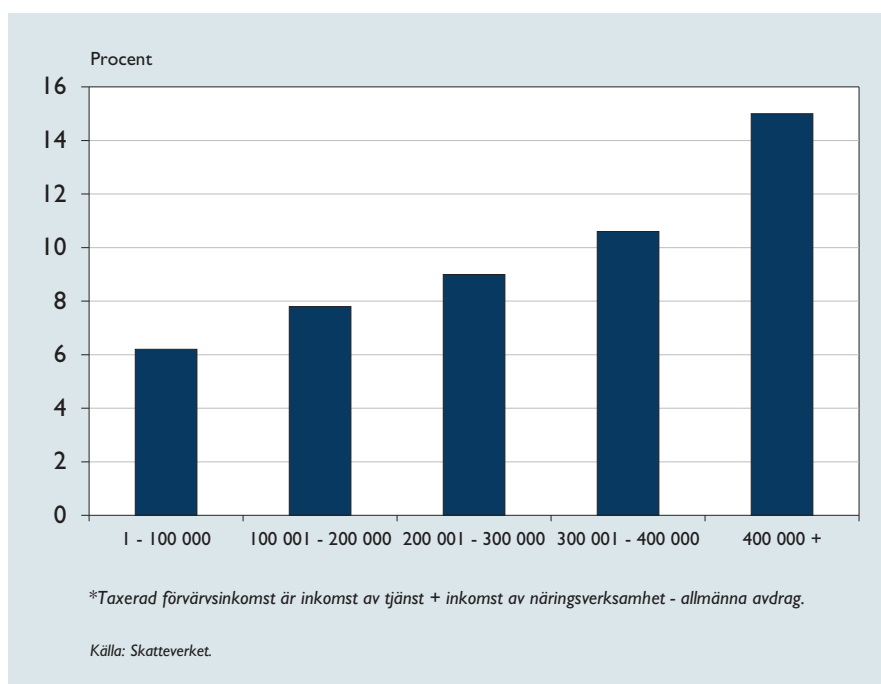
Användningen av RUT-tjänster har ökat kraftigt bland äldre personer. Under 2008 var det drygt 29 000 personer som var 65 år och äldre som gjorde RUT-avdrag, och 2011 hade antalet ökat till över 148 000 personer.

Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) är ensamstående kvinnor över 85 år bland de vanligaste användarna av RUT-tjänster [5].

Möjligheten att köpa skattesubventionerade servicetjänster, som exempelvis städning och tvätt, skulle kunna fungera som ett alternativ till små insatser, det vill säga få timmar, av hemtjänst. Socialstyrelsens rapport *Behovsbarometern – äldre* bygger på telefonintervjuer med personer 80 år och äldre utan äldreomsorg. Enligt intervjuerna är det nästan lika vanligt att dessa äldre använder privat städhjälp som att de får hjälp med städning via familjen. Att köpa privat städhjälp innebär alltså en möjlighet att göra RUT-avdrag. Den vanligaste tjänsten som äldre köper vid sidan av städning är så kallade praktiska småtjänster, som bland annat kan vara hjälp med snöskottning och gräsklippning [6].

Under perioden 2008–2011 minskade antalet äldre personer med 1–9 timmars hemtjänst per vecka med cirka 2 100 personer. Under samma tid ökade antalet personer över 65 år som använde RUT-tjänster med cirka 120 000 personer (diagram 7:1). Socialstyrelsen vet dock inte om det är de äldre personer som annars skulle ha fått hemtjänst som nu använder RUT-tjänster. Däremot går det att visa på skillnader i användningen som är knutna till hur stor inkomst de äldre har och till var de bor.

Diagram 7:1. Andelen personer 65 år och äldre som har gjort RUT-avdrag efter taxerad förvärvsinkomst*, 2011.



Det är vanligare att äldre med höga inkomster köper RUT-tjänster jämfört med äldre med låga inkomster. De förra gör också större avdrag per person.

För att pensionärer ska kunna göra fullt RUT-avdrag krävs att de har en årsinkomst på 204 000 kronor. Detta hade 38 procent av personerna över 65 år under inkomståret 2010. Av de äldre kvinnorna var det dock endast 23 procent som kunde göra fullt RUT-avdrag under detta år.

Tabell 7:4. Andel i procent av befolkningen 65 år och äldre som gjorde RUT-avdrag 2011, i ett urval kommuner med låg respektive hög medelinkomst samt i Västerbottens och Skåne län.

Kommuner/län som utmärks av:			
Låg medelinkomst och/eller glesbygd		Hög medelinkomst och/eller tät befolkning	
Kommun	Andel i befolkningen 65+ som beviljades skatteavdrag (%)	Kommun	Andel i befolkningen 65+ som beviljades skatteavdrag (%)
Västerbottens län	5,3	Skåne län	8,4
Övertorneå	2,3	Danderyd	20,5
Årjäng	6,0	Lidingö	16,4
Åsele	3,6	Täby	13,1
Högsby	5,7	Nacka	11,1
Dals-Ed	4,5	Vellinge	14,6
Mellerud	4,2	Stockholm	11,4

Källa: Antal personer som gjort RUT-avdrag kommunvis för 2011 från Skatteverket, samt befolkningsstatistik från SCB.

De kraftigt ökande RUT-avdragen används alltså mest av äldre med höga inkomster och i tätbefolkade delar av landet (tabell 7:4). Flertalet äldre personer har dock för låga inkomster för att kunna använda RUT-avdraget fullt ut.

Slutenvården ökar för de allra äldsta

Gruppen av personer som är 80 år och äldre hade sammanlagt 263 000 vårdtillfällen vid sjukhus år 2007 och 279 000 vårdtillfällen år 2011. Samtidigt har det även skett en viss ökning i antalet unika personer i åldersgruppen som läggs in på sjukhus. Detta kan vara ett tecken på att antalet personer som upprepat skrivs in för slutenvård på sjukhus i stort sett är oförändrat. De genomsnittliga förändringarna är dock små, och därför är slutsatserna osäkra. I kapitlet om hälso- och sjukvård beskriver vi slutenvårdens utveckling för hela befolkningen.

Tabell 7:5 Antal vårdtillfällen vid sjukhus och andel personer i befolkningen som slutenvårdats under åren 2007–2011 i olika åldersgrupper. Ålderstandardiserade värden.

	2007	2008	2009	2010	2011
Antal vårdtillfällen vid sjukhus					
65–79 år	320 900	326 700	336 000	345 800	355 000
80 år eller äldre*	263 100	267 100	269 800	275 000	278 800
Andel i befolkningen som fått slutenvård vid sjukhus (%)					
65–79 år	17,6	17,5	17,5	17,5	17,4
80 år eller äldre*	32,5	32,7	32,7	33,0	33,1

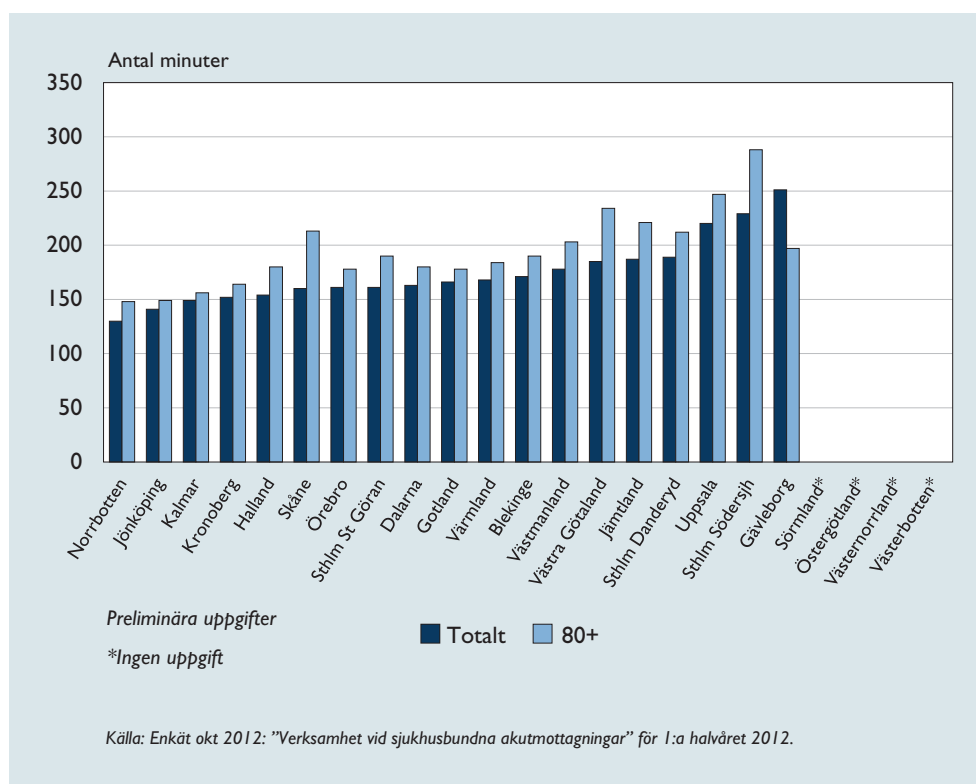
* Signifikant ökning över perioden.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Stora skillnader i äldres vistelsetid på akuten

