

10 år med öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre

JÄMFÖRELSE UNDER ÅREN 2007–2016

10 år med öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre
– Jämförelser under åren 2007–2016 kan laddas ned från:

Sveriges Kommuner och Landsting
webbutik.skl.se
E-post: publikationer@sklfs.se

Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

©Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2017

Du får gärna citera rapportens texter eller diagram om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Socialstyrelsen: Artikelnummer 2017-11-2, ISBN 978-91-7555-430-3
SKL: ISBN 978-91-7585-590-5

Foto: Scandinav bildbyrå, SKL:s bildarkiv
Produktion: Advant produktionsbyrå



MILJÖMÄRKT TRYCKSAK 341827,1

Förord

Det har varit tio händelserika år med öppna jämförelser av äldrevård- och omsorg, där förändring och utveckling har lett till förbättring i många avseenden. Det handlar bland annat om vården i livets slut och att de äldre med hemtjänst och särskilt boende känner sig nöjda och trygga.

Öppna jämförelser har under denna tioårsperiod utvecklats till ett värdefullt instrument för analys och utveckling inom vården och omsorgen om äldre.

Denna rapport, framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen, ger en tillbakablick som visar utvecklingen de senaste tio åren. Men den ska också inspirera till fortsatta lokala, regionala och nationella diskussioner om kvalitet i den gemensamt finansierade vården och omsorgen om äldre. Rapporten beskriver utöver kvalitetsutvecklingen även utvecklingen av indikatorbaserade jämförelser av kvaliteten, med fokus på åren 2007–2016.

Målet med öppna jämförelser har varit, och är, att stödja nationella aktörer, ansvariga huvudmän och utförare i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den äldre personen. Inriktningen är att:

- skapa öppenhet och förbättrad insyn i den offentligt finansierade vården och omsorgen.
- ge ett underlag för utveckling, förbättring, uppföljning, analys och lärande.
- ge underlag för ledning och styrning.

Målgruppen för rapporten är främst beslutsfattare, förvaltningschefer och verksamhets- och kvalitetsansvariga i kommunerna, landstingen och regionerna.

Arbetet med öppna jämförelser har under tioårsperioden skett i samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL, och i samråd med Vårdföretagarna och Famna. Arbetet har i alla år haft stöd av regeringen.

Rapporten har tagits fram av Helena Henningson, Jan Mohammad och Anna Liljenberg från SKL samt Kalle Brandstedt, Ann-Catrin Johansson och Eva Lejman från Socialstyrelsen. Underlag till det första kapitlet har tagits fram av Governo. Ansvariga chefer för rapporten har varit Stina Hovmöller och Birgitta Lindelius vid Socialstyrelsen och Åsa Fuhrén Thulin och Peter Fitger vid SKL.

Vesna Jovic
Vd, Sveriges Kommuner och Landsting

Olivia Wigzell
Generaldirektör, Socialstyrelsen

Innehåll

Sammanfattning	6
Inledning	7
De första 10 åren med öppna jämförelser	8
<i>Öppna jämförelser växer fram i samverkan</i>	8
Två spår	8
Socialstyrelsens uppdrag	8
En nationell strategi för kvalitetsuppföljning	9
En handlingsplan för 2010–2014	9
<i>Tillgång till data då och nu</i>	10
Nationell individbaserad statistik	10
Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?	11
De svenska kvalitetsregistren	11
<i>Nationella satsningar, omvärld och lagar</i>	11
Om en evidensbaserad praktik i socialtjänsten	11
Bättre liv för sjuka äldre	12
Flertalet kommuner ansvarar för hemsjukvården	12
eHälsa och välfärdsteknik	12
Lagen om valfrihet	12
Etablerat begrepp	12
Öppna jämförelser idag	14
Äldres hälsa, levnadsvanor och livsvillkor	15
<i>Allt fler blir äldre</i>	15
Äldre i Sverige	16
Återstående medellivslängd med god hälsa från 65 år	17
Andel personer 80 år och äldre i befolkningen	17
<i>Utbildningsnivå hos personer över 65 år</i>	17
Andel personer över 65 år med annat födelseland	17
Äldres hälsa och livssituation	17
Äldres hälsa	17
Äldres hälsoproblem	18
Hälsosamt åldrande	19
Levnadsvanor	19
Ohälsosamma levnadsvanor – ett folkhälsoproblem	20
Äldres levnadsvanor	20
Alkoholrelaterad dödlighet har ökat	20
Äldres ekonomi	20

Boende	21
Behov och resurser	21
Kostnader per invånare och per brukare	21
Andel äldre med äldreomsorg	21
Fler anställda i vård och omsorg om äldre	22
Kommunens ansvar	22
Indikatorer och tidsserier – resultat	24
Inledning	24
Vård, stöd och omsorg om äldre	24
Utvecklingen av boendestandard och teknik i särskilt boende	24
Resultat över tid	25
Hänsyn till åsikter och önskemål i ordinärt och särskilt boende	25
Tillräckligt med tid i hemtjänst och särskilt boende	26
Delaktighet och aktuell genomförandeplan i hemtjänst och särskilt boende	27
Personalkontinuitet i hemtjänsten	27
Maten på särskilt boende	28
Bedömning av hemtjänsten och särskilt boende i sin helhet	29
Bedömning av hemtjänsten i sin helhet	29
Bedömning av särskilt boende i sin helhet	29
Sammanhållen vård och omsorg om äldre	30
Indikatorer för sammanhållen vård och omsorg	30
Väntetid till särskilt boende	31
Risikoförebyggande vård och omsorg	32
Fallskador i befolkningen 80 år och äldre	32
Funktionsförmåga 12 månader efter stroke	33
Vård i livets slut	34
Brytpunktssamtal	34
Smärtskattning sista levnadsveckan	35
Läkemedel förskrivna till äldre	35
Tre eller fler psykofarmaka	37
Olämpliga läkemedel	37
Antipsykotiska läkemedel	37
Efterord	38
Indikatorer	39
Ordinärt och särskilt boende	39
Sammanhållen vård och omsorg	39
Indikatorer och bakgrundsmått	39
Bakgrundsmått	40

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen har gemensamt tagit fram denna rapport. Det är en specialutgåva för att uppmärksamma att öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre publicerats i tio år. I rapporten visar vi utvecklingen av kvaliteten i vården och omsorgen om äldre genom ett antal utvalda indikatorer och bakgrundsmått som speglar delar av kvaliteten i hemtjänsten, i särskilt boende och i den sammanhållna vården och omsorgen om äldre. Rapporten har kompletterats med en tabellbilaga som finns på socialstyrelsen.se och skl.se. I tabellbilagan presenteras resultat för 20 indikatorer och 10 bakgrundsmått på kommunnivå, länsnivå samt för riket.

Några resultat:

- Väntetiden till särskilt boende har på riksnivå ökat mellan åren 2007-2016, från 55 till 57 väntedagar. Spridningen mellan kommuner har varit stor.
- I riket har andelen äldre med hemtjänst som anser att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål, endast förbättrats med en procentenhet mellan åren 2013 och 2016, från 86 till 87 procent. Även för personer i särskilt boende har resultaten endast förbättrats med en procentenhet under tidsperioden, från 79 till 80 procent.
- Personalkontinuiteten i hemtjänsten har mellan åren 2007 och 2016 försämrats. År 2007 mötte den äldre personen med hemtjänst i genomsnitt 12 personal mellan kl. 07.00 och 22.00 (mätt under 14 dagar). År 2016 var motsvarande siffra 15 personal. Spridningen mellan kommunen med bästa respektive sämsta värde har ökat något under tidsperioden.
- Mellan åren 2007 och 2016 ökade andelen personer i riket, 65 år och äldre, som fick brytpunktssamtal före sin död från 31 till 63 procent. Personer i åldersgruppen 65 till 79 år fick brytpunktssamtal oftare än personer 80 år och äldre. År 2016 erhöll 62 procent av kvinnorna och 64 procent av männen ett brytpunktssamtal. Brytpunktssamtalen genomfördes mer sällan för personer i livets slutskede inom särskilt boende och i korttidsboende än för personer i ordinärt boende.

Vissa resultat har varit i stort sett oförändrade under åren, till exempel resultat för flera av indikatorerna från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?. Även om vissa resultat har varit oförändrade eller endast förbättrats lite, så är spridningen mellan olika kommuner och mellan verksamheter fortsatt stor. Det är därför viktigt att analysera resultaten på kommunnivå. Orsakerna bakom skillnaderna behöver analyseras lokalt och regionalt, i vissa fall tillsammans med företrädare för landstingen, eftersom sådana analyser kräver kunskap om lokala förutsättningar.



Inledning

Detta är en specialutgåva för att uppmärksamma att öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre funnits i tio år. Rapporten har tagits fram av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans.

Med denna rapport vill vi visa på utvecklingen av kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Vi vill också visa hur viktig tillgången till aktuell och tillförlitlig data är för att få en faktabaserad dialog. De första öppna jämförelserna av vården och omsorgen om äldre publicerades år 2007. Tillgången till statistik och annan data som belyser kvalitet var betydligt mer begränsad år 2007 än vad den är idag.

Målgrupp för rapporten är:

- beslutsfattare och förtroendevalda i både kommun och landsting.
- ledande tjänstemän i både kommun och landsting.
- företrädare från olika verksamheter och professioner inom vården och omsorgen av äldre.

I rapporten presenteras 20 indikatorer och 10 bakgrundsmått, som speglar delar av kvaliteten i hemtjänsten, i särskilt boende och i den sammanhållna vården och omsorgen där insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård är nödvändiga. Vissa av dessa indikatorer fanns bara

med ett år, andra har varit med i alla tio åren. I denna rapport gör vi en tillbakablick på ett urval av indikatorerna.

Indikatorerna i rapporten är valda på grund av att de möjliggör långa tidserier, eller att de speglar hemtjänst, särskilt boende eller den sammanhållna vården och omsorgen. Indikatorerna är även valda för att spegla ett så stort urval av datakällor som möjligt.

Öppna jämförelser är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Syftet är att det ska stimulera till kunskapsutveckling för att främja en jämlik socialtjänst och hälso- och sjukvård med god kvalitet.

Jämförelserna i denna rapport bygger på nationell statistik och uppgifter från olika datakällor. I slutet av rapporten finns en kortfattad beskrivning av de indikatorer och bakgrundsmått som nämns i rapporten.

Rapporten har kompletterats med en tabellbilaga som finns på socialstyrelsen.se och skl.se. I tabellbilagan presenteras resultatet för de 20 indikatorerna och 10 bakgrundsmåtten på kommunnivå, länsnivå samt för riket. Vi har också tagit fram kommununika bildspel som skickats till alla kommuner.



De första 10 åren med öppna jämförelser

ÖPPNA JÄMFÖRELSE VÄXER FRAM I SAMVERKAN

Två spår

Arbetet med öppna jämförelser för hälso- och sjukvården var redan från starten ett gemensamt arbete mellan Socialstyrelsen och SKL. Så blev det inte med öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre. Arbetet drevs i två separata spår de första tre åren, där SKL och Socialstyrelsen tog fram sina egna öppna jämförelser.

SKL ville bidra till utvecklingen av jämförbar information om kvalitet, resultat och kostnader. Drivkraften var idén om att öppen publicering av jämförelser av kvalitet och resultat främjar verksamhetsutveckling och en mer faktabaserad debatt. Öppenheten bidrar också till att stärka medborgarnas insyn och förtroende för verksamheterna. År 2007 publicerade SKL öppna jämförelser inom äldre-

omsorgen och grundskolan. SKLs första rapport om öppna jämförelser inom äldreomsorgen bygger på data från befintliga register. Rapporten innehöll totalt elva indikatorer inom områdena god vård, bostadsstandard, personal, kostnader och två bakgrundsmått.

Den första gemensamt framtagna rapporten för öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre publicerades år 2010.

Socialstyrelsens uppdrag

År 2006 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att genomföra en riksomfattande brukarundersökning inom äldreomsorgen. Motivet var att följa upp kvaliteten och tillgängligheten inom vården och omsorgen om äldre utifrån de äldres perspektiv.

Ett år senare får Socialstyrelsen ett nytt uppdrag av regeringen att, i samarbete med SKL, utveckla ett nationellt

system för öppna jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet inom kommunernas vård och omsorg om äldre samt hemsjukvård. Målsättningen var att få en nationell bild av vården och omsorgen om äldre, att resultaten skulle kunna användas i verksamheternas eget förbättringsarbete samt utgöra ett underlag för den nationella styrningen av vården och omsorgen om äldre. Den långsiktiga ambitionen var att de öppna jämförelserna också skulle fungera som ett underlag för brukarnas fria val av utförare av äldreomsorg. Uppdraget innebar bland annat att Socialstyrelsen:

- Genomför en årlig enkätundersökning till kommunerna. Den kom att omfatta uppgifter om kommunernas myndighetsutövning och om innehållet i särskilt boende, hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet.
- Inrättar två nya individregister över personer som får stöd från äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.
- Inleder arbetet med att utveckla statistik över behov och hur beslutade insatser beskrivs, samt hur dessa förhåller sig till faktiskt utförda insatser.

Några år senare, år 2009, får Socialstyrelsen ett nytt stort regeringsuppdrag; att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka tillgången till data av god kvalitet inom socialtjänstens alla verksamhetsområden.

I uppdraget var det tydligt att arbetet skulle ske i samarbete med SKL, Famna och Vårdföretagarna. I regeringsuppdraget specificerades också ett antal mål som skulle vara uppfyllda vid utgången av år 2014:

- Det ska finnas lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga kunskapsunderlag.
- Öppna jämförelser ska ge information om resultat, kvalitet och effektivitet.
- Underlagen ska redovisas på ett sådant sätt så att jämförelser blir möjliga mellan olika kommuner, landsting och utförare på såväl övergripande nivå som enhetsnivå.
- Öppna jämförelser ska stödja fria val, nationella och verksamhetsnära beslut, förbättringsarbete och granskning av socialtjänsten och hemsjukvården.¹

En nationell strategi för kvalitetsuppföljning

År 2009 beslutade den nationella samrådsgruppen för öppna jämförelser, som bestod av representanter från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL, Famna och Vårdföretagarna, om en nationell strategi för kvalitetsuppföljning genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I strategin fastslogs att det övergripande

syftet med öppna jämförelser var att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv hälso- och sjukvård och socialtjänst med god kvalitet. I strategin fastställdes också att indikatorerna så långt det var möjligt skulle redovisas på både kommunnivå och enhetsnivå, oavsett driftsform. En särskild prioritering var att indikatorerna skulle omfatta de brukar- och patientgrupper som motsvarar den största delen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kostnader och volymer. Vidare skulle öppna jämförelser användas för att jämföra skillnader mellan män och kvinnor, samt att indikatorer och redovisning måste kunna utvecklas i takt med förändrade krav och behov. Slutligen fastställdes att öppna jämförelser ska främja och stödja beslutsfattande som är nära den aktuella verksamheten, systematiskt förbättringsarbete och forskning, medborgarnas informerade och fria val samt nationella policybeslut och oberoende granskning.²

En handlingsplan för 2010–2014

Som en del i regeringsuppdraget från år 2009 tog Socialstyrelsen fram en handlingsplan för arbetet med öppna jämförelser för åren 2010–2014. I handlingsplanen tolkade och översatte Socialstyrelsen målen i regeringsuppdraget till konkreta delmål och aktiviteter. Ett viktigt fokus i handlingsplanen var utvecklingen av registerdata och strukturerad dokumentation, bland annat det som vi idag känner som Individens behov i centrum (IBIC).³

I början av år 2015 levererar Socialstyrelsen sin slutrapport för regeringsuppdraget. Socialstyrelsen anser att målen i regeringsuppdraget i allt väsentligt är uppnådda. I rapporten beskrivs också att öppna jämförelser av socialtjänstens olika verksamheter bland annat har bidragit till att synliggöra kunskapsluckor och identifiera utvecklingsområden. Det lyfts också fram att socialtjänsten fortfarande saknar de förutsättningar som finns i hälso- och sjukvården för att kunna belysa resultat av socialtjänstens insatser och stöd. Kunskapsbaserad data om brukares behov, om insatsers kvalitet och utfallet av insatserna för brukarna, behöver fortsätta utvecklas. Huvudfokus under åren 2010–2014 låg på att utveckla insamlingen av data.⁴

1. Socialdepartementet. Uppdrag att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och ta fram handlingsplan för ökad tillgång av data av god kvalitet inom socialtjänsten m.m. Regeringsbeslut 3. Stockholm: Socialdepartementet, 2009.

2. Socialdepartementet. Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet, 2009.

3. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser i socialtjänsten. Handlingsplan för socialtjänst och hemsjukvård. 2010–2014. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.

4. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

TILLGÅNG TILL DATA DÅ OCH NU

År 2007 fanns få nationella datakällor med uppgifter om kvaliteten inom vård och omsorg om äldre. Det fanns uppgifter om kostnader för äldreomsorgen, men inte så mycket mer.

Nationell individbaserad statistik

År 2007 inrättade Socialstyrelsen registret för socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Detta krävde en föreskriftsändring som gjorde det möjligt att upprätta registret och som medgav att kommunerna blev skyldiga att rapportera in personnummerbaserade uppgifter över insatser. Under åren 2007–2012 rapporterade kommunerna in uppgifter på individnivå för en eller två månader årligen. Sedan år 2013 rapporterar kommunerna in personnummerbaserade uppgifter samt insatser varje månad. I Socialstyrelsens statistikdatabas, som nås via socialstyrelsen.se, kan den intresserade ta fram volymuppgifter uppdelade på bland annat ålder, insats och kommun.