Under hösten 2012 har Socialstyrelsen kartlagt verksamheten vid landets sjukhusbundna akutmottagningar. Andelen som besöker en akutmottagning ökar kraftigt med åldern och är tre gånger högre för personer som är 90 år och äldre jämfört med dem som är 60–69 år gamla.

Den totala vistelsetiden räknas från det att en patient anländer till mottagningen till dess att hon eller han lämnar den. Medianvistelsetiden för personer som är 80 år och äldre var närmare 190 minuter jämfört med drygt 170 minuter för samtliga åldrar (diagram 7:2). Medianvistelsetiden för personer över 80 år varierar dock från som lägst 150 minuter i Norrbottens läns landsting till 250 minuter i Uppsala län och som högst nästan 300 minuter vid Södersjukhuset i Stockholms län. Vistelsetiden är längre för personer som är 80 år och äldre än för andra åldersgrupper i samtliga landsting som lämnat uppgifter, förutom i Gävleborgs län. Det är dessutom en betydligt högre andel av de äldre patienterna som skrivs in i slutenvård i samband med besöket på akutmottagningen, jämfört med patienter i samtliga åldrar.

Diagram 7:2. Total vistelsetid (i minuter) vid sjukhusbundna akutmottagningar i vissa landsting²², under första halvåret 2012, för hela befolkningen och för personer 80 år och äldre.



För att undvika långa vistelsetider på akutmottagningar har direktinläggningar och andra former av så kallade snabbspår utvecklats. Dessa innebär att patienten diagnostiseras innan besöket på akutmottagningen eller tidigt

²² Kartläggningen är pågående och kommer att slutredovisas i april 2013. I denna rapport redovisas preliminära uppgifter där vissa landsting ännu inte hunnit lämna in uppgifter.

vid ankomsten, för att sedan slussas vidare till den undersökning, behandling eller vård som är lämplig. Mellan 70 och 80 procent av mottagningarna har ett snabbspår för stroke, höftfraktur och ballongvidgning vid förträngning i hjärtats kranskärl, medan drygt 20 procent av de svarande akutmottagningarna har snabbspår för de mest sjuka äldre.

Omfattande hjälp i hemmet – räcker den?

Som vi har visat fortsätter utvecklingen mot att en allt mindre andel äldre personer bor permanent i särskilt boende och att färre beviljas korttidsboende. Medelvårdtiderna i sluten hälso- och sjukvård har också minskat samtidigt som antalet vårdtillfällen vid sjukhus bland personer 80 år och äldre ökat något. Mellan åren 2007 och 2011 minskade antalet geriatriska vårdplatser med 250 till drygt 2 000 [7]. De senaste åren har också överbeläggningar på sjukhuskliniker blivit vanligare [8]. Även besökstrycket på akutmottagningar på sjukhus är stort. Personer som är 80 år och äldre får i genomsnitt vänta längre på en akutmottagning än samtliga andra besökare.

Under perioden 2007–2011 fick allt fler äldre omfattande hemtjänst. En ökad andel får hjälp med enbart omvårdnad, medan andelen som får service eller både service och omvårdnad är oförändrad. Omfattningen av den avancerade hemsjukvården är svår att följa över tid. Det vi kan se är att kostnaderna för hemsjukvård inom den specialiserade somatiska vården ökade med 17 procent mellan 2007 och 2011 enligt räkenskapsammandraget, vilket tyder på att fler har fått avancerad hemsjukvård. Antalet platser i palliativ hemsjukvård ökade från cirka 2 610 till 3 160 platser.

En återkommande frågeställning i Socialstyrelsens lägesrapporter är vilka effekter den beskrivna omstruktureringen från särskilt boende till hemtjänst får på kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsen har i en tidigare rapport redovisat att det oftare finns brister i läkemedelsförskrivningen för äldre i ordinärt boende än för dem som bor i särskilt boende [9]. Våra tidigare opublicerade bearbetningar av hälsodataregistren och kvalitetsregistret Riks-Höft visar vidare att de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende i mindre omfattning får slutenvård vid sjukhus och enligt våra bearbetningar av patientregistret och Riks-Höft har de något kortare väntetid till operation efter en höftfraktur. I denna rapport visar vi att det är färre äldre i särskilt boende som uppger att de har svårt att komma i kontakt med en sjuksköterska jämfört med dem som får hemtjänst i ordinärt boende. Äldre i särskilt boende besväras också mindre av ensamhet än äldre i ordinärt boende. För personer i gruppen mest sjuka äldre är risken för självmord mycket lägre i särskilt boende än i ordinärt boende. Dessutom är andelen undersköterskor och vårdbiträden som har rätt yrkeskompetens för sitt arbete högre i särskilt boende än i hemtjänst.

Jämförelserna mellan vård och omsorg i särskilt boende och i ordinärt boende måste tolkas med försiktighet eftersom det genomsnittliga funktionstillståndet är bättre hos äldre som får hemtjänst eller hemsjukvård än hos dem som bor i särskilt boende. I särskilda boenden finns det även betydligt större andel personer med demenssjukdom [1].

Fler äldre bör få avancerad hemsjukvård

En allt större andel av de äldre med omfattande och komplexa behov av vård och omsorg får denna i ordinärt boende. För att kunna utföra dessa insatser med god kvalitet behöver primärvård och äldreomsorg utvecklas. Det gäller exempelvis att utveckla former för att identifiera högriskpersoner och samordnad individuell vård- och omsorgsplanering. Men också utveckling av multiprofessionella team, strukturerad samverkan, ökad tillgänglighet och särskilda samordningsfunktioner. Den avancerade hemsjukvården präglas till stor del av dessa egenskaper, men fler äldre behöver få del av den vård som hemsjukvården erbjuder [10, 11].

Hemtjänsten har en viktig uppgift i att ge omsorg med god tillgänglighet, hög kompetens och god personalkontinuitet för att ge äldre med omfattande och komplexa behov den trygghet och säkerhet som de behöver. De senaste åren har valfrihetssystem införts inom hemtjänsten. Vid slutet av 2011 hade 104 kommuner infört detta och ytterligare 61 planerade att införa ett sådant system [12]. Socialstyrelsens uppföljningar av valfrihetssystemet inom hemtjänsten visar att flertalet äldre har en positiv inställning till möjligheten att välja utförare. Det är emellertid relativt få som faktiskt använder sig av möjligheten. I storstadsområden och större kommuner har valfrihetssystemet inneburit att antalet utförare har ökat, ibland påtagligt. Åtaganden har ibland delats upp, så att delar av hemtjänsten utförs av olika utförare. Samtidigt har valfrihetssystemet även införts inom primärvården, med ibland motsvarande ökning av antalet aktörer. Detta skapar nya utmaningar för att få till stånd den nödvändiga samordning i planeringen och genomförandet av vården och omsorgen som är så viktig för de mest sjuka äldre.

I regeringens överenskommelser för åren 2012 och 2013 med Sveriges Kommuner och Landsting om satsning på sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre ställs ett grundkrav om att det i varje län ska finnas en aktuell handlingsplan för förbättringar inom vård och omsorg. Vidare utgår prestationsersättning till huvudmännen för en minskning av undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar.

Socialstyrelsens bedömning är att huvudmännen för primärvård och äldreomsorg fortsatt bör kartlägga, analysera och systematiskt genomföra förbättringar i stödet till äldre personer som bor i ordinärt boende och som har komplexa tillstånd och omfattande hjälpbehov. En utgångspunkt bör vara att de kvaliteter som den avancerade hemsjukvården präglas av bör kunna erbjudas till fler äldre personer. Samtidigt är det viktigt att alla äldre som har stora behov av vård och omsorg och som vill få hjälpen i ett särskilt boende också ges reell möjlighet att flytta till ett sådant. I vissa situationer, särskilt när den äldre personen har nedsatta kognitiva förmågor, är inte vård och omsorg i ordinärt boende ett reellt alternativ.

Kompetensförsörjning

I detta avsnitt beskriver vi utvecklingen av personalresurserna och personalens yrkeskompetens. Balansen mellan den långsiktigt beräknade tillgången och efterfrågan på personal tas också upp.

Antalet anställda minskar

Antalet månadsanställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre har minskat med 14 500 personer de senaste fem åren. Under perioden 2007 till 2011 har en allt större andel av den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre utförts av enskilda utförare. År 2011 svarade de för 20 procent av hemtjänst och särskilt boende. När de enskilda utförarnas månadsanställda läggs samman med de kommunala utförarnas månadsanställda kvarstår en minskning motsvarande 6 procent under perioden 2007 till 2011.

För de äldre som behöver vård och omsorg är det mer intressant att veta hur mycket personaltid som finns i verksamheterna än hur många anställda som finns. Personaltiden kan uttryckas i antal årsarbeten, vilket innebär att personal med olika sysselsättningsgrad räknats om till heltidstjänster. I Socialstyrelsens beräkningar har vi räknat bort personal som är frånvarande mer än 30 dagar och lagt till timanställda. Som framgår av nedanstående tabell 7:6 har antalet årsarbeten i stort sett varit oförändrat de senaste fem åren.

Tabell 7:6. Antal anställda samt antal årsarbeten inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre, åren 2007–2011.

Anställningsform		2007	2008	2009	2010	2011
Kommunanställda*	Månadsanställda	162 900	160 800	155 400	149 400	148 400
	Timanställda	43 400	42 400	41 400	42 900	43 400
Anställda hos enskilda utförare**	Månadsanställda	26 400	24 900	26 400	27 900	29 700
	Timanställda	6 900	6 600	7 000	8 000	8 700
Totalt antal anställda		239 600	234 700	230 200	228 200	230 200
Antal årsarbeten, exkl. långtidsfrånvaro***		163 100	162 400	161 800	163 900	161 400

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

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

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

Källa: Personalstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting.

Ett sätt att visa personalresurser i förhållande till antalet äldre som får insatser är att sätta antalet årsarbeten i förhållande till antalet personer som bor permanent i särskilt boende eller får hemtjänst eller personlig assistans. År 2007 var denna genomsnittliga personalinsats 0,53 årsarbeten per äldre person med insatser, och 2011 var insatsen något lägre, 0,5 årsarbeten.

Oförändrad andel personal med högre utbildning

Kommunernas vård och omsorg karaktäriseras av att merparten av personalen endast har gymnasial utbildning och att en mindre del har eftergymnasial utbildning. Den pågående generationsväxlingen i personalen kan förväntas innebära att en allt större andel av personalen har eftergymnasial utbildning, eftersom sådan utbildning är vanligare i lägre åldrar.

Vår jämförelse mellan åren 2007 och 2011 visar att det inte har skett några förändringar i sammansättningen av personalen när det gäller utbildningsnivå, förutom att tillgången till sjukgymnastkompetens har ökat (tabell 7:7). Bortsett från den yrkesgruppen har ökningen varit likartad inom alla yrkesgrupper, både de yrkesgrupper som kräver eftergymnasial utbildning och de som kräver gymnasial utbildning. Andelen personal med eftergymnasial utbildning är båda åren knappt 13 procent. Det finns även andra yrkeskategorier inom vård och omsorg (i kategorin *övriga personalkategorier* i tabell 7:7 nedan) som vi dock inte tagit med här.

Fortfarande är den helt dominerande yrkesgruppen vårdbiträden och undersköterskor. Den pågående generationsväxlingen har ännu inte lett till att den låga andelen personal i yrken som kräver eftergymnasial utbildning förändrats, jämfört med likartade verksamhetsområden.

Tabell 7:7. Antalet årsarbeten fördelat på vissa yrkeskategorier i den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre åren 2007 och 2011.

Yrkesgrupp	2007	2011	Förändring 2007–2011 absoluta tal	Förändring 2007–2011 (%)
Ledningsarbete	5 774	5 728	-46	-0,7
Sjuksköterskor	7 746	7 706	-40	-0,5
Arbetssterapeut	1 846	1 870	+24	+1,3
Sjukgymnast	1 010	1 121	+111	+11,0
Undersköterska/vårdbiträde	126 802	127 026	+224	+0,1
Övriga personalkategorier	29 060	27 682	-1 378	-4,7

Antalet anställda inkluderar långtidslediga och sjukskrivna.

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

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

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

Källa: Personalstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen har under de tre somrarna 2010–2012 genomfört oanmäld tillsyn på totalt 104 korttidsboenden och demensboenden. Den samman-

tagna bedömningen är att antalet sjuksköterskor under dessa tre år har legat på samma nivå, vilket alltså ligger i linje med de uppgifter för hela landet som finns i tabell 7:7 ovan. Socialstyrelsens bedömning av sjuksköterskebemanningen i de inspekterade särskilda boendena är att den var otillräcklig i omkring en femtedel av boendena.

Ett anmärkningsvärt resultat från Socialstyrelsens tillsyn är att många verksamheter fortfarande saknar ett system för att systematiskt kontrollera bemanningen. Närmare hälften av verksamheterna hade dessutom inte gjort någon riskanalys av patientsäkerheten inför sommarsemestrarna.

Alltför lite gerontologi och geriatrik i utbildningarna

Av all hälso- och sjukvård och socialtjänst som utförs går 44 procent till personer som är 65 år och äldre. Denna andel förväntas öka påtagligt under 2020-talet eftersom antalet personer som är över 80 år beräknas öka mycket kraftigt.

Medborgarna i höga åldrar blir alltså allt fler, och de har inte sällan omfattande och sammansatta behov av vård och omsorg. För att kunna ge hälso- och sjukvård och socialtjänst som är utformad efter dessa personers behov och förutsättningar krävs stora satsningar på utbildning och kompetensutveckling. Oberoende av hur man organiserar vården och omsorgen är det nödvändigt att ge bättre förutsättningar för personalen att få del av gerontologiska och geriatriska kunskaper och färdigheter. Detta gäller såväl nu anställd personal som de som framöver rekryteras till vården och omsorgen.

Socialstyrelsen har visat att endast 1,6 procent av de sjuksköterskor som är verksamma inom den kommunala vården har specialistutbildning inom äldrevård [13]. När det gäller läkare är antalet geriatriska specialister cirka 500 i landet, ett antal som i stort sett har varit oförändrat mellan åren 2007 och 2010 [14].

Samtliga grundutbildningar som förbereder för yrkesarbete inom vård och omsorg behöver ökade inslag av geriatriska och gerontologiska kunskapsmoment. Eftersom yrkesförberedande utbildningar är utformade för att förbereda för arbete inom olika verksamheter och med olika målgrupper måste dock fördjupningen ske i specialistutbildningar och vidareutbildningar. Socialstyrelsen anser det angeläget att öka andelen sjuksköterskor med specialistutbildning inom vården och omsorgen om äldre, liksom andelen med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi. Detsamma gäller för socionomutbildningen som i dag är alltför generell.