Hösten 2017 innehåller registret uppgifter om socialtjänstinsatser för cirka 350 000 personer.

År 2007 var också året då Socialstyrelsen inrättade ett nytt register för kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Syftet med registret är att tillhandahålla uppgifter om hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen ansvarar för enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Kommunerna

är skyldiga att rapportera in individbaserade uppgifter två gånger per år. Registret omfattar personer som under en månad fått minst en insats från den kommunala hälso- och sjukvården.

Hösten 2016 innehåller registret uppgifter om nästan 400 000 personer som årligen fått minst en kommunal hälso- och sjukvårdsinsats.

Flera av Socialstyrelsens hälsodataregister har genom åren varit viktiga datakällor till öppna jämförelser. Data från såväl patientregistret, läkemedelsregistret och registret för socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning fanns med i den första rapporten och i samtliga efterföljande rapporter. När data från de nationella hälsodataregistrerna används i öppna jämförelser innebär det också att datakvaliteten förbättras. Statistiken som både kommuner och landsting rapporterar in får en annan relevans, och det blir viktigt att data är korrekt.

Registerstatistikens ökade tillförlitlighet har gjort det möjligt att samköra olika register, till exempel läkemedelsregistret och registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning. Indikatorer för förskrivning av läkemedel till äldre med hemtjänst respektive särskilt boende har därför kunnat utvecklas. Det underlättar lokal analys och utveckling. Data blir mer relevant och träffsäker och den kan delas upp på män och kvinnor på kommunnivå. Därmed bidrar den till en mer jämlik och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst.



Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsen fick år 2006 ett regeringsuppdrag att genomföra en nationell undersökning om vad äldre med stöd från äldreomsorgen tyckte om kvaliteten. Den första undersökningen genomfördes år 2008, genom en pappersenkät som skickades ut till personer över 65 år med hemtjänst eller särskilt boende.

De tre första årens nationella brukarundersökningar genomfördes med ett så kallat nöjdhetsindex, NKI. Undersökningen var en urvalsundersökning, men där de flesta kommuner fick ett resultat. Det fanns flera metodiska problem och därför övergavs metoden år 2011. Flera förändringar genomfördes, bland annat utvecklades frågorna och frågor tillkom inom fler kvalitetsområden. Från år 2012 fick undersökningen sin nuvarande utformning, och den utökades till att bli en totalundersökning år 2013. Alla kvinnor och män över 65 år med hemtjänst eller särskilt boende fick nu enkäten hemskickad.

Undersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? har varit en viktig datakälla för att beskriva de äldres upplevelse av kvaliteten inom äldreomsorgen.

Många kommuner genomförde tidigare egna lokala brukarundersökningar. Det var inte möjligt att jämföra kommunernas resultat bland annat på grund av att frågorna formulerades olika. Den nationella undersökningen möjliggjorde jämförelser och idag är det ett fåtal kommuner som genomför egna brukarundersökningar inom äldreomsorgen

De svenska kvalitetsregistren

De svenska kvalitetsregistren har, sedan årtionden tillbaka, vuxit fram ur den medicinska professionens engagemang och strävan efter en god och jämlik hälso- och sjukvård. Kvalitetsregister har oftast sin utgångspunkt kring en eller flera diagnoser inom samma sjukdomsgrupp, till exempel stroke och hjärtsjukvård. Ett nationellt kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om diagnos, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Registren ger kunskap om hur vården och omsorgen fungerar och vad som kan förbättras.

Kvalitetsregistren erbjöd en möjlighet till individbaserad data. Idén om att öppna jämförelser skulle baseras på befintliga datakällor gjorde kvalitetsregistren till både intressanta och viktiga källor till information om kvaliteten. När SKL publicerade den andra rapporten av öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre år 2008 fanns kvalitetsregistren Riks-Stroke och Svenska palliativregistret med som två av sju datakällor. Några år senare tillkom kvalitetsregistret Senior Alert som en viktig datakälla.

Till skillnad från hälso- och sjukvården finns inte några kvalitetsregistersom enbart avgränsar sig till insatser och resultat inom socialtjänsten. Men några kvalitetsregister, till exempel Senior Alert och Svenska palliativregistret, används i stor utsträckning i den kommunala hälso- och sjukvården. Därmed är de också intressanta och relevanta som datakällor i öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre.

NATIONELLA SATSNINGAR, OMVÄRLD OCH LAGAR

Om en evidensbaserad praktik i socialtjänsten

I den statliga utredningen Evidensbaserad praktik i socialtjänsten (SOU 2008:18) slogs det fast att kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten behövde stärkas, både ur de yrkesverksammas perspektiv men också ur ett medborgar- och brukarperspektiv.⁵ Detta blev också startskottet för en flerårig (2011–2016) satsning med årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL. Överenskommelserna innebar bland annat stöd till uppbyggandet av regionala strukturer för att stödja kunskapsutvecklingen i socialtjänsten och till att utveckla öppna jämförelser. Utvecklingsarbeten startade inom flera av socialtjänstens verksamhetsområden, bland annat inom äldreomsorgen (se avsnittet Bättre liv för sjuka äldre).

Socialstyrelsen och SKL samarbetade också på andra sätt för att förstärka socialtjänstens förmåga att arbeta kunskapsbaserat. Den webbaserade plattformen Kunskapsguiden lanserades. Kunskapsguiden vänder sig till personal inom hälsa, vård och omsorg och vill tillgängliggöra den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna och modellerna.

Socialstyrelsen arbetar på flera sätt för att stödja en evidensbaserad praktik. Öppna jämförelser, gemensam informationsstruktur, dokumentationsmodellen IBIC, gemensamma termer och begrepp är några exempel på nationella utvecklingsarbeten som syftar till att stärka en kunskapsbaserad socialtjänst.

Även om mycket har hänt inom området har socialtjänsten en fortsatt resa att göra när det gäller att stärka en evidensbaserad praktik. I en uppföljande utredning från år 2017 konstateras att socialtjänstens kunskapsstyrning på många sätt utvecklats sedan år 2011 men att viktiga delar fortfarande återstår, bland annat att utveckla en systematisk resultatuppföljning.⁶

5. SOU 2008:18. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. Stockholm: Socialdepartementet, 2008.

6. SKL. Utvecklingen av socialtjänstens kunskapsstyrning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2017.

Bättre liv för sjuka äldre

Ett nationellt förbättringsarbete inom vård och omsorg om äldre pågick under åren 2010–2014, och handlade om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Arbetet möjliggjordes genom en överenskommelse mellan SKL och regeringen, och omfattade drygt fyra miljarder kronor i statliga medel under tidsperioden. Satsningen prioriterade fem områden:

- riskförebyggande arbetssätt.
- god vård i livets slutskede.
- god vård vid demenssjukdom.
- god läkemedelsbehandling för äldre.
- sammanhållen vård och omsorg.

Inriktningen för arbetet var att stödja alla kommuner och landsting att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. De kommuner och landsting som nått uppsatta mål fick statlig prestationsersättning.

En utvärdering av den femåriga satsningen visar bland annat att personal i vård och omsorg i betydligt högre utsträckning arbetar med standardiserade, gemensamma och evidensbaserade arbetssätt. Det innebär att verksamheter registrerar uppgifter i kvalitetsregister och använder lokal data till förbättring och verksamhetsutveckling.

Genom denna satsning fick bland annat kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska palliativregistret och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD, stort genomslag i kommunerna.⁷

Flertalet kommuner ansvarar för hemsjukvården

I samband med Ädel-reformen år 1992 fick kommunerna ett större ansvar än tidigare för service, vård och omsorg om äldre, och de övertog ansvaret för vissa delar som landstinget tidigare hade ansvarat för. Kommunerna fick också ett ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende och för enklare hjälpmedel. Det var också möjligt för kommunerna att överta ansvaret för hemsjukvård i den enskildes hem, efter en överenskommelse med landstinget. Det innebar att cirka hälften av landets kommuner övertog ansvaret för hemsjukvården 1992.

Ett utökat ansvar för hälso- och sjukvård innebar också att en ny lagstadgad funktion inrättades i alla kommuner – medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

Under åren 2007–2016 har nästan alla kommuner övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet. Det är bara kommunerna i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, som ännu inte skatteväxlat hemsjukvården. Det innebär att kommunerna är en betydande huvudman för hälso- och sjukvård.

eHälsa och välfärdsteknik

Sverige har en uttalad vision om att vara bäst i världen på eHälsa år 2025. När öppna jämförelser startade var eHälsa och välfärdsteknik nya begrepp. År 2008 lanserades ”nationell IT-strategi” och en tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Idag är det fortfarande högst aktuellt att prata om tillgänglig och säker informationsöverföring inom och mellan vårdens och omsorgens aktörer. Vi har bytt ut ordet IT-strategi till eHälsa.

Arbetet med NPÖ – nationell patientöversikt – en digital plattform som möjliggör att vårdgivare kan dela information om patienten/brukaren, påbörjades redan år 2004. Fem år senare hade fem landsting anslutit sig och år 2016 var alla landsting anslutna och 245 kommuner.

Sedan år 2014 följer Socialstyrelsen upp utvecklingen av eHälsa och välfärdsteknik i kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utveckling pågår och allt fler kommuner erbjuder idag äldre med behov, stöd i form av digitala alternativ, såsom digitala trygghetslarm, sensorer med mera.

Lagen om valfrihet

År 2009 trädde lagen om valfrihetssystem, LOV, i kraft. Den nya lagen var tänkt att fungera som ett alternativ till lagen om offentlig upphandling (LOU) och syftade till att förtydliga rättsläget och underlätta för de kommuner som redan hade, och de som ville införa, kundval inom bland annat äldreomsorgen. Lagen möjliggör för individen att välja bland utförare som uppfyller kommunens krav och därmed får ingå i kommunens kundvalssystem.⁸

På nationell nivå innebar den nya lagen en rad nya regeringsuppdrag för Socialstyrelsen. Ett sådant uppdrag var att ta fram information på enhetsnivå för att underlätta brukarnas val av utförare av hemtjänst eller särskilt boende. Detta uppdrag resulterade bland annat i Äldreguiden, som presenterar data om kvalitet, resurser och brukarnöjdhet för cirka 5 000 enheter inom hemtjänst respektive särskilt boende. Äldreguiden vänder sig i första hand till allmänheten och nås genom Socialstyrelsens webbsida.

Etablerat begrepp

Öppna jämförelser kan idag betraktas som ett etablerat begrepp i kommunerna. I en utvärdering som Health Navigator genomförde på uppdrag av Socialstyrelsen år 2014, konstateras att öppna jämförelser har kommit långt på kort tid och att jämförelserna har fått ett stort genomslag bland Sveriges kommuner. I de enkäter och intervjuer som genomfördes inom ramen för utvärderingen, uttrycker många kommuner att öppna jämförelser bidragit till att sätta kvalitetsfrågorna på agendan och över 80 procent av

7 Sveriges Kommuner och Landsting. Bättre liv för sjuka äldre. Stora förbättringar på kort tid. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

8 Lag (2008:962) om valfrihetssystem.



kommunerna uppger att de använt öppna jämförelser som underlag för verksamhetsförbättringar.⁹

När öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre publicerades första gången år 2007 var intresset stort, inte minst bland medierna. Det var någonting helt nytt, data som presenterades på kommunnivå och bjöd in till öppenhet, insyn och transparens när det gäller resultatet för vården och omsorgen om äldre. Även om intresset i riksmidier minskat under åren är intresset för resultaten fortfarande stort bland lokala medier.

I Säffle-tidningen gick det till exempel i mars 2017 att läsa att Säffle kommuns äldreboenden ligger i topp när det kommer till om de boende upplever sig delaktiga och om de är nöjda med aktiviteterna på sitt boende.¹⁰ I Västmanlands läns tidning publicerades också en artikel samma månad om att Surahammars kommun placerat sig på plats åtta av 264 kommuner när det gäller frågan om bemötande, förtroende och trygghet bland äldre som bor på särskilt boende.¹¹

År 2015 fastställdes också en ny handlingsplan för öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården för åren 2015–2018, där inriktningen i större utsträckning kom att handla om användningen av indikatorerna i verksamhetsutvecklingen snarare än datakvalitet.¹²

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys publicerade år 2013 en rapport där de utvärderade öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre.¹³ Utvärderingen gav både ris och ros. Vårdanalys konstaterade att öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna att förbättra kvaliteten i äldreomsorgen, och att jämförelserna bidragit till ökad transparens. Vårdanalys menar också att presentationsformen behöver utvecklas och att det finns en misstro till viss data om äldreomsorgen.

Öppna jämförelser har också fått ta emot en del ifrågasättande av själva idén om att mäta och rangordna kommuner på det sätt som görs. Ifrågasättandet har handlat om ifall det är möjligt att mäta kvalitet inom äldreomsorgen och att öppna jämförelser bidrar till en indikatorfixering.¹⁴ Både Socialstyrelsen och SKL har under åren tydliggjort och påpekat vikten av lokala analyser, och att det behövs kompletterande information för att på djupet kunna förstå de bakomliggande orsakerna till ett resultat i öppna

9 Health Navigator. Öppna jämförelser av socialtjänsten – på mottagarens villkor? Utvärdering av öppna jämförelser av socialtjänsten. Stockholm: Health Navigator AB, 2014.

10 Österman. "Säffle i topp i trygghetsrankning". Säffle-Tidningen, 28 mars 2017. Tillgänglig: <http://nwt.se/saffle/2017/03/28/saffle-i-topp-i-trygghetsrankning>.

11 Widerberg. "Här ligger Surahammar i topp". *VLT*, 31 mars 2017. Tillgänglig: <http://www.vlt.se/vastmanland/surahammar/har-ligger-surahammar-i-topp>.

12 Socialdepartementet. Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården. Handlingsplan 2015–2018. Stockholm: Socialdepartementet, 2015.

13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2013:2 Öppna jämförelser förökad kvalitet i vård och omsorg om äldre?

14 Lindgren, Lena. Öppna jämförelser – ett styrmedel i tiden eller "hur kunde det bli så här?". FoU Rapport. FOU Väst, 2012.

jämförelser. Handböcker, mallar, kurser och dialogmöten i länen är exempel på aktiviteter som Socialstyrelsen och SKL, både tillsammans men också var och en för sig, utvecklat och genomfört. De kompetenshöjande insatserna har sannolikt bidragit till en ökad medvetenhet bland de som arbetar med kvalitetsfrågor ute i kommunerna.¹⁵

Öppna jämförelser idag

Öppna jämförelser av vården och omsorg om äldre är idag ett samlingsnamn för tre olika produkter, med olika karaktär och innehåll och som delvis vänder sig till olika målgrupper. Därför presenteras också jämförelserna på flera olika sätt. Den digitala utvecklingen möjliggör en visualisering på ett helt annat sätt år 2017 än för tio år sedan.

De tre produkterna är:

- Socialstyrelsens Kommun- och enhetsundersökning, som bygger på tre olika enkäter som skickas årligen till kommunövergripande nivå samt enhetsnivå för hemtjänst respektive särskilt boende, oavsett driftsform. Resultatet från undersökningen publiceras på Socialstyrelsens hemsida, excelfiler, Äldreguiden, Socialstyrelsens jämförelseverktyg, samt i kommun- och landstingsdatabasen Kolada.
- Socialstyrelsens enkätundersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, skickas till alla över 65 år som har hemtjänst eller bor i särskilt boende, cirka 220 000 personer. Undersökningen är en totalundersökning. Resultaten från undersökningen publiceras på Socialstyrelsens hemsida, excelfiler, Äldreguiden, i Socialstyrelsens jämförelseverktyg samt i kommun- och landstingsdatabasen Kolada.
- Rapporten Öppna jämförelser vård och omsorg om äldre, som SKL och Socialstyrelsen tar fram gemensamt. I rapporten redovisas resultat för cirka 30 indikatorer på kommun- läns- och riksnivå, där data hämtas från befintliga datakällor bland annat från kvalitetsregister och undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?. Indikatorerna färgsätts, och kommunerna får en rangordning för respektive indikator. Resultaten publiceras i en rapport, i excelfiler på hemsidorna, i Socialstyrelsens jämförelseverktyg samt i kommun- och landstingsdatabasen Kolada.

Resultaten finns tillgängliga genom:

- Socialstyrelsens jämförelseverktyg – vänder sig till bland annat till verksamhetsnära beslutsfattare och professionsföreträdare. Här presenteras data från många olika undersökningar som Socialstyrelsen gör. Verktiget möjliggör jämförelser på både enhetsnivå och kommun-, läns- och riksnivå.
- Kolada – är en öppen databas med cirka 4 500 nyckeltal inom kommun- och landstingsverksamhet. Kolada drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser som är en förening som bildats av staten och SKL. Alla indikatorer och resultat från öppna jämförelser publiceras i Kolada. Här finns uppgifter för riket, kommun-, läns- och enhetsnivå. www.kolada.se
- På socialstyrelsen.se och skl.se finns resultatet från öppna jämförelser samlat i rapporter, excelfiler, indikatorbeskrivningar med mera.

15 Lindgren, Lena. Intervju 2017-06-12.



Äldres hälsa, levnadsvanor och livsvillkor

ALLT FLER BLIR ÄLDRE

Sverige har en åldrande befolkning. Det är en utveckling som vi delar med länderna i Europa och många andra länder. Det är glädjande att allt fler når en hög ålder. I takt med att vi lever längre ökar risken att drabbas av en eller flera sjukdomar och antalet personer med många samtidiga sjukdomar blir fler. Med många samtidiga sjukdomar

minskar ofta den egna förmågan, och behovet av stöd från andra ökar.

Under de tio år som öppna jämförelser funnits så har befolkningen 65 år och äldre ökat med 368 444 personer, och ökningen är större för män än för kvinnor.

TABELL 1. Antal personer 65 år och äldre, åren 2007, 2012 och 2016.

	År 2007	År 2012	År 2016	Förändring
Kvinnor	901 896	997 925	1 064 412	+162 516
Män	706 517	830 358	912 445	+205 928
Totalt	1 608 413	1 828 283	1 976 857	+ 368 444

Källa: Statistiska centralbyrån.

TABELL 2. Kommuner med högst medellivslängd uppdelat på kön år 2007–2011 respektive år 2012–2016.

2007–2011				2012–2016			
Kommun	Kvinnor	Kommun	Män	Kommun	Kvinnor	Kommun	Män
Båstad	86,0	Danderyd	83,0	Bjurholm	86,7	Danderyd	83,5
Danderyd	85,7	Salem	81,9	Danderyd	86,4	Täby	83,2
Lidingö	85,6	Knivsta	81,8	Lidingö	86,2	Ekerö	82,9
Vaxholm	85,4	Vellinge	81,8	Vellinge	86,1	Staffanstorps	82,9
Gnosjö	85,3	Tjörn	81,7	Båstad	85,9	Lidingö	82,7

Källa: Statistiska centralbyrån.

TABELL 3. Kommuner med lägst medellivslängd uppdelat på kön år 2007–2011 respektive år 2012–2016.

2007–2011				2012–2016			
Kommun	Kvinnor	Kommun	Män	Kommun	Kvinnor	Kommun	Män
Älvdalen	80,0	Ljusnarsberg	74,6	Norsjö	80,3	Överkalix	74,4
Arvidsjaur	80,1	Pajala	75,1	Åsele	80,7	Munkfors	74,9
Vårgårda	81,2	Haparanda	75,3	Ånge	80,8	Åsele	75,7
Östra Göinge	81,2	Överkalix	75,5	Arjeplog	81,1	Haparanda	76,0
Ånge	81,3	Åsele	76,1	Dorotea	81,1	Högsby	76,1

Källa: Statistiska centralbyrån.

Under denna tioårsperiod är det framförallt de yngre äldre, mellan 65 och 79 år som ökat i antal. Antalet kvinnor mellan 80 och 89 år har under denna tidsperiod minskat med cirka 14 000 personer. Antalet äldre män och kvinnor över 90 år har under perioden ökat med cirka 20 000 personer.

Äldre i Sverige

År 2007 var medellivslängden för kvinnor i Sverige 83,0 år och för män 78,9 år. År 2016 var medellivslängden för kvinnor 84,1 år och för män 80,6 år, vilket innebär en ökning med drygt ett år för kvinnor och nästan två år för män under tidsperioden. År 2060 beräknas medellivslängden vara 89,1 år för kvinnor och 86,7 år för män, det vill säga en ökning med fem år för kvinnor och drygt sex år för män.¹⁶

Förväntad livslängd skiljer sig mellan män och kvinnor och mellan olika socioekonomiska grupper. Utbildningsnivå är tätt förknippad med livsstil som i sin tur påverkar medellivslängden. Det finns tydliga skillnader i medellivslängd mellan personer med olika utbildningsnivåer. Personer med eftergymnasial utbildning har högst medellivslängd och personer med enbart grundskoleutbildning har lägst. Under de senaste åren har medellivslängden varit fem år längre för personer med eftergymnasial utbildning än för dem med enbart grundskoleutbildning. Skillnader i medellivslängd bygger på bland annat skillnader i livsstil, ekonomiska levnadsvillkor, arbetsmiljö och sociala nätverk. Det finns även geografiska skillnader, till exempel är medellivslängden högre i södra Sverige.¹⁷ Tabellerna 2 och 3 visar kommuner med högst respektive lägst förväntad medellivslängd, uppdelat på kvinnor och män, åren 2007–2011 respektive 2012–2016.

17 Öhman A & Abrahamsson M. Äldres hälsa och livsstil. Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige. Stockholm: Forskning om äldre och åldrande, NISAL, 2017. På uppdrag av utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S2015:03).

Återstående medellivslängd med god hälsa från 65 år

År 2016 var den återstående medellivslängden vid 65 år för kvinnor 21,5 år och för män 19,0 år. Det innebär en ökning mellan åren 2007 – 2016, från 20,6 till 21,5 för kvinnor, och från 17,8 till 19,0 för män.

Begreppet "healthy life years" beräknar hur många friska år en person i genomsnitt kan förvänta sig efter att ha fyllt 65 år. I Sverige beräknas kvinnor i genomsnitt ha 16,8 friska år och män 15,7 friska år. Data bygger på prognoser från år 2015. Motsvarande siffror för år 2006 var 13,0 år för män och 14,2 år för kvinnor.¹⁸ Data visar på en betydande ökning mellan åren 2013 och 2015 för både kvinnor och män, en ökning med nästan tre procentenheter.

Andel personer 80 år och äldre i befolkningen

Andel personer 80 år och äldre har varit ett bakgrundsmått i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre sedan år 2013. Måttet redovisar på kommunnivå andel personer 80 år och äldre i befolkningen per den 31 december året före publicering. För många äldre män och kvinnor börjar flera kroppsliga funktioner att svikta i 80-års åldern, och behovet av stöd, service och omvårdnad börjar öka.

Andel personer 80 år och äldre i befolkningen har minskat från 5,3 till 5,1 procent mellan åren 2007 och 2016.¹⁹

UTBILDNINGSNIVÅ HOS PERSONER ÖVER 65 ÅR

Vi blir inte bara äldre, det är också ett ökande antal av kvinnor och män över 65 år som har en eftergymnasial utbildning. Som tidigare nämnts så finns det tydliga samband mellan utbildningsnivå och hälsa.

TABELL 4. Andel (%) av personer 65 år och äldre med 2 års eftergymnasial utbildning eller mer år 2008 och 2016.

	År 2008	År 2016
Män	18,4 %	24,8 %
Kvinnor	15,5 %	24,6 %

Källa; Statistiska centralbyrån.

Utbildningsnivån har ökat för både män och kvinnor men den har ökat mer för kvinnorna mellan åren 2008 och 2016. Detta åskådliggörs också i figur 1, som visar antalet kvinnor och män med minst 3 års eftergymnasial utbildning. Från och med år 2009 finns fler kvinnor än män över 65 år med en längre eftergymnasial utbildning.

Andel personer över 65 år med annat födelseland

År 2007 var 9,5 procent i gruppen 65 år och äldre, utlandsfödda. År 2016 hade andelen ökat till 10,3 procent. Av den totala befolkningen år 2007 utgjorde utlandsfödda personer 65 år och äldre 1,8 procent. År 2016 var motsvarande andel 2,3 procent.²⁰

Det finns en bild av att personer med utländsk bakgrund tar emot mindre offentlig vård och omsorg än svenskfödda äldre.²¹ Ett antagande kring detta är att kulturella traditioner och normer påbjuder detta, men det är något som inte är bevisat. Vi behöver mer kunskap om hur behovsbilden ser ut för äldre med utländsk bakgrund.

År 2010 gav Socialstyrelsen ut Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom där det konstateras att personcentrerad omvårdnad innebär att man särskilt beaktar behov relaterade till att personer har annan kulturell eller språklig bakgrund. Att ta kulturell hänsyn handlar exempelvis om att ge personen (med demenssjukdom) möjlighet att utöva sin religion, få kulturellt anpassad mat, bevara sina kulturella traditioner och sedvänjor samt att få tillgång till personal som talar samma språk.²² Socialstyrelsens riktlinjer håller för närvarande på att revideras.

ÄLDRES HÄLSA OCH LIVSSITUATION

Äldres hälsa

Med ökad medellivslängd följer fler friska år i slutet av livet. Det är främst i hög ålder, över 80 år, som behoven ökar i form av sjukvård och äldreomsorg. Flertalet äldre anger att de upplever sin hälsa som god, även de allra äldsta. Enligt nationella folkhälsoundersökningen Hälsa på lika villkor 2016 har andelen kvinnor och män, 65–84 år, som upplever bra eller mycket bra hälsa förbättrats med ungefär fem procentenheter sedan år 2007. Totalt 60 procent av kvinnorna och 63 procent av männen uppgav att de hade en bra eller mycket bra hälsa. Men undersökningen visar också att ungefär åtta procent av kvinnorna och sex procent av männen ansåg att de hade en dålig eller mycket dålig hälsa.

Enligt Socialstyrelsens undersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? år 2016 upplever kvinnor och män med beviljade socialtjänstinsatser sämre hälsa än övriga personer 65 år eller äldre utan socialtjänstinsatser (tabell 5).

20 Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

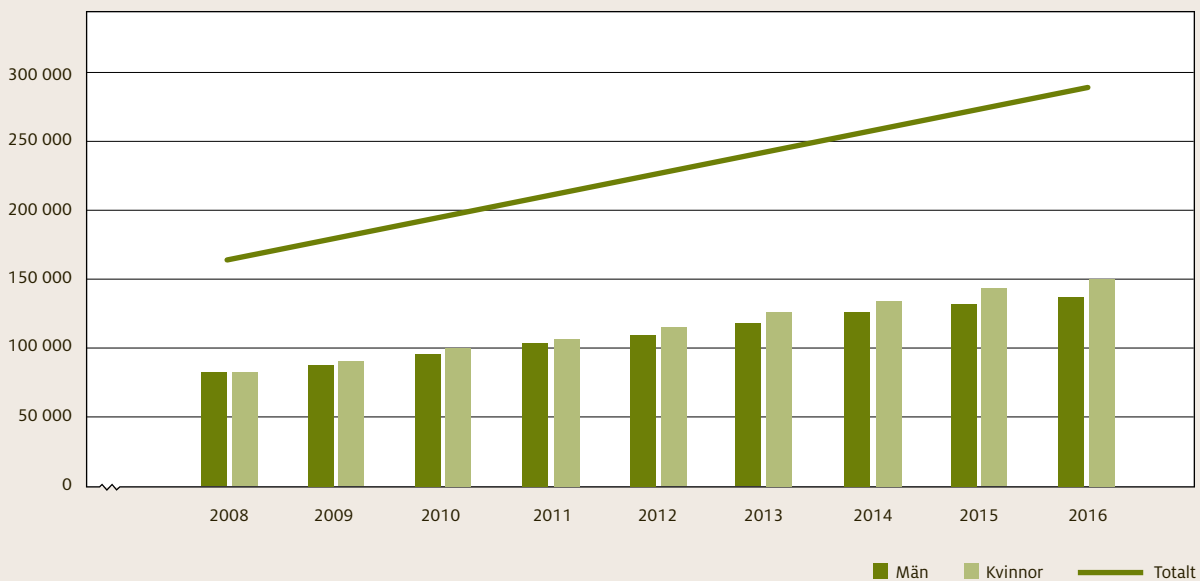
21 (Ds 2003:47, s. 167; SoU 1997; SoS; 2000).

22 Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Socialstyrelsen; 2016.

18 <http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=40a>.

19 Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån.

FIGUR 1: Antal personer över 65 år med minst 3 års eftergymnasial utbildning, år 2008–2016.



Källa: Statistiska centralbyrån.

TABELL 5. Andel (%) av kvinnor och män, 65 år eller äldre, i ordinarie boende med hemtjänstinsatser och i särskilt boende och deras upplevelse av allmänt hälsotillstånd, 2016.

	Ganska eller mycket gott hälsotillstånd	Någorlunda hälsotillstånd	Ganska eller mycket dåligt hälsotillstånd
Ordinärt boende	30 %	46 %	24 %
Särskilt boende	26 %	41 %	32 %

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

En generellt hälsosammare livsstil de senaste åren har lett till att insjuknande i hjärtinfarkt eller stroke minskat. Äldre är friskare längre, men åren med nedsatt hälsa försvinner inte utan förskjuts framåt i tiden, vilket påverkar livskvaliteten under de sista åren. Äldre personer, 80 år eller äldre, drabbas ofta av vanliga folksjukdomar som hjärtkärlsjukdom, psykiska ohälsa, diabetes, benskörhet och cancer. Med stigande ålder ökar även risken för att drabbas av demenssjukdom. Livsstilsrelaterade sjukdomar i rörelseorganen och kronisk smärta är andra tillstånd som drabbar den äldre personen. Äldre har ett svagare immunförsvar och drabbas därför hårdare av sjukdom. Den vanligaste dödsorsaken hos både män och kvinnor är hjärtsjukdom.²³

Äldres hälsoproblem

Antalet personer med många samtidiga sjukdomar blir allt fler. Äldre personer har en ökad risk att drabbas av kroniska sjukdomar och flera samtidiga sjukdomar samt skador. Åldrande, sjukdom och skada kan medföra olika typer av funktionsnedsättning som till exempel syn- och hörselnedsättning, balans- och rörelsehinder och försämrad kognitiv förmåga. Enligt nationella folkhälsoundersökningen har rörelseförmågan hos kvinnor och män 65–84 år förbättrats de senaste tio åren. Det är också färre män som år 2016 uppger att de har en kraftigt nedsatt hörsel jämfört med år 2007. Andelen kvinnor och män som rapporterat kraftigt nedsatt syn är i princip oförändrad mellan åren.

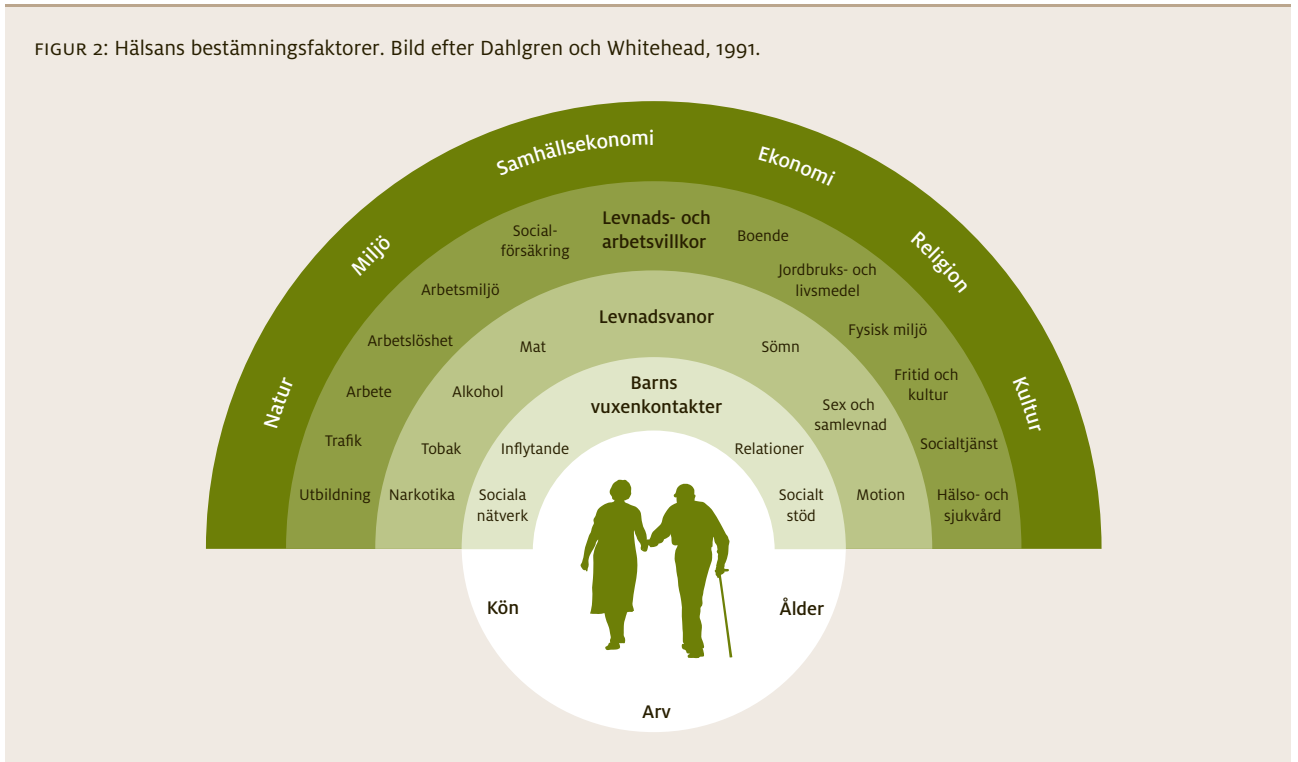
TABELL 6. Upplevd funktionsnedsättning för åren 2007 och 2016, uppdelat på kön.

Funktionsnedsättning	År 2007	År 2016
Nedsatt rörelseförmåga	40 % av männen 61 % av kvinnorna	15 % av männen 13 % av kvinnorna
Kraftigt nedsatt hörsel	20 % av männen 14 % av kvinnorna	15 % av männen 13 % av kvinnorna
Kraftigt nedsatt syn	5 % av männen 5 % av kvinnorna	4 % av männen 5 % av kvinnorna

Källa: Folkhälsomyndigheten.

23 Öhman A & Abrahamsson M. Äldres hälsa och livsstil. Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige: Forskning om äldre och åldrande, NISAL, 2017. På uppdrag av utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S:2015:03).

FIGUR 2: Hälsans bestämningsfaktorer. Bild efter Dahlgren och Whitehead, 1991.