Huvudmännen har ansvaret för att bidra till det verksamhetsnära lärandet och personalens vidareutbildning. Dessutom ansvarar de för att tillsätta ST-tjänster i geriatrik för att säkerställa att de har tillräcklig tillgång till specialistläkare i geriatrik. Det är också huvudmännens ansvar att se till att personalen får använda sin yrkeskompetens och utvecklas i sitt arbete. Hur antalet specialistutbildade sjuksköterskor i vården av äldre ska bli betydligt fler än för närvarande är en fråga som bör behandlas med förtur i en generell satsning på att utöka de geriatriska och gerontologiska momenten i eftergymnasiala utbildningar med inriktning mot arbete inom hälso- och sjukvård och socialtjänst [13].

Många har fått värdegrundsutbildning

Den 1 januari 2010 infördes den nationella värdegrunden i socialtjänstlagen. Med anledning av den pågår det omfattande aktiviteter inom äldreomsorgen.

Det bedrivs bland annat en omfattande kompetensutveckling som är nära knuten till det dagliga arbetet med äldre. I studiecirkelform och under enhetsmöten diskuteras vardagsnära frågor, till exempel gott bemötande, hur trygghet och meningsfullhet skapas och hur personalen kan bli bättre på att lyssna till de äldre och ta till vara deras vilja och önskemål.

Under 2012 har dessutom 1 900 chefer inom äldreomsorgen genomgått högskoleutbildningen ”Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen”. Under vårterminen representerade deltagarna cirka 180 av landets 290 kommuner. Utbildningen är på 7,5 högskolepoäng och ger utöver kunskap om den nationella värdegrunden även kunskap om hur man förmedlar kunskap, teorier om etik och humanism och hur en förändringsprocess kan utformas med stöd av den nationella värdegrunden. Vidare har cirka 200 chefer under hösten påbörjat en fördjupningsutbildning, som ska skapa förutsättningar för enhetschefer att arbeta med värdegrundsfrågor i sina verksamheter.

Under året har även drygt 164 kommuner fått del av ett stimulansbidrag för att utbilda värdegrundsledare eller socialt ansvariga samordnare för att stödja värdegrundsarbetet i personalgrupperna.

Var fjärde anställd i hemtjänst saknar yrkesförberedande utbildning

Socialstyrelsen har i allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre preciserat vad vårdbiträden, undersköterskor och motsvarande vad man minst bör kunna. I de allmänna råden redovisas inom tolv områden vilka kunskaper och förmågor personalen bör ha. Vår bedömning är att individer kan tillägna sig dessa kunskaper och förmågor inom gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller genom motsvarande utbildning, genom 1 100 poäng i programgemensamma kurser i karaktärsämnen och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik. Personalen bör även få tillräckliga kunskaper för att kunna förstå, tala, läsa och skriva svenska språket. För att belysa tidsåtgången för att tillägna sig dessa poäng kan nämnas att 20 poäng i gymnasial utbildning motsvarar en veckas heltidsstudier.

Regeringen ger genom det så kallade Omvårdnadslyftet stöd till kommuner och enskilda utförare som genom de ovan nämnda kurserna ger fler medarbetare grundläggande kompetens, men även fördjupad kompetens för specialiserade uppgifter. Under 2012 har Socialstyrelsen förmedlat 244 miljoner kronor till kommunerna inom Omvårdnadslyftet.

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

Socialstyrelsens bearbetning av dessa uppgifter visar att andelen personal i särskilt boende som har en sådan yrkesförberedande utbildning har ökat från 74 till 83 procent mellan åren 2007 och 2012 (tabell 7:8). För personal i hemtjänst finns motsvarande uppgifter bara för åren 2009 till 2012. Även här har andelen med sådan utbildning ökat, från 67 till 75 procent.

En jämförelse mellan kommunalt och enskilt utförd verksamhet visar att andelen undersköterskor och vårdbiträden som har yrkesförberedande utbildning är lägre i enskild verksamhet. Detta gäller i synnerhet inom hemtjänst, där endast 63 procent av de månadsanställda hade yrkesförberedande utbildning 2012 jämfört med 77 procent i kommunal verksamhet.

Tabell 7:8. Andel (i procent) av månadsanställda undersköterskor och vårdbiträden inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre som har yrkesförberedande utbildning, fördelat på kommunal och enskild drift. Åren 2007–2012.

Verksamhet	Driftform	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hemtjänst	Kommunal	*	*	69	72	75	77
	Enskild	*	*	52	60	66	63
	Total	*	*	67	71	74	75
Särskilt boende	Kommunal	73	76	77	80	81	84
	Enskild	74	75	73	77	79	82
	Total	74	76	77	80	81	83

* Uppgift saknas.

Uppgifterna bygger på bearbetning av grunddata som samlats in för redovisning i Äldreguiden och inkluderar även små enheter som inte publiceras i Äldreguiden.

Uppgifterna i tabellen avser endast månadsanställd personal. Cirka 23 procent av den kommunalt finansierade vården och omsorgen utförs dock av timavlönad personal (tabell 7:6 ovan). Bland dessa är andelen med yrkesförberedande utbildning lägre än bland månadsanställda. Andelen timanställda skiftar beroende på typ av utförare. Hos enskilda utförare inom hemtjänst är andelen 34 procent att jämföra med 15 procent hos kommunala utförare [15]. Andelen av samtliga vårdbiträden och undersköterskor, oberoende av anställningsform, som har yrkesförberedande utbildning är alltså lägre än i tabellen ovan. Det gäller i synnerhet för enskilt utförd hemtjänst där det finns ett stort antal timanställda.

Allt fler äldre med sammansatta och omfattande behov får sin hjälp i ordinarie boende, genom hemtjänst och hemsjukvård. För att kunna ge insatser av god kvalitet i hemmen anser Socialstyrelsen att det krävs att undersköterskor och vårdbiträden åtminstone har grundläggande yrkesförberedande utbildning för sitt arbete. Socialstyrelsen kan därför konstatera att fler undersköterskor och vårdbiträden därför behöver en sådan utbildning.

En allt högre andel av hemtjänsten utförs av enskilda utförare, som har en betydligt lägre andel utbildade månadsanställda och en avsevärt högre andel timanställda. Arbete i äldre personers hem är ofta ett ensamarbete, vilket ytterligare understryker vikten av god kompetens hos personalen.

Sommarvikarier får som regel introduktion

Socialstyrelsens tillsyn under tidigare år har visat på stora brister i särskilda boenden för äldre, inte minst i fråga om bemanning och kompetens. Under sommarmånaderna är ett stort antal av dessa verksamheter mer sårbara på grund av den ordinarie personalens semesterar. För att säkerställa vården och omsorgen ska den som bedriver verksamheten därför se till att vikarierna har tillräcklig kompetens för sina uppgifter och att de får introduktion, stöd och tillräcklig information.

Vid Socialstyrelsens genomförda inspektioner under 2010 och 2011 framkom det att vikarierna alltid får introduktion i arbetet. Som regel erbjuds de en dag med teori i form av information om till exempel rutiner, lagstiftning och lyftteknik samt en genomgång av de äldres behov. Utöver detta lär sig vikarierna det praktiska arbetet genom att gå bredvid en ordinarie personal i allt från några dagar upp till en vecka beroende på tidigare kompetens och erfarenhet.

Vid inspektionerna under 2010 och 2011 framkom det dock att introduktionen inte alltid var tillräcklig. På flera demensboenden var den till exempel inte anpassad till de specifika behov som personer med demenssjukdomar har. I vissa verksamheter var inte heller handledningen tillräcklig. Under 2012 års tillsyn framkom det däremot inga sådana uppgifter, utan snarare framkom det att vikarierna ansåg sig ha fått både tillräcklig och anpassad introduktion. Likaså fanns det tillräckligt stöd och handledning.

I övrigt kan Socialstyrelsen konstatera att tidigare års iakttagelser kvarstår när det gäller de rehabiliterande insatserna för de äldre. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter ersätts sällan med vikarier under sommarperioden, i stället utgår utförarna från att vårdbiträden och undersköterskor utför dessa arbetsuppgifter på bästa sätt.

Betydande personalbrist på 2020-talet

För att klara kompetensförsörjningen krävs god tillgång till yrkeskompetent personal som motsvarar efterfrågan, på både kort och lång sikt.