Hälsosamt åldrande

Ett hälsosamt åldrande innebär möjlighet till oberoende och självständighet och att fortsätta vara en del av ett socialt sammanhang med positiva relationer till andra människor. Hälsa och välmående för den äldre personen betyder också tillgång till ekonomiska förutsättningar, fortsatt möjlighet till fysisk aktivitet och goda levnadsvanor.²⁴

Förutsättning för ett hälsosamt åldrande och god hälsa påverkas av livsvillkor och av individens levnadsvanor. Många människor har flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt, något som innebär att risken för sjukdom adderas och medför en multiplikativ riskökning. Undersökning av svenskars levnadsvanor kopplade till hälsa visar att det finns ett starkt samband mellan sociala faktorer och ohälsosamma levnadsvanor där personens utbildning, ekonomiska och geografiska förhållande och födelse-land påverkar den enskildes hälsa och livskvalitet.^{25 26}

Hälsofrämjande och förebyggande insatser genom hela livet, även upp i höga åldrar, har positiva effekter på hälsan och livskvaliteten.²⁷

Enligt WHO förebygger hälsosamma levnadsvanor uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdom samt cancer och fördröjer uppkomsten av typ 2-diabetes.²⁸ Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysisk aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol kommer i genomsnitt att leva 14 år längre än den som har dessa ohälsosamma levnadsvanor.²⁹

Levnadsvanor

Våra levnadsvanor grundas tidigt i livet. Arbetet med att främja hälsosamma levnadsvanor har en betydande roll i det nationella folkhälsoarbetet. Det startar redan i mödra- och barnhälsovården och pågår sedan livet ut både inom och utanför hälso- och sjukvården för att skapa samhällseliga förutsättningar för jämlik hälsa på lika villkor.³⁰ Levnadsvanor är en av de bestämningsfaktorer som har betydelse för individens hälsa och välmående, se figur 2.

24 Öhman A & Abrahamsson M. Äldres hälsa och livsstil. Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige: Forskning om äldre och åldrande, NISAL, 2017. På uppdrag av utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S:2015:03).

25 Statens folkhälsoinstitut (2009). Levnadsvanor. Lägesrapport 2009 och Socialstyrelsen (2011).

26 Socialstyrelsen (2011) Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.

27 Statens Folkhälsoinstitut (2005). Sammanfattning av Hälso-utveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskapssammanställning.

28 WHO. Cardiovascular disease, Fact sheet 317; Cancer, Fact sheet 297; Diabetes mellitus, fact sheet 312. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en/> (hämtad 171106).

29 Khaw, KT, Wareham, N, Bingham, S, Welch, A, Luben, R, Day, N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med.* 2008; 5(1):e12.

30 Socialdepartementet (2002). Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35); En förnyad folkhälso- politik (prop. 2007/08:110).

TABELL 7. Andel (%) av personer 65–84 år och deras levnadsvanor samt livsvillkor för personer 16–84 år, år 2016.

Levnadsvanor	Kvinnor	Män	2007–2016*	Livsvillkor**
Frukt/grönsaker \leq 1,3 g/dag***	15	29	Oförändrad kost	Personer med hög utbildning och hög inkomst äter nyttigare.
Fisk/skaldjur \geq 2 g/vecka	42	42	Mätvärde sedan 2016	Personer med hög utbildning och hög inkomst äter nyttigare. Detsamma gäller för inrikesfödda kvinnor som äter nyttigare än utrikesfödda kvinnor.
Registrerad övervikt****	36	49	Ökat för kvinnor och minskat för män	Kvinnor med hög inkomst är minst överviktiga. Däremot rapporterar män med hög inkomst övervikt i störst omfattning.
Registrerad fetma*****	20	17	Ökat hos båda könen	Personer med låg utbildning och låg inkomst rapporterar fetma i större omfattning.
Fysisk aktivitet \geq 30 min/dag	58	61	Oförändrad hos båda könen	Personer med hög utbildning och hög inkomst samt inrikesfödda är mest fysiskt aktiva.
Daglig tobaksrökning	8	10	Minskat hos båda könen	Personer med låg utbildning och låg inkomst röker mer. Detsamma gäller för utrikesfödda män jämfört med inrikesfödda män.
Dagligt snusande	2	13	Ingen förändring	Personer födda i Sverige snusar mest. Kvinnor med låg utbildning och män med hög utbildning snusar minst.
Riskbruk av alkohol*****	8	14	Ökat hos båda könen	Riskbruk av alkohol har ökat för utrikesfödda men inrikesfödda har högst riskkonsumtion. Personer med hög inkomst rapporterar riskkonsumtion i större omfattning.

* Förändring av levnadsvanor för personer 65–84 år mellan 2007–2016

** Jämförande data av utbildnings- och inkomstnivå och födelseland för personer 16–84 år, år 2016.

*** Folkhälsomyndigheten (2016). Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten, s 52.

**** Body Mass Index (BMI) där ett värde mellan 25–29 klassas som övervikt (vikt (kg)/längden [m²])

***** BMI 30 eller mer klassas som fetma

***** Mer än 14 standardglas per vecka för män och mer än nio standardglas per vecka för kvinnor. www.can.se (hämtad 171006)

Källa: Folkhälsomyndigheten.

Ohälsosamma levnadsvanor – ett folkhälso- problem

Ohälsosamma levnadsvanor såsom dåliga matvanor, tobaksbruk, riskbruk av alkohol och otillräcklig aktivitet påverkar den enskildes hälsa och livskvalitet. Dessa fyra levnadsvanor har stor betydelse för uppkomst av sjukdomar och bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige. Sjukdomsburden är ett internationellt mått, utvecklat av WHO och Världsbanken, för att mäta vilka sjukdomar som leder till mest ohälsa och kartlägga de riskfaktorer som har störst betydelse för uppkomst av sjukdom. Enligt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät är ohälsosamma levnadsvanor vanligt. Men för den som drabbats av sjukdom är det möjligt att snabbt förbättra sin hälsa genom förändrade levnadsvanor och livsstil.³¹

Äldres levnadsvanor

I tabell 7 finns en översiktlig redovisning av levnadsvanor för personer 65–84 år från Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoundersökning Hälsa på lika villkor mellan åren 2007 och 2016 tillsammans med jämförande data av livsvillkor såsom utbildning, inkomst och födelseland för personer 16–84 år, år 2016.

Alkoholrelaterad dödlighet har ökat

Den alkoholrelaterade dödligheten har ökat i antal för personer över 65 år. Men per 100 000 invånare har dock den alkoholrelaterade dödligheten legat relativt konstant för kvinnor och män, 65 år och äldre, sedan år 2007, se figur 3. Alkohol är en avgörande riskfaktor och en hög konsumtion kan orsaka till exempel hjärt-kärlsjukdomar, cancer, levercirros och alkoholpsykos samt ge upphov till olycksfall och skador.³²

Äldres ekonomi

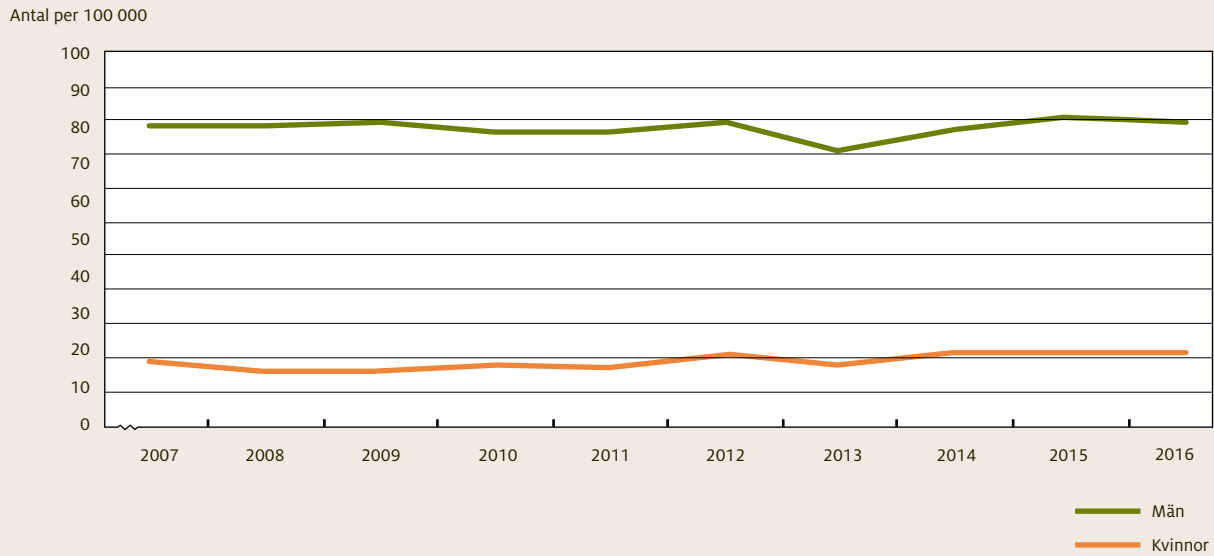
Gruppen "äldre" är inte en homogen grupp. De skillnader som finns för den övriga befolkningen när det gäller exempelvis ekonomi och levnadsvillkor gäller också gruppen äldre. Sverige brukar rankas som ett av världens bästa länder att åldras i och jämfört med andra länder så har vi en låg andel fattiga äldre.

År 2014 gjorde Socialstyrelsen en kartläggning av kommunernas avgiftssystem för vård och omsorg om äldre. Kartläggningen visar bland annat att det finns många olika avgiftssystem, och att de ofta är komplexa och kan vara svåra att förstå. Det finns också skillnader mellan kommunerna i vad som ingår i det kommunala högkostnadsskyddet. I flera kommuner ingår inte exempelvis avgiften för trygghetslarm i högkostnadsskyddet.

31 Chow, CK, Jolly, S, Rao-Melacini, P, Fox, KA, Anad, SS Yusuf, S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*. 2010; 121(6):750-8.

32 WHO (2015). Alcohol, Fact sheet 349. Tillgänglig <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>, (hämtad 171107).

FIGUR 3: Alkoholrelaterad dödlighet 2007 till 2016. Antal döda kvinnor eller män, 65 år och äldre, per 100 000 invånare.



Boende

De allra flesta över 65 år bor i vanliga bostäder, småhus och lägenheter. Enligt SCB:s undersökning av hushållens ekonomi år 2016 bor en majoritet av männen 65–79 år i småhus. Med stigande ålder blir det vanligare att bo i lägenhet än i småhus, det gäller både män och kvinnor.

Det är vanligare att kvinnor bor i hyresrätt. De ensamboende kvinnorna utgör nästan 40 procent av alla seniorhushåll.

BEHOV OCH RESURSER

Kostnader per invånare och per brukare

Äldreomsorgen utgör 20 procent av kommunernas totala verksamhetskostnader. Mellan åren 2010 och 2015 har kommunernas kostnader för äldreomsorgen ökat från 96 miljarder kronor till 114 miljarder kronor, en ökning på drygt 18 procent. Om man slår ut kostnaden per invånare över 65 år har äldreomsorgens kostnader ökat med 6,5 procent, i löpande priser. Antalet yngre äldre, mellan 65 och 79 år har ökat kraftigt under tidsperioden. Äldre över 80 år har legat ganska konstant i antal under perioden.

För äldreomsorgens kostnader för personer över 65 år som får vård och omsorg ser vi en ökande utveckling. Det kan delvis förklaras av ökade behov hos de äldre som beviljas vård och omsorg. Det är färre personer över 65 år som beviljas äldreomsorg. Det kan förklaras dels av minskade behov i befolkningen, dels att resurserna går till de äldre med de största behoven.

Andel äldre med äldreomsorg

Andel äldre som får hemtjänstinsatser i ordinärt boende har funnits med som bakgrundsmått i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre sedan år 2007. Åren 2007 och 2008 redovisade bakgrundsmåttet andel personer 80 år och äldre. Från år 2010 redovisades andel personer 65 år och äldre. I denna rapport redovisas andel personer 65 år och äldre med hemtjänstinsatser i ordinärt boende för samtliga år.

På riksnivå har andelen äldre med hemtjänstinsatser i ordinärt boende minskat från 9,5 procent till 8,6 procent mellan rapportåren 2007 och 2016. Variationen mellan kommuner har under åren varit stor. År 2016 varierade andelen äldre med hemtjänstinsatser i ordinärt boende mellan 4,3 och 15,5 procent.³³

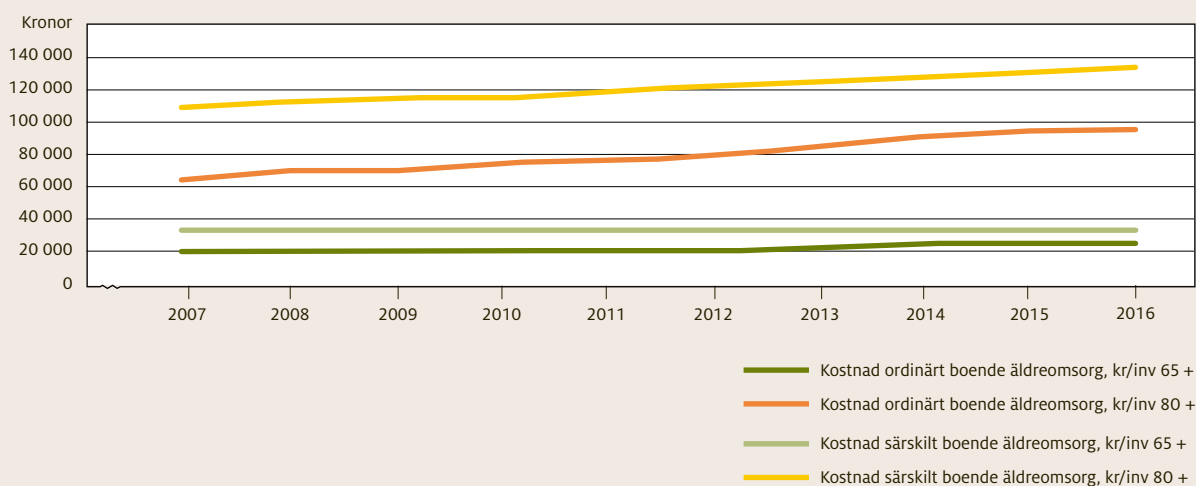
Andel äldre som bor i särskilt boende har funnits med som bakgrundsmått i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre sedan år 2007. Åren 2007 och 2008 redovisade bakgrundsmåttet andel personer 80 år och äldre. Från år 2010 redovisades andel personer 65 år och äldre. I denna rapport redovisas andel personer 65 år och äldre med beslut om permanent särskilt boende för samtliga år.

En hög andel äldre med beslut om permanent särskilt boende kan tyda på att invånarnas behov är högre än i riket eller att kommunen har en lägre tröskel för bedömningen om äldre personer ska erbjudas plats i särskilt boende.

För riket har andelen äldre som bor i särskilt boende succesivt minskat från 5,9 procent till 4,2 procent mellan

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

FIGUR 4: Kostnad för insatser i ordinärt och särskilt boende kr utslaget per invånare över 65 år respektive över 80 år, för åren 2007–2016.



Källa: Kolada.

rapportåren 2007 och 2016. Variationen mellan kommunerna har under åren varit stor. År 2016 varierade andelen mellan 0,5 procent och 8,6 procent.³⁴

Uppgifter saknas för år 2009 för både hemtjänst och särskilt boende.

Allt fler personer får insatser i det ordinära boendet, även om andelen minskar något under tidsperioden. Detta beror på att antalet personer mellan 65–79 år har ökat kraftigt under tidsperioden. Behov av att stärka personalens kompetens för att möta äldre med stora vårdbehov med hemtjänst är därför fortsatt stort.³⁵

Fler anställda i vård och omsorg om äldre

Det saknas en gemensam nationell insamling av uppgifter om personal och antal anställda inom äldreomsorgen. Uppgifter från SOU 2017:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre visar att antalet anställda i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (kommunalt anställda och anställda hos enskilda utförare) har ökat under tidsperioden.

TABELL 8. Antal anställda i kommunfinansierad vård och omsorg om äldre, år 2009 och år 2015.

Anställda	År 2009	År 2015
Undersköterskor och vårdbiträden	205 258	228 985
Sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter	13 411	17 685
Biståndshandläggare och chefer	6 880	7 503*

Källa: SoU 2017:21, sid 259 *antal biståndshandläggare från år 2014.

Antalet legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ökat med drygt 4 200 personer mellan åren 2009 och 2015. En del av förklaringen beror på att många kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvården från landstingen under perioden.

Kommunens ansvar

Kommunerna har huvudansvaret för äldreomsorgens verksamheter och verksamheten finansieras med kommunala skattemedel, oavsett driftsform.

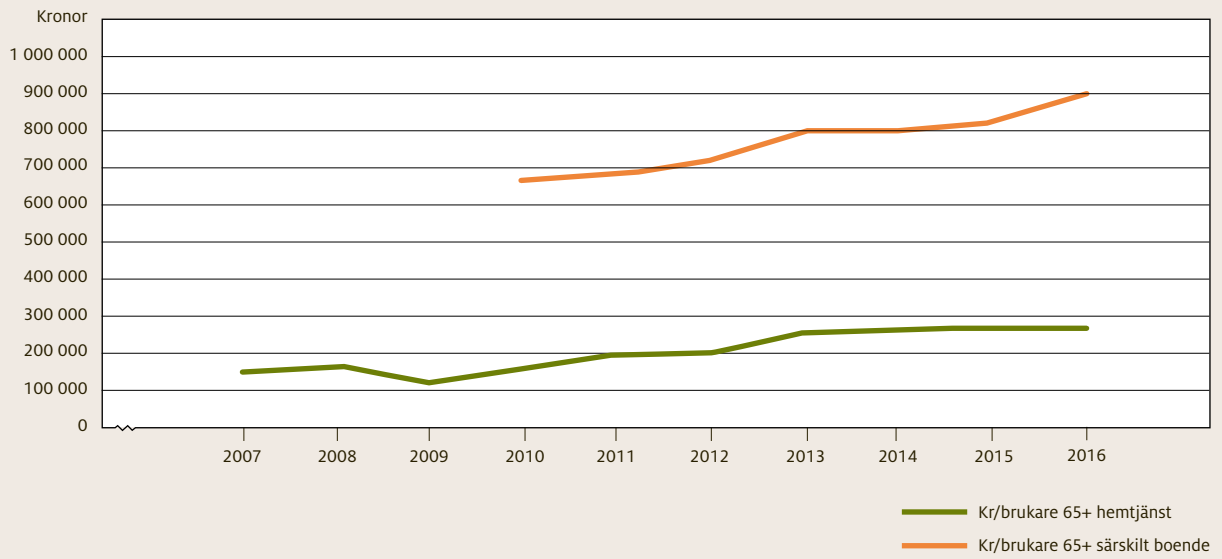
Med hemtjänst avses en behovsbedömd insats i form av service och personlig omvårdnad som utförs i den äldres bostad. Det kan handla om praktisk service som att städa, handla och leverera färdiglagad mat. Beroende på den äldres behov kan hjälpen också innefatta personlig omvårdnad, till exempel hjälp med hygien, stöd vid förflyttning, och annan omsorg.

Särskilt boende är ett individuellt behovsprövat boende som kommunerna tillhandahåller till personer som behöver vård, omsorg och stöd dygnet runt. De allra flesta som bor i särskilt boende behöver omfattande hjälp flera gånger under dygnet. De flesta av de äldre har flera samtida sjukdomar och många har också kognitiva sjukdomar och besvär och behöver därför särskilt anpassad vård och omsorg.

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

35 Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017. Stockholm. Socialstyrelsen; 2017.

FIGUR 5: Utvecklingen av kostnaderna per brukare 65 år och äldre med hemtjänst eller särskilt boende, år 2007–2016.



Källa: Kolada.

FIGUR 6: Andel personer 65 år och äldre med insats från hemtjänst eller beslut om särskilt boende, år 2007–2016.



Källa: Registret för socialtjänstinsatser, Socialstyrelsen.



Indikatorer och tidsserier – resultat

INLEDNING

I detta kapitel presenteras resultatet för de indikatorer som valts ut för att belysa utvecklingen av kvaliteten inom vård och omsorg om äldre. Fokus i denna rapport är i första hand jämförelser över tid.

De första tio indikatorerna speglar utvecklingen inom vård, stöd och omsorg i hemtjänst och särskilt boende. Dessa presenteras i avsnitten Vård, stöd och omsorg om äldre. I avsnittet om sammanhållen vård och omsorg redovisas indikatorerna som kopplas till hälso- och sjukvårdsinsatser.

VÅRD, STÖD OCH OMSORG OM ÄLDRE

Utvecklingen av boendestandard och teknik i särskilt boende

Sedan ÄDEL-reformen har en fortsatt modernisering av det särskilda boendet skett. Flerbäddsrummen på sjukhem och långvårdsavdelningar har successivt nästan försvunnit, och ersatts av egna rum eller lägenheter med

ett andrahandskontrakt. I den första öppna jämförelsen från år 2007 fanns boendestandard i särskilt boende med som en indikator. År 2007 hade 66 kommuner fortfarande kvar totalt 1 614 platser i flerbäddsrum som permanent särskilt boende. Vid Socialstyrelsens senaste kartläggning av boendestandarden i särskilt boende för äldre från år 2015, fanns det 51 platser i flerbäddsrum kvar i åtta kommuner. En modern lägenhet i permanent särskilt boende består vanligtvis av 35–40 kvm, eget hygienutrymme och med möjlighet till enklare matlagning. År 2007 var det 39 kommuner som kunde erbjuda detta i samtliga särskilda boenden i kommunen. År 2015 var det 76 kommuner som kunde erbjuda denna standard i sina samtliga särskilda boenden.

Välfärdsteknik i olika former kan bidra till en tryggare, mer självständig och mer individanpassad vård och omsorg. Tekniken kräver ofta tillgång till wifi och bredband. År 2013 gjordes den första insamlingen av uppgifter om wifi i den egna lägenheten i särskilt boende. Då kunde 26 kommuner erbjuda wifi i samtliga lägenheter i särskilt bo-

TABELL 9. Översiktstabell över resultat för riket gällande samtliga indikatorer inom hemtjänst och särskilt boende åren 2007 till 2016. Årtalet gäller rapportår vilket innebär att statistikårets värde kan vara ett annat.

Indikator	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Önskvärd riktning
Hänsyn till åsikter och önskemål i hemtjänsten (%)	-	-	-	65	63	85	86	87	87	87	Hög andel
Hänsyn till åsikter och önskemål i särskilt boende (%)	-	-	-	54	49	79	79	79	79	80	Hög andel
Tillräckligt med tid i hemtjänsten (%)	-	-	-	-	-	81	82	82	82	82	Hög andel
Tillräckligt med tid i särskilt boende (%)	-	-	-	-	-	70	72	72	72	73	Hög andel
Genomförandeplan och delaktighet i hemtjänsten (%)	-	-	-	-	-	66	-	66	-	68	Hög andel
Genomförandeplan och delaktighet i särskilt boende (%)	-	-	-	-	-	83	-	83	-	79	Hög andel
Personalkontinuitet i hemtjänsten (antal)	12	13	13	13	13	13	14	15	15	15	Lågt antal
Maten i särskilt boende (%)	-	-	-	-	-	75	77	75	76	76	Hög andel
Hemtjänsten i sin helhet (%)	-	79	73	70	73	88	89	89	89	89	Hög andel
Särskilt boende i sin helhet (%)	-	76	70	65	69	80	83	83	82	83	Hög andel

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Enhetsundersökningen, Socialstyrelsen, kommunernas egna undersökningar, Kolada.

ende. År 2016 erbjöd 43 kommuner wifi i särskilt boende. År 2016 kunde nästan alla kommuner, 97 procent, erbjuda så kallade passiva larm i särskilt boende och 11 procent erbjöd nattillsyn med kamera i särskilt boende.

Resultat över tid

Alla indikatorer har inte resultat för alla åren, vilket beror på att datakällorna och datakvalitet har förbättrats med åren. Vi har valt att beskriva utvecklingen under tidsperioden för hemtjänst och särskilt boende med följande indikatorer:

1. Hänsyn till åsikter och önskemål hemtjänst
2. Hänsyn till åsikter och önskemål särskilt boende
3. Tillräckligt med tid hemtjänst
4. Tillräckligt med tid särskilt boende
5. Genomförandeplan och delaktighet i hemtjänst
6. Genomförandeplan och delaktighet i särskilt boende
7. Personalkontinuitet i hemtjänsten
8. Maten i särskilt boende
9. Helhetsbedömning i hemtjänst
10. Helhetsbedömning i särskilt boende

Hänsyn till åsikter och önskemål i ordinärt och särskilt boende

Vård och omsorg i äldreomsorgen ska vara individanpassad. Det innebär att den äldre ska ha inflytande över innehållet samt hur och när stödet och omsorgen utformas. Personalen ska ta reda på och lyssna till den äldres önskemål och behov, och behöver agera utifrån varje enskild person. Inflytande och delaktighet är grundläggande faktorer för att de äldre ska kunna påverka sin egen livssituation och behålla en hög grad av självbestämmande och integritet.

Indikatorn redovisades första gången i öppna jämförelser år 2010 och bygger på andel positiva svar från nedanstående fråga från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

- Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?

HÄNSYN TILL ÅSIKTER OCH ÖNSKEMÅL I HEMTJÄNSTEN

För riket har resultatet förbättrats med en procentenhet mellan åren 2013 och 2016, från 86 till 87 procent. Resultatet för män har varit oförändrat mellan åren 2013 och 2016, 87 procent. För kvinnor har resultatet ökat med en procentenhet, till 87 procent. I tabell 9 redovisas resultat för riket, spridning mellan kommuner samt resultat uppdelat på kvinnor och män.

TABELL 10. Andel äldre med hemtjänstinsatser som anser att hemtjänstpersonalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, åren 2010–2016.

	Totalt	Min-Max	Män	Kvinnor
2010*	65	44-89	-	-
2011	63	42-83	-	-
2012**	85	69-96	86	85
2013***	86	64-98	87	86
2014	87	67-96	87	86
2015	87	73-98	87	87
2016	87	63-100	87	87

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

*Åren 2010–2012 var detta en urvalsundersökning och är inte jämförbart med senare år.

**År 2012 togs helt nya enkäter fram.

***Åren 2013–2016 är detta en totalundersökning.

TABELL 11. Kommuner med högst andel äldre som anser att hemtjänstpersonalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål, åren 2010–2016.

År	Kommun/er	Andel
2010	Lekeberg	89
2011	Hylte	83
2012	Nyköping	96
2013	Dorotea, Laxå	98
2014	Mellerud, Öckerö	96
2015	Nykvarn	98
2016	Dals-Ed	100

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

Det är en liten förbättring som har skett i riket samt för kvinnor och män under de senaste fem åren. År 2016 är det ingen skillnad mellan kvinnor och män.

HÄNSYN TILL ÅSIKTER OCH ÖNSKEMÅL I SÄRSKILT BOENDE

På riksnivå har resultatet förbättrats med en procentenhet mellan åren 2013 och 2016, från 79 till 80 procent. För såväl män som kvinnor har resultatet förbättrats med en procentenhet under samma tidsperiod. Det är en något högre andel kvinnor som anser att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål, jämfört med män.

I tabell 11 redovisas resultatet för riket, spridning mellan kommuner och resultat uppdelat på kvinnor och män.

TABELL 12. Andel äldre i särskilt boende som anser att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, åren 2010–2016.

År	Totalt	Min-Max	Män	Kvinnor
2010*	54	27-81	-	-
2011	49	26-75	-	-
2012**	79	62-94	78	79
2013***	79	58-94	78	79
2014	79	59-98	79	79
2015	79	56-95	78	79
2016	80	65-97	79	80

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

*Åren 2010–2012 var detta en urvalsundersökning och är inte jämförbart med senare år

**År 2012 togs helt nya enkäter fram.

***Åren 2013–2016 är detta en totalundersökning.

TABELL 13. Kommuner med högst andel äldre i särskilt boende som anser att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål, åren 2010–2016.

År	Kommun/er	Andel
2010	Ödeshög	81
2011	Olofström	75
2012	Heby, Trosa	94
2013	Vansbro	94
2014	Robertsfors	98
2015	Hjo, Ragunda	95
2016	Skurup	97

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

Tillräckligt med tid i hemtjänst och särskilt boende

För att tillgodose den äldres behov av stöd och hjälp är det viktigt att personalen har tillräckligt med tid för att kunna utföra arbetet. Den äldres upplevelse av att personalen har tid är också en aspekt av inflytande över hur och när stödet ges.

Indikatorn redovisades första gången i öppna jämförelser år 2012 och bygger på andel positiva svar från nedanstående fråga från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

- Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete?

TILLRÄCKLIGT MED TID I HEMTJÄNST

I riket har resultatet varit oförändrat mellan åren 2013 och 2016, 82 procent. Resultat har varit oförändrat för kvinnor och män, 81 respektive 84 procent. Det är en högre andel män som anser att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete, jämfört med kvinnor. Spridningen mellan kommunernas resultat har legat på en jämn nivå under tidsperioden.

I tabell 13 redovisas resultat för riket, spridning mellan kommuner och resultat uppdelat på kvinnor och män.

TABELL 14. Andel äldre med hemtjänstinsatser som anser att hemtjänstpersonalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete, åren 2012–2016.

År	Totalt	Min-Max	Män	Kvinnor
2012*	81	58-97	83	80
2013**	82	60-100	84	81
2014	82	69-97	83	81
2015	82	63-98	84	81
2016	82	58-97	84	81

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

*År 2012 var detta en urvalsundersökning och nya enkäter togs fram.

**Åren 2013–2016 är detta en totalundersökning.

TABELL 15. Kommuner med högst andel äldre som anser att hemtjänstpersonalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att utföra arbetet, åren 2012–2016.

År	Kommun/er	Andel
2012	Gnosjö, Nykvarn	97
2013	Sorsele	100
2014	Kinda	97
2015	Gnosjö	98
2016	Boxholm, Sorsele	97

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

TILLRÄCKLIGT MED TID I SÄRSKILT BOENDE

I riket har resultatet förbättrats med en procentenhet mellan åren 2013 och 2016, från 72 till 73 procent. Resultat för kvinnor och män har ökat med en procentenhet, från 74 till 75 procent för män, och från 71 till 72 procent för kvinnor. Liksom inom hemtjänsten är det en högre andel män i särskilt boende som anser att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete. Spridningen mellan kommunernas resultat har legat på en stabil nivå under tidsperioden.

I tabell 16 redovisas resultat för riket, spridning mellan kommuner och resultat uppdelat på kvinnor och män.

TABELL 16. Andel äldre i särskilt boende som anser att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete, åren 2012–2016.

	Totalt	Min-Max	Män	Kvinnor
2012*	70	40-91	72	70
2013**	72	46-91	74	71
2014	72	43-95	74	72
2015	72	42-92	74	72
2016	73	42-91	75	72

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

*År 2012 var detta en urvalsundersökning och nya enkäter togs fram.

**Åren 2013–2016 är detta en totalundersökning. Jämförelser mellan åren 2013 och 2016 är helt jämförbara.

TABELL 17. Kommuner med högst andel äldre som anser att personal i särskilt boende alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete, åren 2012–2016.

	Kommun/er	Andel
2012	Klippan	91
2013	Mönsterås	91
2014	Svenljunga	95
2015	Sunne	92
2016	Sunne	91

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? .

Det är en liten förbättring i riket samt för kvinnor och män under de senaste fem åren. Spridningen mellan kommunernas resultat har legat på en jämn nivå. Liksom i hemtjänst är det en högre andel män som anser att personalen alltid eller oftast har tillräcklig med tid för att utföra sitt arbete, jämfört med kvinnor.

Delaktighet och aktuell genomförandeplan i hemtjänst och särskilt boende

En genomförandeplan beskriver hur och när en insats ska genomföras utifrån biståndsbeslutet. Det är viktigt att ha en dokumentation som beskriver målet med de olika insatserna och när de ska utvärderas. Det blir lättare för teamet runt den äldre att ha en samsyn kring syftet med genomförandet. Planen ökar också möjligheten till omsorgskontinuitet, och den äldre slipper förklara för vikarier och ny personal vad som ska göras när den ordinarie personalen inte finns på plats. Planen är central för genomförandet och bör därför följas upp regelbundet, dvs. hållas aktuell för att ha de bästa förutsättningar att tillgodose den enskildes behov av insatser.³⁶ Den äldre bör vara delaktig vid upprättande av en genomförandeplan.

Tabellen nedan beskriver andelen personer 65 år och äldre som varit delaktiga i upprättandet av en genomförandeplan av deras vård och omsorg.

TABELL 18. Andel personer med aktuell genomförandeplan ej äldre än 6 månader 2012–2016 där den äldre personen varit delaktig, åren 2012, 2014 och 2016.

Insats/år	2012	2014	2016*
Hemtjänst	66	66	68
Särskilt boende	83	83	79

Källa: Enhetsundersökningen, Socialstyrelsen.

*År 2016 redovisas en ny indikator som beskriver andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande/ändring av sin genomförandeplan.

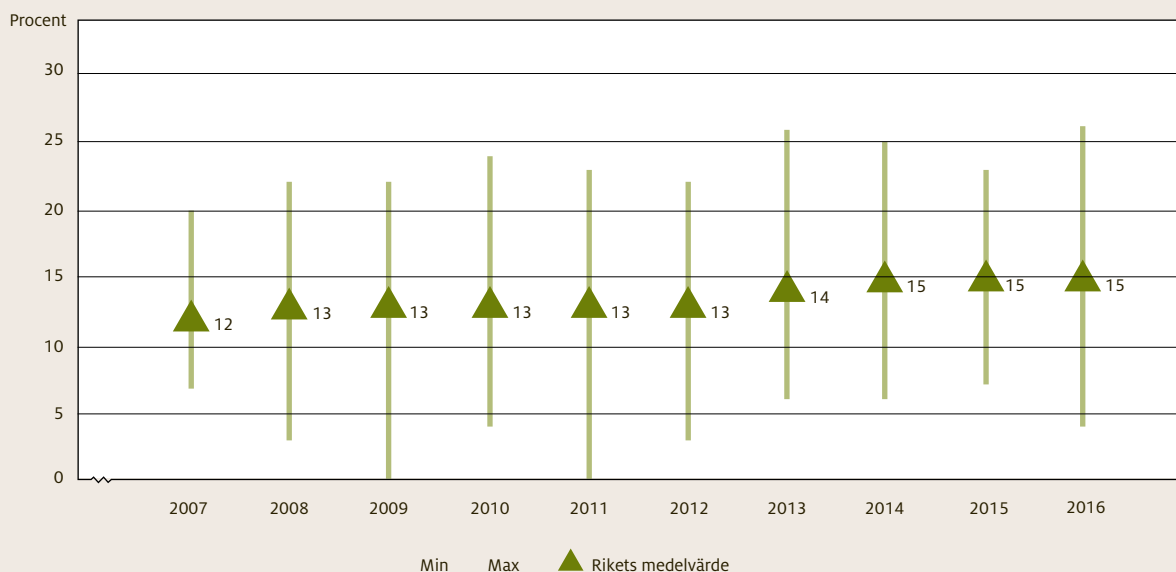
PERSONALKONTINUITET I HEMTJÄNSTEN

Kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid vård och omsorg om äldre. Personalkontinuitet innebär att den äldre, i största möjligaste mån, får vård och omsorg av samma personal. Många äldre med hemtjänst möter i sin vardag personal från olika yrkesgrupper och olika verksamheter och utförare. För de flesta äldre är det mer tryggt att få stöd och hjälp av personal som de känner igen och där man har byggt upp en ömsesidig relation.