För närvarande råder balans mellan tillgång och efterfrågan på undersköterskor och vårdbiträden. Däremot råder det brist på yrkeserfarna sjuksköterskor och i synnerhet specialistutbildade sjuksköterskor inom äldre-vård. Också när det gäller läkare finns det en brist, men den varierar mellan olika regioner och mellan olika specialiseringar [16,17].

Socialstyrelsens tillsyn påpekar att det är en stor utmaning för verksamheterna att rekrytera vikarier med rätt utbildning och erfarenhet inför semesterperioden under sommaren. Det är ofta svårt att rekrytera sjuksköterskor och även undersköterskor och vårdbiträden, särskilt i glesbygdskommuner.

På längre sikt finns betydande utmaningar i kompetensförsörjningen. Personalvolymen beräknas behöva öka med cirka 50 procent mellan åren 2010 och 2050, med utgångspunkt i de utökade behoven av hälso- och sjukvård och socialtjänst till följd av demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga förändringar. Ökningen av personalbehovet är särskilt stark inom äldreomsorgen [18]. Även SCB:s beräkningar visar kraftigt ökad efterfrågan på personal inom äldreomsorgen fram till 2030.

SCB bedömer att efterfrågeökningen inom hälso- och sjukvård och social omsorg kommer att vara mellan 20 och 50 procent fram till 2030 när det gäller såväl gymnasialt som eftergymnasialt utbildad personal. Ökningen av efterfrågan beräknas bli störst för personer med gymnasial omvårdnadsutbildning [19].

Under perioden fram till 2030 beräknar SCB att tillgången på arbetskraft inom hälso- och sjukvård och social omsorg kommer att förbli i princip oförändrad, vilket alltså leder till en betydande bristsituation. SCB beräknar att det kommer att saknas hela 170 000 personer med gymnasial vård- och omsorgsutbildning år 2030 [19]. Även Socialstyrelsen har i sina beräkningar kommit fram till liknande slutsatser [20].

I den omstrukturerad av vården och omsorgen som skett de senaste tio åren har anhörigas tidsinsats ökat. Som nämnts tidigare i detta kapitel är belastningen på vissa anhöriga redan hög, varför växande behov av vård och omsorg huvudsakligen måste tillgodoses genom offentliga insatser.

De regionala skillnaderna i fråga om tillgång och efterfrågan på arbetskraft beräknas bli kraftiga i framtiden. Den antalsmässigt största bristen förväntas i storstadslänen. I Stockholms län beräknas att det redan 2020 kommer att saknas 7 600 undersköterskor, vilket motsvarar 29 procent av den beräknade efterfrågan [19]. Men det är i län med krympande befolkning och då i synnerhet landsbygds- och glesbygdskommuner som kompetensförsörjningen ställs inför mycket stora utmaningar. Bristen på personal 2030 satt i förhållande till den arbetsföra befolkningen förväntas bli störst i Gotland, Dalarna, Västernorrland och Norrbotten [18].

Självbestämmande och delaktighet

I avsnittet redovisar vi uppgifter om äldre personers uppfattningar om sina möjligheter att utöva inflytande och vara delaktiga inom hemtjänst och i särskilt boende.

Var tredje med hemtjänst vet inte hur man ska klaga

Flertalet äldre personer är positiva till den vård och omsorg de får, visar Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattningar inom hemtjänst och särskilt boende. Resultatet för hemtjänst visar att 88 procent var mycket nöjda eller ganska nöjda och motsvarande andel för särskilt boende var 80 procent. Flertalet uppger att bemötandet är bra och att de har högt förtroende för personalen. Majoriteten av de äldre känner sig också trygga med sin hemtjänst (86 procent) eller i sitt särskilda boende (87 procent).

Däremot visar frågor som avser delaktighet och inflytande sämre resultat. Endast 64 procent av de med hemtjänst vet vart de ska vända sig för att framföra synpunkter och klagomål på hemtjänsten. Undersökningen visar också att det är svårt för de äldre att påverka vilka tider hemtjänstpersonalen kommer eller vid vilken tid de får hjälp på särskilda boenden. Även de äldres tillgång till information om tillfälliga förändringar (till exempel byte av personal, ändrade tidsbokningar, semestrar) är mindre bra.

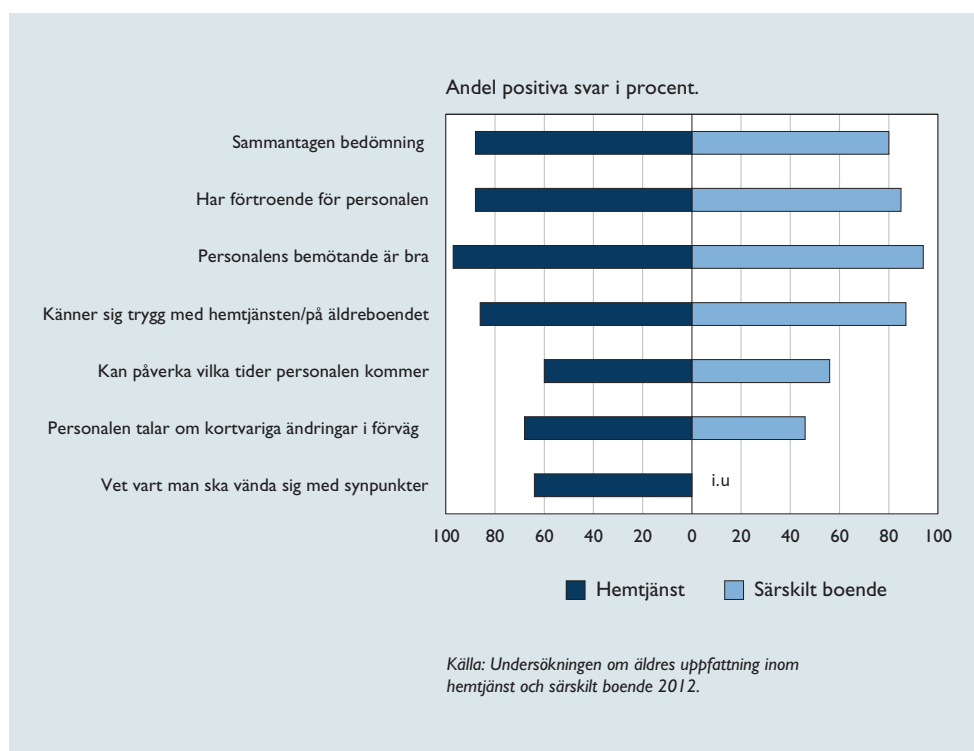
Omkring 60 procent av de äldre var positiva till sina möjligheter att vara utomhus och till de aktiviteter som erbjöds på de särskilda boendena. Däre-

mot var endast 27 procent av de äldre som bor i särskilt boende positiva till sin hjälp med gymnastik och träning. Dessa frågor ingick inte i hemtjänst-enkäten.

Av de äldre som bor i särskilt boende är det 16 procent som uppger att de under det senaste året någon gång har känt sig kränkta av personalen och 3 procent uppger att de blivit kränkta flera gånger under det senaste året. Motsvarande andel för personer som får hemtjänst är 10 procent respektive 2 procent. Socialstyrelsen bedömer att frågan om kränkthet är svårtolkad eftersom de äldre kan uppfatta frågan på olika sätt och eftersom ordet betyder olika saker för olika individer. Svaren ska också ses mot bakgrunden att nästan hälften av de boende eller deras anhöriga inte har besvarat frågorna i undersökningen. De äldre som inte har svarat torde i högre grad ha omfattande funktionsnedsättningar, särskilt nedsättning av kognitiva funktioner, vilket ökar risken för att man uppfattar sig ha blivit kränkt. Men dessa personer kan på grund av sin funktionsnedsättning också ha svårare att ge uttryck för att de känner sig kränkta.

Även om undersökningen visar att en stor andel av de svarande är positiva till bemötandet och har högt förtroende för personalen, är det allvarligt att äldre personer har känt sig kränkta av personalen [21].

Diagram 7.3. Äldre personers uppfattningar om den kommunalt finansierade vården och omsorgen i vissa avseenden, fördelat på personer med hemtjänst respektive särskilt boende. Andel i procent.



Evidensbaserad vård och omsorg om äldre

I detta avsnitt belyser vi dels i vilken mån äldre får del av evidensbaserad psykiatrisk vård, dels förskrivningen av läkemedel till äldre personer.