Indikatorn för personalkontinuitet mäter antalet hemtjänstpersonal som den äldre med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod mellan kl. 07.00 och 22.00. Uppgifterna

36 Kommun- och enhetsundersökningen 2012. Socialstyrelsen; 2012.

FIGUR 7: Personalkontinuitet för personer över 65 år med hemtjänst, år 2007–2016.



Källa: Kommunernas egen insamling till KKIK.

är frivilligt rapporterade från kommuner, och antalet kommuner som rapporterar har ökat under tidsperioden.

Indikatorn har funnits med sedan den första öppna jämförelsen år 2007. Det är eftersträvänsvärt med ett lågt värde på indikatorn. Personalkontinuiteten har försämrats under åren 2007–2016, från 12 till 15 olika personal som en äldre person med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod. Spridningen mellan kommun med bästa respektive sämsta värde har ökat något under tidsperioden.

Av figur 7 framgår att spridningen mellan kommunerna har varierat mellan åren.

TABELL 19. Kommuner med bästa värde för personalkontinuitet år 2007–2016.

År	Kommun	Antal personal
2007	Luleå, Robertsfors och Älmhult	7
2008	Rättvik	3
2009	Övertorneå	5
2010	Sollentuna	4
2011	Nykvarn	5
2012	Upplands Bro	3
2013	Ydre	6
2014	Nynäshamn, Hörby och Övertorneå	6
2015	Täby, Emmaboda	7
2016	Åsele	5

Källa: Kommunernas egen insamling till KKIK.

MATEN PÅ SÄRSKILT BOENDE

Undernäring är vanligare hos äldre personer än hos den övriga befolkningen. Mat är en viktig friskfaktor. Läkemedel kan påverka aptiten negativt och läkemedel används i högre utsträckning hos gruppen äldre. Kroniska sjukdomar kan också påverka den äldres aptit och upplevelse av måltidsmiljö. Därför behövs en individanpassad och genomtänkt kost och en bra måltidsmiljö som bidrar till matlust och gemenskap.

Indikatorer om de äldres uppfattning av maten eller måltidsmiljön fanns med i öppna jämförelser första gången år 2008, och från år 2010 har både hur maten smakar och måltidsmiljön funnit med.

För riket har värdena förbättrats för både hur maten smakar och hur måltidsmiljön upplevs.

I tabellerna 20 och 21 presenteras värdet för riket, och resultatet för de kommuner som förbättrat sitt resultat varje år. Det betyder inte att de har det bästa värdet, men att de gjort en förbättringsresa – varje år lite bättre.

TABELL 20. Äldre på särskilt boende som upplever måltiden som en trevlig stund på dagen, riket, de kommuner som förbättrat sitt resultat varje år, år 2012 och 2016, procent.

Kommun	År 2012	År 2016
Riket	68	70
Hultsfred	61	81
Härreda	58	79
Ånge	69	79
Åre	64	80

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

År 2012 var det Götene som fick det högsta resultatet, där 88 procent av de äldre på särskilt boende upplevde måltiden som en trevlig stund på dagen. År 2016 var det de äldre i Mullsjö som var mest nöjda, 93 procent.

Det är betydligt fler kommuner som förbättrat sitt resultat varje år när det gäller hur de äldre på särskilt boende upplever hur maten smakar. Frågorna i undersökningen ändrades år 2012, därför är värdet från år 2010 inte jämförbart med övriga år.

TABELL 21. Äldre i särskilt boende som svarat att maten smakar bra eller mycket bra. Riket, bästa kommun samt de kommuner som förbättrat sitt resultat varje år.

Kommun	År 2010	År 2013	År 2016
Riket	51	77	76
Bästa kommun	Arjeplog, 81	Töreboda, 95	Åsele, 94
Finspång	62	76	81
Hammarö	40	76	77
Karlshamn	45	74	80
Ljusnarsberg	31	74	84
Lycksele	31	64	66
Nynäshamn	43	79	80
Stenungssund	52	76	80
Västervik	45	67	77
Ånge	65	78	80

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

De kommuner där högst andel av de äldre är nöjda med hur maten smakar var år 2010 Arjeplog med 81 procent, år 2013 Töreboda med 95 procent och år 2016 Åsele med 94 procent av de äldre som tycker att maten smakar bra eller mycket bra.

Det finns vissa skillnader mellan män och kvinnor när det gäller upplevelsen av hur maten smakar och måltidsmiljön. Männerna är något mer positiva än kvinnorna. Mönstret är detsamma över åren.

BEDÖMNING AV HEMTJÄNSTEN OCH SÄRSKILT BOENDE I SIN HELHET

Indikatorn har redovisats i öppna jämförelser sedan år 2010. De äldre har svarat på nedanstående fråga i undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

- Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har?
- Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt särskilda boende?

Måttet beskriver andel äldre personer som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten respektive sitt särskilda boende. Tabellerna 22 och 23 redovisar kommuner med högst andel äldre som svarat att de sammantaget är mycket eller ganska nöjda med sin hemtjänst respektive sitt särskilda boende, åren 2010–2016.

Bedömning av hemtjänsten i sin helhet

Resultat för riket har varit oförändrat mellan åren 2013–2016, 89 procent. Andel kvinnor som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten har pendlat mellan 89 och 90 procent. För män har andelen legat mellan 81 och 82 procent.

TABELL 22. Kommuner med högst andel äldre som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med sin hemtjänst, åren 2010–2016.

	Kommun/er	Andel (%)
2010*	Boxholm	89
2011	Dorotea	86
2012**	Lessebo	100
2013***	Lekeberg	100
2014	Boxholm	100
2015	Markaryd, Robertsfors	99
2016	Färgelanda, Lessebo	100

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

*Åren 2010–2012 var det en urvalsundersökning.

**År 2012 togs nya enkäter fram.

***Åren 2013–2016 är det en totalundersökning och jämförelser är helt jämförbara.

Bedömning av särskilt boende i sin helhet

Liksom inom hemtjänsten har resultat för riket i stort sett varit oförändrat under åren 2013–2016, 83 procent. Andel kvinnor och män som svarat att de sammantaget är mycket eller ganska nöjda med sitt särskilda boende har i stort sett varit oförändrat under tidsperioden, 83 procent av kvinnorna och 82 procent av männen är nöjda.

TABELL 23. Kommuner med högst andel äldre som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med sitt särskilda boende, åren 2010–2016.

	Kommun/er	Andel (%)
2010*	Bjurholm	87
2011	Arjeplog	85
2012**	Gagnef	98
2013***	Forshaga	97
2014	Tibro	98
2015	Laholm	97
2016	Sunne, Svenljunga	97

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

*Åren 2010–2012 var det en urvalsundersökning.

**År 2012 togs nya enkäter fram.

***Åren 2013–2016 är det en totalundersökning och jämförelser är helt jämförbara.

Högsta värdet har ökat genom åren för såväl hemtjänst som särskilt boende.

Det är en högre andel äldre i riket som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med sin hemtjänst, jämfört med äldre som är nöjda med sitt särskilda boende.

Helhetsbedömningen påverkas av en rad olika faktorer, varför det kan vara svårt att analysera vad som har påverkat kommunens sammantagna resultat.

SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE

Sammanhållen vård och omsorg handlar inte bara om samverkan mellan kommuner och landsting som organisationer. Det handlar också om det dagliga samarbetet

mellan olika professioner som finns nära den äldre personen. Det kan vara primärvårdsläkaren som skriver ut läkemedel, sjuksköterskan i kommunal hälso- och sjukvård som iordningställer mediciner och fysioterapeuten som ordinerar balansträning och sedan undersköterskan på det särskilda boendet som hjälper till med balansträning och stöttar den äldre med att få i sig ordinerade läkemedel.

Undersköterskan i den kommunala äldreomsorgen är ofta den som känner den äldre bäst, träffar den äldre regelbundet i vardagliga situationer, och är den som tidigt kan läsa av om den äldres situation förändras.

Indikatorer för sammanhållen vård och omsorg

I denna jubileumsrapport har vi valt ut tio indikatorer som på olika sätt speglar delar av kvalitetsutvecklingen under åren 2007 till 2016 för den sammanhållna vården och omsorgen om äldre. Alla indikatorer har inte resultat för alla åren, vilket beror på att datakällorna och täckningsgrader har förbättrats med åren. Indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg är:

1. Väntetider till särskilt boende för äldre.
2. Riskförebyggande åtgärder ordinärt boende.
3. Riskförebyggande åtgärder särskilt boende.
4. Fallskador som leder till sjukhusvård, personer över 80 år.
5. Funktionsförmåga 12 månader efter stroke, personer över 65 år.
6. Brytpunktssamtal, personer över 65 år.
7. Smärtkattning sista levnadsveckan, personer över 65 år.
8. Tre eller fler psykofarmaka, personer över 75 år.
9. Olämpliga läkemedel, personer över 75 år.
10. Antipsykotiska läkemedel, personer över 75 år.



TABELL 24. Översiktstabell över resultat för riket gällande samtliga indikatorer som beskriver sammanhållen vård och omsorg åren 2007 till 2016. Årtalet gäller rapportår vilket innebär att statistikåret värdet gäller kan vara ett annat.

Indikator	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Önskvärd riktning
Väntetid till särskilt boende (antal dagar)	55	51	53	49	53	52	50	52	57	57	Lågt antal dagar
Risikoförebyggande åtgärder i ordinärt boende (andel)	-	-	-	-	-	-	-	34	35	43	Hög andel
Risikoförebyggande åtgärder i särskilt boende (andel)	-	-	-	-	-	-	-	55	55	62	Hög andel
Antal fallskador per 1 000 invånare 80 år och äldre (antal)	-	57	57	58	59	60	61	61	61	60	Lågt antal
Funktionsförmåga 12 månader efter stroke (andel)	-	-	-	-	40	64	63	67	70	68	Hög andel
Brytpunktssamtal (andel)	31	30	22	23	-	44	50	58	61	63	Hög andel
Smärtskattning sista levnadsveckan (andel)	-	4	5	5	-	16	25	34	39	43	Hög andel
Tre eller fler psykofarmaka bland personer 75 år och äldre (andel)	4,09	3,99	3,85	3,92	4,05	3,64	3,66	3,75	3,89	3,8	Låg andel
Olämpliga läkemedel bland personer 75 år och äldre (andel)	12,5	12	11,5	11,2	10,7	9,17	8,5	8,09	7,69	6,79	Låg andel
Antipsykotiska läkemedel bland personer 75 år och äldre (andel)	3,13	2,72	2,5	2,41	2,34	1,98	1,96	2,03	2,05	2,05	Låg andel

Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada, Senior Alert, patientregistret, Socialstyrelsen, Svenska palliativregistret, läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

TABELL 25. Kommuner med kortast väntetid till särskilt boende åren 2007–2016.

År	Kommun	Antal dagar
2007	Vänersborg	10
2008	Grästorp	1
2009	Grästorp	1
2010	Grästorp	1
2011	Vänersborg	5
2012	Vänersborg	5
2013	Årjäng	1
2014	Arjeplog	5
2015	Trosa	4
2016	Arjeplog	5

Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada.

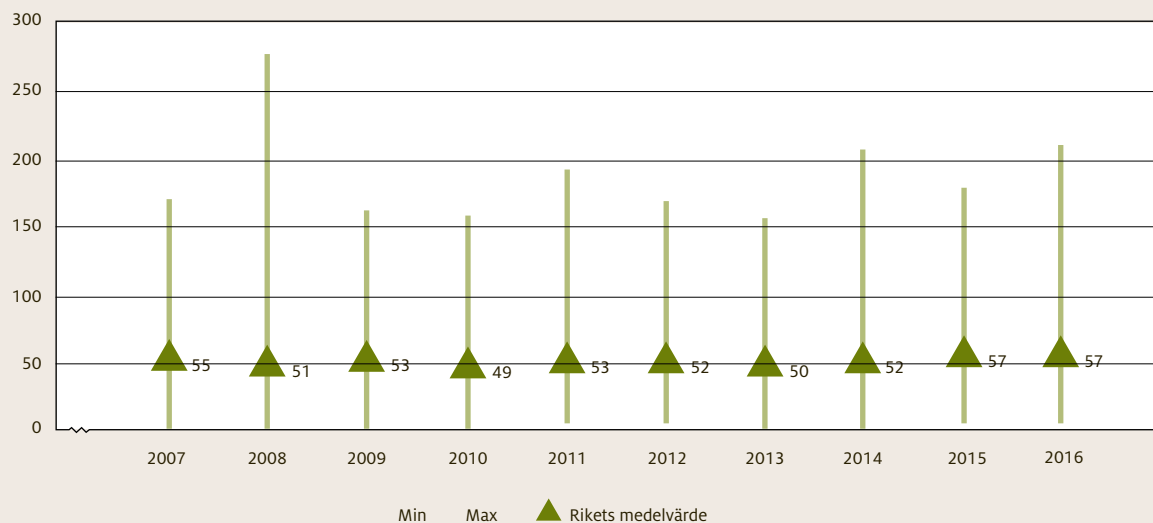
Väntetid till särskilt boende

Den som beviljats ett särskilt boende ska inte behöva vänta för länge på erbjudande om att få plats på ett boende. En lång väntan kan få negativa konsekvenser för den äldres hälsa och påverka anhöriga negativt. Kommunerna har en skyldighet att verkställa gynnande beslut inom skälig tid. IVO kan utkräva en särskild avgift från kommunen om väntetiden är oskäligt lång.

Indikatorn väntetider till särskilt boende visar kommunens beredskap och förmåga att planera tillgången till särskilt boende i förhållande till befolkningens behov. Indikatorn bygger på frivilligt inrapporterad data. Kommunen gör en egen mätning av det genomsnittliga antalet väntedagar från ansökan till erbjuden plats på särskilt boende för personer över 65 år. Antalet kommuner som deltagit i undersökningen har ökat under tidsperioden.

Indikatorn har funnits med sedan den första öppna jämförelsen år 2007. Det är eftersträvänsvärt med ett lågt värde på indikatorn. Väntetiden till särskilt boende har

FIGUR 8: Antal dagar från beslut om särskilt boende till erbjudande om inflyttning, riket samt spridning i antal dagar, år 2007–2016.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada.

försämrats under åren 2007–2016, från 55 till 57 väntedagar. Spridningen mellan kommunerna har kontinuerligt varit stor, men spridningen var som störst år 2008.

Risikförebyggande vård och omsorg

För att uppnå en god kvalitet i vården och omsorgen av sköra äldre bör vården och omsorgen arbeta hälsofrämjande. Ett riskförebyggande arbetssätt inom områdena fall, undernäring, trycksår, nedsatt munhälsa och blåsdysfunktion har betydelse för äldres livskvalitet och välmående. Kvalitetsregistret Senior Alert underlättar för vård- och omsorgspersonal att systematiskt och strukturerat identifiera risker på individnivå och vidta åtgärder samt följa upp genomförd insats. Dokumentationen är en del av det riskförebyggande arbetssättet.³⁷

KVALITETSREGISTER SENIOR ALERT

Mellan åren 2014 och 2016 redovisades indikatorn Riskförebyggande vård och omsorg som en sammanslagning av fyra områden: fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer, 65 år och äldre, i ordinärt eller särskilt boende. Indikatorvärdet beskriver andel personer som bedömts ha en risk från en eller flera områden och fått minst en planerad åtgärd per område. All data hämtas från nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Andelen personer, 65 år och äldre, i särskilt boende som identifierats med risk inom något område och som erhållit minst en planerad åtgärd per område har ökat med sju procent mellan åren 2013 och 2016. År 2016 erhöll 62 pro-

cent av identifierade personer förebyggande åtgärder per riskområden, något fler kvinnor än män identifierades. För ordinärt boende var motsvarande siffra 43 procent, en ökning med nio procentenheter sedan 2014. Även här var det fler kvinnor än män som identifierades och som erhöll förebyggande åtgärder.

Det är stor spridning mellan kommuner med högsta respektive lägsta värde i andel identifierade personer i riskzonen som erhållit hälsoförebyggande åtgärder. År 2016 rapporterade 276 kommuner data till Senior Alert för särskilt boende, motsvarande siffra för ordinärt boende var 130 kommuner. Trots verksamheternas förbättringar inom det riskförebyggande arbetet var det nästan 4 av 10 identifierade personer i särskilt boende och nästan 6 av 10 i ordinärt boende som inte erhöll planerade åtgärder för att förhindra hälsorelaterade problem inom områdena fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa.

Fallskador i befolkningen 80 år och äldre

Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering. Fallolyckor går att förebygga; inte minst fysisk träning minskar effektivt risken för både fall och frakturer hos äldre. Socialstyrelsen skärpte i december 2014 rekommendationen i de nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar som avser fallpreventiva åtgärder i hemmet.³⁸ Vissa typer av läkemedel utgör dessutom en ökad risk för fallolyckor.³⁹

37 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer Del 2, SOU 2017:21.

38 Nationella riktlinjer–Utvärdering. Vård vid rörelseorganens sjukdomar. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2014.

39 Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre – Fokus på antidepressiva läkemedel Socialstyrelsen; 2016.

FIGUR 9: Fallskador, personer 80 år och äldre.

Antal personer 80 år och äldre per 1 000 invånare som vårdats i slutenvården på grund av fallskada, treårsmedelvärden.