Äldre får inte del av evidensbaserad psykiatrisk vård

Den specialiserade psykiatriska öppen- och slutenvården når inte psykiskt sjuka äldre i tillräcklig grad. I en rapport från februari 2012 konstaterar Socialstyrelsen att personer över 65 år med psykisk sjukdom inte får tillgång till allmänpsykiatrisk vård i samma utsträckning som den yngre befolkningen [22]. Inom gruppen har också särskilt äldre män en förhöjd risk för självmord.

När psykiskt sjuka äldre är i kontakt med vuxenpsykiatrisk vård får de inte tillgång till evidensbaserad vård, det vill säga vård som baseras på vetenskapligt säkerställd kunskap. Tabell 7:9 visar exempelvis att äldre inte får tillgång till systematisk psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och att förskrivningen av psykofarmaka till gruppen är omfattande.

Tabell 7:9. Andelen (i procent) patienter inom specialiserad psykiatrisk öppenvård som får läkemedel eller kognitiv beteendeterapi (KBT), eller en kombination av båda åtgärderna.

	Varken läkemedel eller KBT	Läkemedel	KBT	KBT och läkemedel
Män (år)				
18–29	21	58	6	16
30–44	15	61	5	19
45–64	12	74	2	12
65–79	10	86	1	3
80+	7	93	0	0
Kvinnor (år)				
18–29	22	45	10	24
30–44	17	56	6	22
45–64	15	66	3	16
65–79	9	77	3	12
80+	2	92	2	4

Källa: Enkäten *Inventering av den vuxenpsykiatriska öppenvården*, 24 och 25 november 2009, Socialstyrelsen.

Utifrån dessa uppgifter anser Socialstyrelsen att psykiskt sjuka äldre missgynnas. Allmänpsykiatrin behöver därför öka sin äldrepsykiatriska kunskap och också förmedla denna kunskap vidare till exempelvis primärvården. Vi avser att studera vilka konsekvenserna blir av en icke adekvat psykiatrisk vård till äldre och också beskriva gruppen psykiskt sjuka äldre närmare utifrån exempelvis deras tidigare vård och sjuklighet.

Mest sjuka äldre är mer utsatta i ordinärt än i särskilt boende

Av de mest sjuka äldre bor 70 procent i ordinärt boende, med eller utan stöd från öppenvård och omsorg. Av de mest sjuka äldre i ordinärt boende som

hade en psykiatrisk diagnos hade drygt 80 procent fått diagnosen vid en psykiatrisk klinik. Motsvarande andel för dem i särskilt boende var närmare 90 procent. Resultatet visade ingen skillnad mellan män och kvinnor.

Risken för självmord är mycket lägre i särskilt boende än i ordinärt boende. Den relativa risken är 0,28. Detta betyder att risken för självmord hos personer i särskilt boende är cirka en fjärdedel av risken för självmord bland de mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende. Den minskade risken skulle kunna vara kopplad till att det i särskilda boenden ges bättre möjligheter att få kontakt med personalen.

Däremot är risken att ordinerar psykofarmaka högre i ett särskilt boende än i ett ordinärt boende (tabell 7:10). Detta mäts som risken att en person får psykofarmaka förskrivet inom sex månader efter att han eller hon har uppfyllt kriterierna för att tillhöra gruppen mest sjuka äldre. Den förhöjda risken gäller för antipsykotiska läkemedel, lugnande och ångestdämpande läkemedel, sömnmedel och antidepressiva läkemedel. Vi vet dock inte om det är en faktisk skillnad i hur många personer i de olika boendeformerna som faktiskt behöver dessa läkemedel, eller om skillnaden beror på en systematisk över- eller underförskrivning. Socialstyrelsen avser att framöver analysera äldres sjuklighet och läkemedelsanvändning kopplat till olika boendeformer.

Tabell 7:10. Relativa risker för förskrivning av vissa läkemedel inom sex månader bland de mest sjuka äldre i särskilt eller ordinärt boende (95-procentigt konfidensintervall).

	Ordinärt boende (referensgrupp)	Särskilt boende
Antipsykotiska läkemedel	1	4,84 (4,74–4,95)
Lugnande och ångestdämpande läkemedel	1	1,99 (1,96–2,02)
Sömnmedel	1	1,29 (1,28–1,31)
Antidepressiva läkemedel	1	2,45 (2,42–2,48)

Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, LSS-registret och SoL-registret 2007–2011, Socialstyrelsen.

Omfattande läkemedelsförskrivning – men vissa förbättringar sker

Sjukdom i kombination med åldersrelaterade fysiologiska förändringar gör äldre mer känsliga för vissa läkemedel [23]. Symptom som orsakas av läkemedel kan missuppfattas som ett nytt medicinskt problem och leda till att den äldre personen får ytterligare läkemedel. Det finns därför ett stort behov av att fördjupa kunskapen om hur en omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

Omfattande läkemedelsbehandling av äldre personer indikerar en ökad risk för död, akutmottagningsbesök, mag- och tarmblödning och fallskador, visade Socialstyrelsen i en tidigare rapport [24]. De ökade riskerna kvarstod även efter att vi tagit hänsyn till de äldre personernas bakomliggande sjukdomar och sjukdomarnas allvarlighetsgrad. Jämfört med en referensgrupp löpte äldre som tog 5–6 läkemedel dubbelt så hög risk för död, besök på

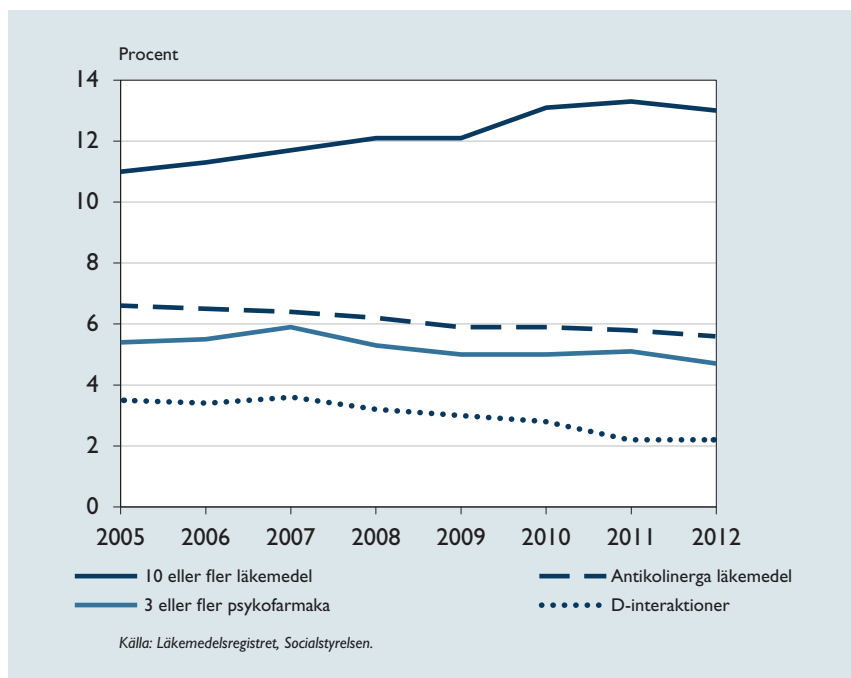
akutmottagning och mag- och tarmlödnung, samt 1,5 gånger ökad risk för fallskada. Jämfört med referensgruppen sågs ännu högre ökning av risker hos personer som tog nio eller fler läkemedel: 3,7 gånger ökad risk att dö, 3 gånger så hög risk för besök på akutmottagning och mag- och tarmlödnung och 1,9 gånger så hög risk för fallskada.

Personer som är 80 år och äldre får i dag i genomsnitt nära sex olika läkemedel. Äldre med multisjuklighet och äldre som bor i särskilt boende är de som är mest känsliga för läkemedel, på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar. Personer i denna grupp får i genomsnitt tio läkemedel [24].

Diagram 7:4 visar förekomsten av fyra olika indikatorer för läkemedelsbehandling av personer över 80 år, från 2005 och framåt. Värdena i diagrammet återspeglar läkemedelsförskrivningen den 31 december varje år, med undantag för den sista mätningen som gjordes den 1 juni 2012.

Vissa förbättringar av läkemedelsbehandlingen av äldre har skett under åren 2005–2012. Bland annat kan vi se en långsam men kontinuerlig minskning av förskrivningen av så kallade antikolinerga läkemedel, som kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre. Även den samtidiga förskrivningen av tre eller fler psykofarmaka har minskat (diagram 7:4). Socialstyrelsen har sedan 2005 också rapporterat en minskning av förekomsten 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 få allvarliga kliniska konsekvenser. Dock kan vi inte dra några slutsatser av den minskning av sådana läkemedelskombinationer som syns i diagrammet mellan 2010 och 2011, eftersom analysen av läkemedelsinteraktioner från och med 2011 baseras på en ny källa, SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing, numera tillgänglig i patientjournalssystemen i flertalet landsting). Denna nya analys genererar nämligen lägre värden än analyserna av uppgifterna ur den tidigare använda källan.

Diagram 7:4. Förskrivning av läkemedel till personer 80 år och äldre, åren 2005–2012. Fyra indikatorer: andel personer i procent som får tio eller fler läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter, tre eller fler psykofarmaka samtidigt samt läkemedelskombinationer som kan ge D-interaktioner.



Mellan 2009 och 2010 noterades en ökning i andelen äldre som fick tio eller fler läkemedel. Denna ökning ser inte ut att ha varit tillfällig, eftersom mätningarna 2011 och 2012 ligger kvar på ungefär samma nivå som 2010.

Socialstyrelsen använder sedan 2011 en ny indikator för läkemedelsbehandlingen av äldre. Indikatorn mäter förskrivningen av läkemedel som bör undvikas om det inte finns särskilda skäl. Resultaten den 1 juni 2012 visar att 11,5 procent av befolkningen över 80 år får minst ett sådant läkemedel förskrivet.

Tillgänglighet

I detta avsnitt redovisar vi uppgifter om hur äldre personer uppfattar tillgången till olika personalkategorier samt tillgången till palliativ vård.

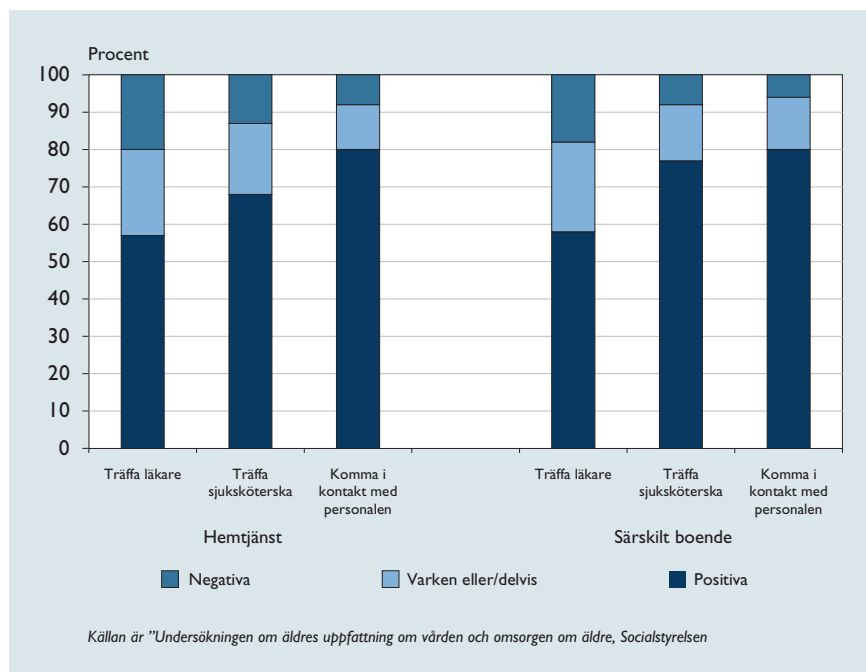
Bristande tillgång till läkare

Socialstyrelsen har för fjärde året i följd genomfört en rikstäckande undersökning om äldre personers uppfattning om hemtjänst och särskilt boende. Årets undersökning innehåller nya frågor, och därför är jämförelser bakåt i tiden inte möjliga.

För att belysa äldre personers uppfattning om tillgängligheten till vård och omsorg har vi ställt frågor om hur de ser på sin möjlighet att vid behov få träffa läkare, sjuksköterska eller övrig personal. Av diagram 7:5 nedan

framgår resultaten, fördelade på personer som får hemtjänst respektive bor i särskilt boende.

Diagram 7:5. Äldre personers uppfattning om tillgång till olika personalgrupper inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen, andel i procent, fördelat på hemtjänst och särskilt boende.



I undersökningen är 8 av 10 äldre personer positiva till möjligheterna att få kontakt med personalen. Men de anser det vara svårare att vid behov komma i kontakt med en sjuksköterska och i synnerhet med en läkare: knappt 6 av 10 äldre är positiva till möjligheterna att få kontakt med läkare. Synen på möjligheten att komma i kontakt med läkare och med personal är ungefär lika hos äldre i hemtjänst och i särskilt boende, medan de i särskilt boende anser att det är lättare att få kontakt med sjuksköterska, jämfört med dem som har hemtjänst [21].

Skillnaderna i hur de äldre ser på tillgången till sjuksköterska kan bero på att de som har hemtjänst inte alltid också har hemsjukvård, som bör ge bättre tillgång till sjuksköterska. De äldre som enbart har hemtjänst måste vända sig till mottagningar inom primärvården, medan sjuksköterskor vanligtvis är mer tillgängliga för de äldre i särskilt boende.

Bättre tillgång till palliativ vård

År 2006 fanns 118 palliativa hemsjukvårdsverksamheter och palliativa rådgivningsteam och totalt 182 enheter för palliativ vård, vilket var en ökning med 20 enheter från år 2000 [26]. Uppgifter från Palliativguiden (www.nrpv.se) visar att antalet platser i palliativa hemsjukvårdsenheter ökade med 546 platser från år 2008 så att det fanns 3 158 platser 2010, samtidigt som antalet slutenvårdsplatser minskade något.

Det finns rådgivningsteam för stöd till utveckling av den allmänna palliativa vården i nästan alla län [27]. Mellan 2007 och 2011 ökade landstingens

kostnader för specialiserad somatisk hemsjukvård med 17 procent i fasta priser. Denna hemsjukvård inkluderar den specialiserade palliativa vården, men även annan avancerad hemsjukvård. Detta tyder på att den specialiserade palliativa vården har byggts ut under senare år.

När det gäller tillgången till allmän palliativ vård och omsorg har statens bidrag till kommuner och landsting för registrering i palliativregistret – ett kvalitetsregister bidragit till en ökning på drygt 50 procent av antalet registreringar från 2010 till 2011, när 53 procent av samtliga dödsfall registrerades [28]. Den ökade registreringen i sig leder inte till en bättre palliativ vård, men den är ett viktigt redskap i förbättringsarbetet.

Likvärdig socialtjänst om äldre

Här redovisar vi några resultat från en kartläggning av i vilken mån äldre hbt-personers vård och omsorg aktualiserats i kommunerna.

Hbt-frågor i kommunernas vård och omsorg om äldre

Under hösten 2012 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning riktad till drygt 100 kommuner och stadsdelar. Syftet med enkäten var att få information om och hur kommunerna har uppmärksammat och beaktat hbt-frågor (hbt = homosexuella, bisexuella och transsexuella) i sin vård och omsorg om äldre.

Resultatet av enkäten visar att endast ett fåtal kommuner och stadsdelar har fått ansökningar från samkönade par som vill bo tillsammans i ett särskilt boende. Det är även bara ett fåtal kommuner som uppger att samkönade par har bott tillsammans i ett särskilt boende under de senaste tre åren. Ingen av kommunerna som svarade på enkäten har fått in klagomål som rör äldre hbt-personers vård och omsorg.

I nästan hälften av kommunerna med fler än 50 000 invånare (stora kommuner) har frågor som rör äldre hbt-personers vård och omsorg tagits upp i den ansvariga nämnden eller i förvaltningsledningen under de tre senaste åren. Frågorna togs då oftast upp på initiativ av något politiskt parti.