Antal per 1 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I den specialiserade vården uppgick kostnaderna för fallskador till 7,4 miljarder kronor under år 2014. Det motsvarar 5,2 procent av den specialiserade somatiska vårdens kostnader. Andelen varierar mellan landstingen från 1,9 till 13,6 procent. Utöver den specialiserade vården har landstingen också kostnader för fallskador inom primärvården. Dessa kostnader har inte kunnat beräknas. Fallskador leder också till att personer i högre utsträckning behöver vård, omsorg och stöd av kommunen. Kostnaderna för vård och omsorg i kommunerna till följd av fallskador beräknas uppgå till minst 3,7 miljarder kronor för år 2014. Av dessa kostnader avser 3,6 miljarder kostnader för äldreomsorgen, vilket motsvarar 3,3 procent av äldreomsorgens totala kostnader. Kostnadsandelen varierar mellan kommunerna, från 0,2 till 10,5 procent och mellan länen från 1,9 till 4,7 procent.

Fallskador har funnits med som indikator i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre sedan år 2007. Indikatoren har presenterats på kommunnivå som treårsmedelvärden. För riket har antalet fallskador per 1 000 invånare över 80 år ökat från 57 till 60 mellan åren 2007 till 2016. Det har även varit stor spridning mellan kommunerna. År 2016 varierade antalet fallskador från 83 ner till 33 per 1 000 invånare över 80 år, vilket framgår av figur 9.

Det har även varit stora skillnader i antalet fallskador för kvinnor respektive män. Det är vanligare att kvinnor faller och skadar sig så illa att det behövs sjukhusvård, än att män gör det. År 2009 uppgick antalet fallskador för kvinnor till 65 per 1 000 kvinnor över 80 år, jämfört med 43 bland män. År 2016 var resultaten likartade och 47 per 1 000 män drabbades av fallskada, och för kvinnor var värdet 66.

Enligt Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) var fall den sjunde största bidragande orsaken till funktionsnedsättning i Sverige år 2016. År 2006 var fallskador den åttonde största bidragande orsaken till funktionsnedsättningar i Sverige. Störst bidragande orsak till funktionsnedsättning var år 2006 och år 2016 smärta i nedre rygg och nacke.⁴⁰

För att förebygga och på sikt minska fallskador gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en webbaserad utbildning om fallprevention för verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg. Socialstyrelsen ska i dialog med bland andra SKL även genomföra en utbildningssatsning riktad till äldre om hur de själva kan skydda sig mot fallolyckor.

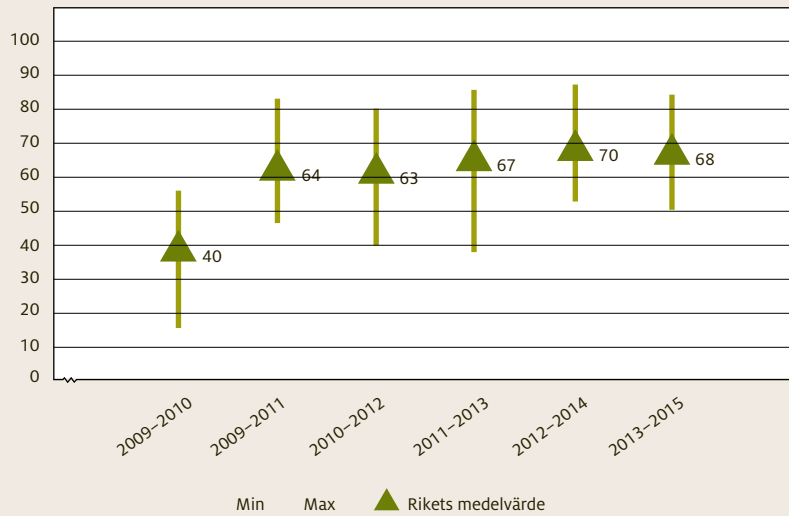
Funktionsförmåga 12 månader efter stroke

Stroke är en av våra stora folksjukdomar och i Sverige drabbas cirka 25 000 personer per år, och medelåldern vid insjuknandet är 75 år. Efter det akuta skedet på sjukhus krävs i regel omfattande rehabiliterande, medicinska och sociala insatser samt hjälpmedel där många olika yrkesgrupper, från både landstinget och kommunen, behöver samarbeta.

Indikatoren visar andelen personer 65 år och äldre som tolv månader efter insjuknandet i stroke var oberoende av hjälp, det vill säga lever ett självständigt liv. Denna indikator handlar både om det akuta omhändertagandet och om de efterföljande rehabiliteringsinsatserna. Resultatet kan även påverkas av närståendes och äldreomsorgens övriga stödinsatser.

40 Hämtat den 18 september 2017 från <http://www.healthdata.org/sweden>.

FIGUR 10: Andel (%) personer 65 år och äldre med god funktionsförmåga 12 månader efter stroke, rikets genomsnitt samt spridning mellan kommunerna över tid.



Källa: Riks-Stroke.

Strokevården har utvecklats under tidsperioden. I 2008 års rapport fanns en indikator som belyser funktionsförmågan efter stroke. Indikatorn byggde på funktionsförmåga tre månader efter insjuknande i stroke. Året därpå ersattes denna indikator med funktionsförmåga 12 månader efter stroke.

På riksnivå har andelen personer över 65 år som förbättrat sin funktionsförmåga efter sin stroke ökat med 28 procentenheter under tidsperioden, från 40 procent till 68 procent. Men spridningen mellan kommunerna har inte förändrats över åren. Detta framgår i figur 10 som åskådliggör dels spridningen mellan högsta och lägsta värde samt rikets genomsnitt. Det är också stora skillnader mellan funktionsförmågan för män respektive kvinnor. Andelen män som, tolv månader efter stroke, var oberoende av hjälp var betydligt högre jämfört med andelen kvinnor. I den senaste rapporten med data från 2015–2016 var 74 procent av männen och 62 procent av kvinnorna oberoende av hjälp.

VÅRD I LIVETS SLUT

Den palliativa vården i livets slutskede handlar om att se till den äldre döende personens hela situation. Det handlar om att lindra ångest och smärta, aptitlöshet, illamående, andfäddhet, sömnsvårigheter och nedstämdhet, och på så sätt förbättra livskvalitet för den döende och dennes närstående. Den palliativa vården ska ges i nära samarbete med den döende, närstående och personal från olika yrkesgrupper inom den kommunala vården och omsorgen och landstinget. En god palliativ vård utgår från fyra hörnstenar:

1. symtomlindring
2. multiprofessionellt samarbete

3. kontinuitet och kommunikation mellan den döende, närstående och personal
4. stöd till närstående under och efter det palliativa vårdförloppet.

Den palliativa vården ska omfatta alla, oavsett ålder och diagnos. Palliativ vård innebär också att personalen tar hänsyn till den döende personens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ger ett organiserat stöd till närstående. Palliativ vård är en helhetsvård. Den inkluderar insatser från flera kompetenser och ofta från flera huvudmän, bland annat genom gemensam vård- och omsorgsplanering och informationsöverföring. Därför är vården i livets slutskede en viktig indikation på samverkan.

Brytpunktssamtal

En viktig aspekt av stödet och vården i livets slutskede är att den döende personen är väl informerad om sin situation. Det skapar möjlighet för den äldre personen att fatta självständiga beslut om hur hen vill ha det under den sista tiden i livet. Brytpunktssamtal handlar om ställningstagande att övergå till palliativ vård med en gemensam planering av vården för bästa möjliga livskvalitet och symtomlindring. Brytpunktssamtal förs mellan ansvarig eller tjänstgörande läkare och den äldre personen. Ansvarig sjuksköterska deltar i samtalet och om möjligt även omsorgspersonal. När den döende personen tappat sin förmåga att aktivt delta i samtalet är det viktigt att närstående erbjuds att delta i dialogen. I samtalet diskuteras innehåll för den fortsatta vården och omsorgen utifrån den äldres tillstånd, behov och önskemål. Brytpunktssamtal kan ske vid flera tillfällen.

Indikatorvärdet gäller avlidna personer, 65 år och äldre, i ordinärt eller särskilt boende med ett väntat dödsfall, som erbjöds brytpunktssamtal före sin död och som registrerats i Svenska palliativregistret. Indikatorns syfte är att visa huruvida ansvarig läkare har genomfört och dokumenterat samtalet och att den medicinska bedömningen därefter innebär att vården fokuserar på palliativ vård i livets slutskede.⁴¹

Mellan åren 2007⁴²–2016 ökade andelen personer, 65 år och äldre, med ett väntat dödsfall som erhöll brytpunktssamtal före sin död från 31 till 63 procent, totalt 62 procent av kvinnorna och 64 procent av männen. Personer i åldersgruppen 65 till 79 år erhöll brytpunktssamtal oftare än personer 80 år och äldre. Brytpunktssamtal genomfördes mer sällan för personer i livets slutskede inom särskilt boende och i korttidsboende än i jämförelse med personer i ordinärt boende. Spridningen mellan kommun med högsta respektive lägsta värde har minskat under tidsperioden.⁴³

Smärtskattning sista levnadsveckan

Vård i livets slutskede inkluderar lindring av smärta, illamående eller andra plågsamma symtom. Den smärta och de besvär som en person upplever är unik och för att erbjuda bästa möjliga smärtlindring behöver vård- och omsorgspersonal göra en smärtskattning.

Indikatorn smärtskattning sista levnadsveckan visar hur stor andel av de äldre, där dödsfallet var väntat, som smärtskattades sista levnadsveckan med ett bedömningsinstrument, till exempel visuell analog skala eller numerisk skala (VAS/NRS-skalan). Metoden bygger på att personal med regelbundenhet ber den äldre ange hur ont hen har just för stunden. Smärtanalys och regelbundna skattningar av smärtintensitet rekommenderas med efterföljande justeringar av smärtbehandlingen. Indikatorvärdet gäller andelen skattningar som registrerades i Svenska palliativregistret. Uppgifterna omfattar personer 65 år och äldre som kunde medverka i en smärtskattning oavsett boendeform; ordinärt eller särskilt boende.

Det är stor variation mellan kommuner med högsta respektive lägsta värdet i andel personer vars smärta skattades. Under perioden 2008⁴⁴–2016 ökade andelen personer som smärtskattades i sista levnadsveckan med ett validerat smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan från 4 till 43 procent. Totalt 43 procent av kvinnorna och 42 procent av männen, 65–79 år⁴⁵, erhöll regelbunden smärtskattning år 2016. Det finns skillnader mellan olika åldrar och personer 80 år eller äldre smärtskattades mer sällan än

åldersgrupp 65 till 79 år. Antal kommuner som registrerade i Svenska palliativregistret ökade under perioden från 50 till 240 kommuner.

Ökningen i antal deltagande kommuner i Svenska palliativregistret mellan åren 2008–2016 visar att fler kommunala verksamheter har rutiner för att dokumentera väntat dödsfall i registret. Däremot saknas rutiner, eller följsamhet, till Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för palliativ vård och omsorg eftersom inrapporterad data i Svenska palliativregistret gällande smärtskattning sista levnadsveckan saknas. Nästan 6 personer av 10 i livets slutskede i ordinärt eller särskilt boende erhöll inte regelbunden smärtskattning med ett validerat bedömningsinstrument under sista levnadsveckan.

Totalt 64 procent av alla inträffade dödsfall i Sverige år 2016 registrerades i Svenska palliativregistret, 31 procent registrerades inom den kommunala hälso- och sjukvården. Under år 2016 har andelen registrerade dödsfall minskat i Svenska palliativregistret.⁴⁶

Systematisk smärtanalys och smärtskattning med ett validerat bedömningsinstrument är en prioriterad uppgift för god och jämlik palliativ vård och ska genomföras för alla personer i livets slutskede, och ska även omfatta personer som inte längre själva kan medverka i smärtskattningen till följd av sitt palliativa tillstånd.

LÄKEMEDEL FÖRSKRIVNA TILL ÄLDRE

Läkemedelsbehandling syftar till att bidra till god hälsa och ökad livskvalitet. Det är den vanligaste medicinska behandlingen för äldre personer, speciellt för äldre med omfattande behov som får vård och omsorg i särskilt eller ordinärt boende. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Det gäller speciellt för äldre personer då hög ålder medför förändringar i kroppen som ökar känsligheten för många läkemedel.

För den enskilda individen kan både olämpliga eller många läkemedel vara nödvändiga att använda och det kräver noggrann uppföljning och täta kontroller. Förskrivningsmönstret som framkommer genom dessa indikatorer ger underlag för att på gruppnivå arbeta med att förebygga oönskade läkemedelseffekter.

Grunderna för en god läkemedelsanvändning är att det finns indikation för behandlingen och att sjukdomen eller symtomen lindras samt att behandlingen ger så få biverkningar, eller annan olägenhet, som möjligt.⁴⁷ Det är viktigt att läkare, i samverkan med bland annat sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård, regelbundet ser över och kvalitetssäkrar varje individs läkemedelsanvändning genom så kallade läkemedelsgenomgångar.

41 Socialstyrelsen (2016). Palliativ vård i livets slutskede. Indikatorer och underlag för bedömningar.

42 År 2007 benämndes indikatorn Informerat samtal.

43 Socialstyrelsen (2016). Palliativ vård i livets slutskede. Indikatorer och underlag för bedömningar.

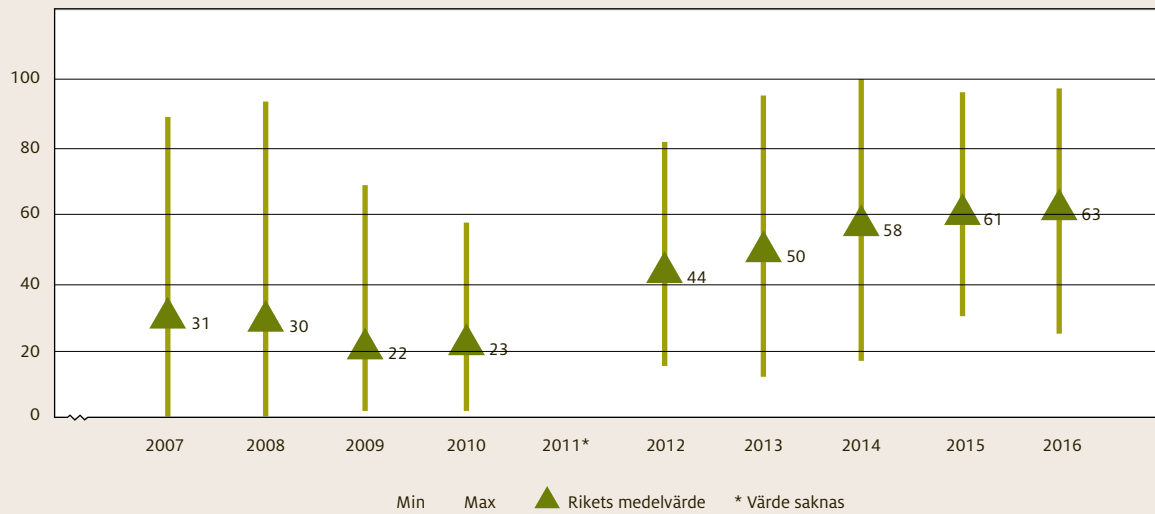
44 Indikatorn Smärtskattning sista levnadsveckan användes för första gången 2008 i Öppna jämförelser för äldre.

45 Socialstyrelsen (2016). Nationella riktlinjer – Utvärdering. Palliativ vård i livets slutskede. Sammanfattning med förbättringsområden.

46 Svenska palliativregistret (2017). Årsrapport 2016.

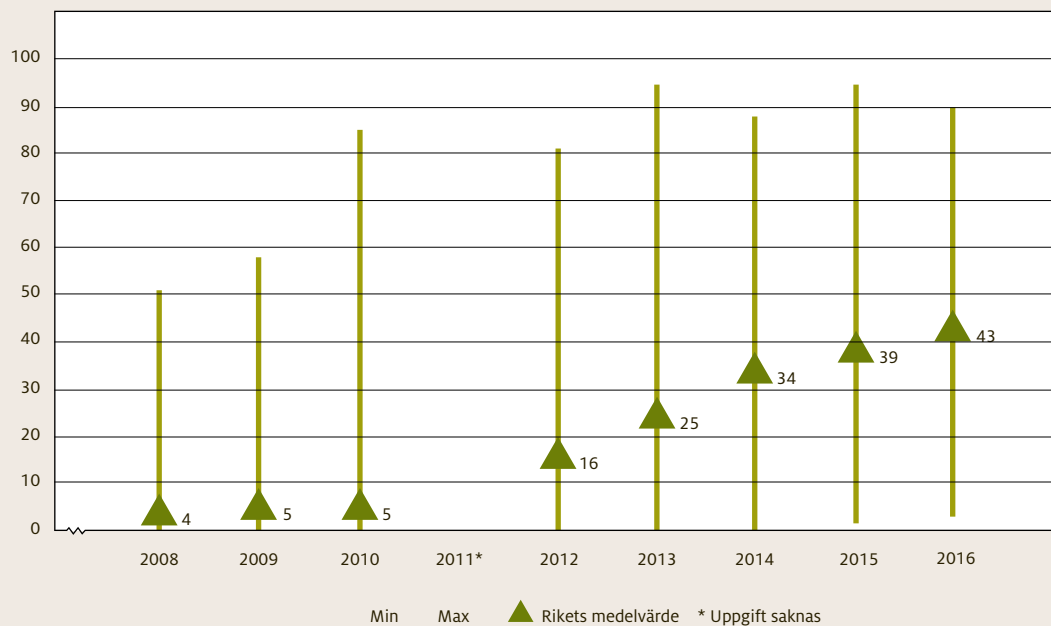
47 Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, Socialstyrelsen; 2010.