I fyra av tio stora kommuner finns denna grupp omnämnd i något av styrdokumentet, oftast med anknytning till värdegrundsfrågor och åtgärder för att motverka diskriminering. En av fem stora kommuner har under de senaste tre åren bedrivit någon form av utbildning av personalen i dessa frågor, oftast genom diskussioner vid arbetsplatsträffar [29].

Rättssäker och patientsäker vård och omsorg om äldre

Patientsäkerhetsfrågor behandlas i kapitlet om hälso- och sjukvård. I detta avsnitt behandlas lex Sarah-anmälningar, lokala värdighetsgarantier samt uppföljning av biståndsbeslut.

Lex Sarah-anmälningar

Den 1 juli 2011 trädde nya bestämmelser om lex Sarah i kraft, i SoL och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring i bestämmelsen är att alla allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten. Under de första tio månaderna 2012 (januari–oktober) tog Socialstyrelsen emot totalt 867 lex Sarah-anmälningar från socialtjänsten, verksamheter vid Statens institutionsstyrelse och verksamheter enligt LSS. Under perioden fattade Socialstyrelsen beslut i 627 ärenden, där en del anmälningar dock togs emot redan i slutet av år 2011.

Beslut i 350 lex Sarah-ärenden inom äldreomsorg

Socialstyrelsen har under perioden 1 januari–1 oktober 2012 fattat beslut i 299 ärenden som avser lex Sarah-anmälningar inom verksamhetsområdet äldreomsorg. Till det ska läggas de 56 lex Sarah-ärenden där myndigheten fattade beslut under 2011. I tabell 7:11 nedan redogör vi för dessa drygt 350 lex Sarah-anmälningar.

Tabell 7:11. Antal inkomna lex Sarah-anmälningar och antal lex Sarah-beslut inom äldreomsorgen under perioden 1 juli 2011 till 31 oktober 2012.

Verksamhetsområde äldreomsorg	2011*	2012
Anmälningar	189	405
Beslut	56	299

* Totalt sex månader, 1/7–31/12 2011.

Kommunen var huvudman för verksamheten i 80 procent av de 299 lex Sarah-ärenden där Socialstyrelsen har fattat beslut 2012.

De allra flesta allvarliga missförhållandena har inträffat i särskilda boenden och inom hemtjänst i ordinärt boende.

Övergrepp och brister i bemötande alltför vanliga

De vanligast förekommande allvarliga missförhållandena inom äldreomsorgen i de ärenden där Socialstyrelsen har fattat beslut är:

- beviljade insatser som inte har blivit utförda alls eller som har utförts på ett felaktigt sätt
- brister i bemötande
- fysiska övergrepp
- ekonomiska övergrepp.

Här ger vi tre exempel på situationer där insatser inte har utförts alls eller har utförts på ett felaktigt sätt. Vi beskriver även orsakerna till det som har inträffat:

- Hjälpen har uteblivit när den enskilde har larmat via trygghetslarm eller annan form av larm samt när så kallade passiva larm har utlösts. Några vanliga orsaker till det inträffade är att personal inte har besvarat larmet eller att det har uppstått tekniska problem.
- En beviljad och planerad insats har uteblivit helt hos den enskilde. Vanliga orsaker till det inträffade är att en verksamhet helt saknar rutiner eller har bristfälliga rutiner eller att personalen inte följer rutinerna för att försäkra sig om att alla som ska få en insats faktiskt får den. Andra orsaker är brister i informationsöverföringen mellan olika enheter eller i överrapporteringen mellan dag- och nattpersonal.
- Den enskilde som bor i ett särskilt boende har fått hjälp till toaletten, men har därefter glömts och uppmärksamats flera timmar senare eller först nästa dag. En vanlig orsak till det inträffade är brister i informationsöverföringen mellan olika arbetspass.

Exempel på brist i bemötandet är att den enskilde inte har fått en insats utförd som han eller hon behöver eller önskar. Det har bland annat gällt toalettbesök. Att personalen har ett olämpligt språkbruk eller beteende eller skriker åt den enskilde är andra sådana exempel.

Att personalen utsätter den enskilde för slag, vårdslösa förflyttningar och aggressiva hårda tag är exempel på fysiska övergrepp.

Stöld av den enskildes pengar och värdeföremål är exempel på ekonomiska övergrepp.

Arbetsrättsliga åtgärder vid allvarliga missförhållanden räcker inte

De som bedriver verksamheten ska vidta åtgärder för att avhjälpa eller undanröja de allvarliga missförhållandena eller de påtagliga riskerna för allvarliga missförhållanden. Under 2011–2012 har åtgärder vidtagits inom ett eller flera av följande områden:

- kommunikation och information
- rutiner och riktlinjer
- utbildning och kompetens
- organisation och bemanning (bland annat arbetsrättsliga åtgärder).

I cirka en fjärdedel av lex Sarah-ärendena har den som bedriver verksamheten vidtagit eller övervägt arbetsrättsliga åtgärder.

När det gäller några allvarliga missförhållanden (främst stölder och fysiska övergrepp) har de även polisanmälts för att rättsväsendet (polis, åklagare och domstol) ska ta ställning till om handlingarna är brottsliga.

Flertalet har vidtagit lämpliga åtgärder – men inte alla

Socialstyrelsens granskning av lex Sarah-anmälningar har visat att de flesta av de rapporterade missförhållandena – efter kompletteringar – har bedömts utredda i tillräcklig omfattning och att verksamheten har vidtagit åtgärder för att avhjälpa eller undanröja det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för ett allvarligt missförhållande. Socialstyrelsen har därför avslutat dessa ärenden utan ytterligare åtgärder.

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

Under de första tio månaderna 2012 har Socialstyrelsen i 16 ärenden fattat beslut med krav på att den som bedriver verksamheten vidtar åtgärder.

I några få fall har Socialstyrelsen även öppnat nya tillsynsärenden (så kallad verksamhetstillsyn) för att granska hur kommunen eller den enskilda verksamheten tillämpar bestämmelserna om lex Sarah, eftersom exempelvis vår begäran om kompletteringar och påpekanden om brister i den berörda verksamhetens lex Sarah-utredningar inte har lett till några resultat [30].

Allt fler kommuner har lokala värdighetsgarantier

Under 2011 fick drygt 230 av landets kommuner en statlig prestationsersättning för lokala värdighetsgarantier. De hade då skickat in planer till Socialstyrelsen som beskriver hur de tänker arbeta fram och införa lokala värdighetsgarantier [31]. För 2012 har ytterligare prestationsersättning för lokala värdighetsgarantier funnits tillgänglig att söka. Kravet för att få ta del av medlen är att kommunerna redovisar tre preciserade lokala värdighetsgarantier. Drygt 120 kommuner har ansökt [32]. Några av dessa har eller är just i färd med att införa de garantier som de har arbetat fram.

Nämndens uppföljning av beslut om hemtjänst och särskilt boende

Under hösten 2011 vände sig Socialstyrelsen till alla kommuner och stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö med en enkät. Totalt 321 kommuner och stadsdelar svarade. I enkäten frågade vi efter antalet personer som hade fått sitt beslut om hemtjänst i ordinärt boende eller om särskilt boende uppföljt av den nämnd i kommunen som fattat beslutet om insatsen. Alla kommuner kunde inte besvara frågan eftersom uppgiften inte registrerades i deras verksamhetssystem.

De svar som lämnades i enkäten visar att knappt 35 procent av de äldre med hemtjänst i ordinärt boende hade fått sitt beslut uppföljt under det senaste halvåret. Bland de äldre i särskilt boende var motsvarande andel 13 procent. I en öppen fråga hade kommunerna möjlighet att kommentera dessa uppgifter. Då framkom att 12 procent av kommunerna och stadsdelarna i storstäderna inte gör några regelbundna uppföljningar av beslut som rör särskilt boende. I stället hänvisade de till utförarnas uppföljningar av genomförandeplanerna. Flera kommuner angav att de endast följer upp beslut på begäran av utförare, anhöriga eller någon annan [33].