FIGUR 11: Brytpunktssamtal, andel personer 65 år eller äldre som fått ett brytpunktssamtal, riket samt spridning mellan kommun med bästa och sämsta värde.



Källa: Svenska palliativregistret (SPR).

FIGUR 12: Smärtskattning, andel personer 65 år eller äldre som fått smärtskattning sista levnadsveckan, riket samt spridning mellan kommun med bästa och sämsta värde.



Källa: Svenska palliativregistret (SPR).

I denna rapport redovisas läkemedelsindikatorer för samtliga personer 75 år och äldre i befolkningen, dvs. även de som inte har biståndsbeslut om hemtjänstinsatser i ordinarie boende eller beslut om permanent särskilt boende. Det innebär att andelarna är något lägre i denna rapport, jämfört med tidigare publicerade rapporter, där resultat redovisas för personer med biståndsbeslutade insatser.

Från år 2015 redovisas läkemedelsindikatorerna uppdelat på hemtjänst och särskilt boende. I kommuntabellen presenteras indikatorerna som de redovisades respektive rapportår.

Tre eller fler psykofarmaka

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov, bland äldre personer bör ses som en signal om att det finns risker med behandlingen. Indikatorn omfattar lugnande läkemedel och sömnmedel samt läkemedel som ges vid depressioner eller som används vid akut ångest eller oro som hänger samman med psykoser. Läkemedel är en av de viktigaste orsakerna till fall hos äldre. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedel-sinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.

Indikatorn har redovisats i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre sedan år 2007. Den redovisar andel personer 75 år och äldre i befolkningen som har en förskrivning av tre eller fler psykofarmaka. Fram till år 2012 redovisades andel personer 80 år och äldre i befolkningen.

På riksnivå har andel i befolkningen 75 år och äldre med tre eller fler psykofarmaka minskat från 4,1 till 3,8 procent mellan åren 2007–2016.

Andel män med tre eller fler psykofarmaka minskade under tidsperioden från 2,7 procent till 2,6 procent. Under samma tidsperiod minskade andel kvinnor med tre eller fler psykofarmaka från 5,0 till 4,7 procent.

Andel kvinnor med förskrivning om tre eller fler psykofarmaka har genomgående varit högre jämfört med män under den aktuella tioårsperioden. Indikatorn redovisas i kommuntabellen både uppdelad på hemtjänst och särskilt boende och för den äldre befolkningen i stort. Redovisningen i kommuntabellen utgår från hur indikatorn redovisades respektive rapportår.

Olämpliga läkemedel

Med stigande ålder sker flera förändringar i kroppen som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar. Därför kan användning av vissa läkemedel innebära en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas, om det inte finns särskilda skäl. Förskrivande läkare ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall. De olämpliga läkemedel som ingår i indikatorn är:

- bensodiazepiner med lång halveringstid (lugnande och sömngivande)
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter (vid urininkontinens, mot smärta, vid vissa ögonsjukdomar, astma, KOL och Parkinsons sjukdom)
- det smärtstillande medlet Tramadol
- propiomazin (sömnmedel).

Indikatorn har redovisats i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre sedan år 2011. Den redovisar andel personer 75 år och äldre i befolkningen som har en förskrivning av olämpliga läkemedel (läkemedel som bör undvikas).

Fram till 2012 redovisades andel personer 80 år och äldre i befolkningen.

På riksnivå har andel i befolkningen 75 år och äldre med förskrivning av olämpliga läkemedel minskat från 12,5 till 6,8 procent mellan åren 2007–2016, en minskning med nästan 46 procent.

Andel män med olämpliga läkemedel minskade under tidsperioden från 10,1 procent till 5,6 procent. Under samma tidsperiod minskade andel kvinnor med förskrivning av olämpliga läkemedel från 14,1 till 7,7 procent.

Andel kvinnor med förskrivning av olämpliga läkemedel har genomgående varit högre jämfört med män under den aktuella tioårsperioden. Indikatorn redovisas i kommuntabellen både uppdelad på hemtjänst och särskilt boende och för den äldre befolkningen i stort. Redovisningen i kommuntabellen utgår från hur indikatorn redovisades respektive rapportår.

Antipsykotiska läkemedel

Antipsykotiska läkemedel används vid psykotiska symtom och vid vissa allvarliga beteendesyntom vid demens, som till exempel aggressivitet. De förekommer för att dämpa beteendesyntom såsom motorisk oro, rop och vandring, men har oftast liten eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner, och medför en ökad risk för stroke och förtidig död hos äldre med demenssjukdom. Om användningen bedöms vara motiverad bör låga doser tillämpas och en kort behandlingstid planeras, med snar (inom två veckor) utvärdering av effekt och eventuella bieffekter. Omprövning av behandlingen med ställningstagande om utsättning eller dosminskning bör göras med täta intervall.

Indikatorn har redovisats i Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre sedan år 2013. Den redovisar andel personer 75 år och äldre i befolkningen som har en förskrivning av antipsykotiska läkemedel.

På riksnivå har andel i befolkningen 75 år och äldre med förskrivning av antipsykotiska läkemedel minskat från 3,1 till 2,1 procent mellan åren 2007–2016, en minskning med drygt 32 procent.

Andel män med förskrivning av antipsykotiska läkemedel minskade under tidsperioden från 2,4 procent till 1,5 procent. Under samma tidsperiod minskade förskrivningen till kvinnor från 3,6 till 2,4 procent.

Genom åren har det varit en högre andel kvinnor som får antipsykotiska läkemedel förskrivna jämfört med män. Indikatorn redovisas i kommuntabellen både uppdelad på hemtjänst och särskilt boende och för den äldre befolkningen i stort. Redovisningen i kommuntabellen utgår från hur indikatorn redovisades respektive rapportår.

Efterord

Vi ser tydliga förbättringar av vården och omsorgen om äldre under dessa tio år, till exempel av vården i livets slut, och de äldre fortsätter att vara nöjda med bemötandet och känner sig trygga med hemtjänst och särskilt boende. Men vi ser också att det fortfarande är en stor spridning mellan kommunen med det högsta och kommunen med det lägsta resultatet. Det gäller nästan alla indikatorer. Men det är glädjande att lägstanivå har höjts på flera indikatorer.

Under alla åren har vi använt oss av relativa värden, och kommunerna rangordnas per indikator. Både färgsättningen, rangordningen och de relativa värdena har varit omdiskuterade. Vi har valt att ha dem kvar av det skälet att vi vet att det driver på förbättringsarbetet, och bidrar till att kvalitetsfrågorna diskuteras på såväl enhetsnivå som i ansvarig nämnd. Det finns inga målnivåer på nationell nivå för vården och omsorgen om äldre och de relativa jämförelserna är användbara så länge dessa nationella målvärden saknas. Variationen i resultat kan ha många olika orsaker, till exempel befolkningens ålderssammansättning och hälsa samt kommunens geografi. Men en del av variationen beror också på att det finns kommuner och landsting som har hittat ett bättre sätt att organisera och bedriva vården och omsorgen. Har en kommun, eller ett län, lyckats nå ett högt värde på en indikator är det värdet fullt möjligt att uppnå för andra.

För flera av indikatorerna finns också resultat på enhetsnivå. När det finns flera enheter för hemtjänst eller flera särskilda boenden inom en kommun, så finns det sannolikt en variation i resultat inom kommunen. Ett sätt för en kommun att förbättra sitt kommunvärde är att minska den egna lokala variationen. Jämförelser och lärande mellan enheterna i kommunen är ett sätt att använda öppna jämförelser.

Vi vet att många kommuner använder värdet för riket som ett mål eller vägledning för de egna resultaten. Det finns en risk att rikets värde uppfattas som en norm för ett medelgott resultat. Men rikets medelvärde eller ett grönt resultat behöver i sig inte vara ett bra resultat. Rikets värde är ett statistiskt värde, ett utfall av allas resultat, och behöver inte vara ett "eftersträvansvärt" värde. I den lokala analysen bör fokus ligga på dels de egna tidigare resultaten, dels relationen till andra jämförbara kommuner, och det är alltid intressant att titta på kommunen med det bästa värdet. Ett område där det finns möjlighet till stora förbättringar är det riskförebyggande arbetet i ordinärt boende,

i hemsjukvården. Ett ökat riskförebyggande arbete inom hemsjukvården, exempelvis att minska antalet fall och minska risken för undernäring, skulle bidra till en bättre hälsa för många äldre. Det skulle också sannolikt bidra till att färre äldre hamnar på sjukhus på grund av fallskada.

Det finns skillnader i resultat för män och kvinnor. För de flesta indikatorer har män ett något bättre resultat. Under dessa tio år med öppna jämförelser har det inte skett några större förändringar, skillnaderna mellan könen kvarstår. Vi vill uppmana kommunerna att i högre utsträckning använda indikatorerna med könsuppdelade värden i de egna analyserna, och söka efter de bakomliggande orsakerna.

All data i öppna jämförelser har sitt ursprung från kommuner och landsting eller från de äldre som får vård och omsorg. Öppna jämförelser har bidragit till en bättre kvalitet på data och åtkomst till olika data.

För att publicera statistiska jämförelser krävs tillgång till tillförlitlig data som beskriver vården och omsorgen om äldre. Datatillgången har utvecklats under de här åren, men kan förbättras ytterligare till exempel när det gäller:

- Uppgifter om behov inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.
- Möjlighet att nationellt samla in statistik gällande insatser från vårdcentraler och en utökad insamling från kommunal hälso- och sjukvård.
- Insatser inom hälso- och sjukvården för andra yrkesgrupper än läkare.
- Uppgifter från fler kvalitetsregister med data på kommunnivå till exempel för områdena psykisk hälsa och demens.
- Enhetlig personalstatistik för vård och omsorg oavsett driftsform.

Socialstyrelsen och SKL kommer att fortsätta publicera öppna jämförelser av kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre. Vi kommer att utveckla indikatorer, förbättra presentationsformerna, och på olika sätt bidra till ökad förståelse och stödja ett kunskapsdrivet förbättringsarbete i kommuner och landsting och regioner.

Vi vill tacka alla intresserade, kunniga och engagerade ÖJ-fans runt om i landet för de här första tio åren. Tillsammans gör vi vården och omsorgen om äldre bättre.

Indikatorer och bakgrundsmått

INDIKATORER

Nedan beskrivs i korthet de indikatorer som presenteras i jubileumsrapporten. För en fullständig beskrivning av indikatorerna se bilaga 2 som finns att hämta på Socialstyrelsens och SKL:s webbplatser.

Ordinärt och särskilt boende

1. HÄNSYN TILL ÅSIKTER OCH ÖNSKEMÅL, HEMTJÄNST

Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål, åren 2010–2016. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

2. HÄNSYN TILL ÅSIKTER OCH ÖNSKEMÅL, SÄRSKILT BOENDE

Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål, åren 2010–2016. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

3. TILLRÄCKLIGT MED TID, HEMTJÄNST

Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid att utföra arbetet, åren 2012–2016. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

4. TILLRÄCKLIGT MED TID, SÄRSKILT BOENDE

Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid att utföra arbetet, åren 2012–2016. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

5. GENOMFÖRANDEPLAN OCH DELAKTIGET, HEMTJÄNST

Andel äldre i ordinärt boende som varit delaktiga i upprättandet av en genomförandeplan, åren 2012, 2014 och 2016. Källa: Kommun- och enhetsundersökningen, Socialstyrelsen.

6. GENOMFÖRANDEPLAN OCH DELAKTIGHET, SÄRSKILT BOENDE

Andel äldre i särskilt boende som varit delaktiga i upprättandet av en genomförandeplan, åren 2012, 2014 och 2016. Källa: Kommun- och enhetsundersökningen, Socialstyrelsen.

7. PERSONALKONTINUITET I HEMTJÄNSTEN

Genomsnittligt antal hemtjänstpersonal som hjälper den äldre under 14 dagar, åren 2007–2016. Källa: www.kolada.se, RKA.

8. MAT I SÄRSKILT BOENDE

Andel äldre som svarat positivt på frågan:

Hur brukar maten smaka? Svartalternativen ”mycket bra” eller ”ganska bra”, åren 2012–2016. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

9. HEMTJÄNST I SIN HELHET

Andel äldre som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten, åren 2010–2016. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

10. SÄRSKILT BOENDE I SIN HELHET

Andel äldre som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med särskilt boende, åren 2010–2016. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

Sammanhållen vård och omsorg

11. VÄNTETID TILL SÄRSKILT BOENDE

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, åren 2007–2016. Källa: www.kolada.se, RKA.

12. RISKFÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER, ORDINÄRT BOENDE

Andel personer 65 år och äldre med hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) med åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa, åren 2014–2016. Källa: Senior Alert.

13. RISKFÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER, SÄRSKILT BOENDE

Andel personer 65 år och äldre med hälso- och sjukvård i särskilt boende med åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa, åren 2014–2016. Källa: Senior Alert.

14. FALLSKADOR

Antal fallskador per 1 000 invånare 80 år och äldre som skrivits in på sjukhus, genomsnittliga värden för åren 2008–2016. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

15. FUNKTIONSFÖRMÅGA TOLV MÅNADER EFTER STROKE

Andel personer 65 år och äldre i kommunen som tolv månader efter insjuknandet i stroke var oberoende av hjälp med förflyttning, toalettbesök samt på- och avklädning. Genomsnitt för åren 2011–2016. Källa: Riks-stroke.

16. BRYTPUNKTSSAMTAL

Andel av avlidna 65 år och äldre som före döden fått ett informerande samtal om sin situation, åren 2012–2016. Källa: Svenska palliativregistret.

17. SMÄRTSKATTNING SISTA LEVNADSVECKAN

Andel av avlidna 65 år och äldre som smärtskattats under den sista levnadsveckan, åren 2008–2016. Källa: Svenska palliativregistret.

18. TRE ELLER FLER PSYKOFARMAKA

Andel personer 75 år och äldre som har behandlats med tre eller fler psykofarmaka samtidigt vid mättilfället, åren 2007–2016. Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

19. OLÄMPLIGA LÄKEMEDEL

Andel personer 75 år och äldre som har behandlats med minst ett av fyra olämpliga läkemedel vid mättilfället, åren 2007–2016. Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

20. ANTIPSYKOTISKA LÄKEMEDEL

Andel personer 75 år och äldre som har behandlats med antipsykotiska läkemedel samtidigt vid mättilfället, åren 2007–2016. Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

BAKGRUNDSMÅTT**B1. AVVIKELSE FRÅN STANDARDKOSTNAD**

Avvikelse från standardkostnad visar hur kommunens faktiska kostnader för äldreomsorgen förhåller sig till de kostnader som kommunen förväntas ha utifrån dess strukturella förutsättningar. Det kan till exempel vara befolkningsstruktur och genomsnittlig ambitionsnivå. En positiv avvikelse betyder att kommunen har högre kostnader än vad som är förväntat. Åren 2007–2016. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

B2. KOSTNAD PER INVÅNARE, HEMTJÄNST

Måttet visar kommunens totala kostnader för hemtjänsten dividerat med antal personer som är 65 år och äldre i kommunen. En hög kostnad beror ofta på att det är många av de äldre i kommunen som har hemtjänst. Åren 2007–2016. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

B3. KOSTNAD PER BRUKARE, HEMTJÄNST

Måttet visar kommunens totala kostnader för hemtjänsten dividerat med samtliga personer som har minst en insats inom hemtjänsten. Indikatorn visar vad brukare med hemtjänst kostar i genomsnitt i kommunen. En hög genomsnittskostnad är antingen ett resultat av att brukarna har många beviljade insatser eller att kostnaden för att utföra hemtjänst i kommunen är hög. Åren 2007–2016. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

B4. KOSTNAD PER INVÅNARE, SÄRSKILT BOENDE

Måttet visar kommunens totala kostnader för särskilt boende, inklusive lokalkostnader, dividerat med antal personer som är 65 år och äldre i kommunen. En hög kostnad är ofta ett resultat av att det är många av de äldre i kommunen som bor på särskilda boenden. Åren 2007–2016. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

B5. KOSTNAD PER BRUKARE, SÄRSKILT BOENDE

Måttet visar kommunens totala kostnader för särskilt boende, inklusive lokalkostnader, dividerat med samtliga personer som bor på ett särskilt boende. Indikatorn visar vad en brukare på särskilt boende kostar i genomsnitt. Åren 2010–2016. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

B6. ANDEL 80 ÅR OCH ÄLDRE

Måttet beskriver hur stor andel av kommunens befolkning som är 80 år och äldre. Åren 2007–2016. Källa: Befolkningsstatistik, SCB.

B7. ANDEL 65 ÅR OCH ÄLDRE MED HEMTJÄNST

Måttet beskriver hur stor andel av befolkningen 65 år och äldre som har hemtjänstinsatser i ordinärt boende. En hög andel äldre med hemtjänstinsatser i ordinärt boende kan visa att invånarnas behov är högre än i riket i stort. En hög andel kan även tyda på att kommunen har en lägre tröskel i biståndsbedömningen när det gäller hemtjänstinsatser i ordinärt boende. Åren 2007–2016. Källa: Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

B8. ANDEL 65 ÅR OCH ÄLDRE I SÄRSKILT BOENDE

Måttet beskriver hur stor andel av befolkningen 65 år och äldre som har ett beslut om permanent särskilt boende. Precis som andelen äldre med hemtjänst kan en hög andel tyda på att invånarnas behov är högre än i riket eller att kommunen har en lägre tröskel för bedömningen om äldre ska erbjudas en plats i särskilt boende. Åren 2007–2016. Källa: Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

B9. ANDEL 65 ÅR OCH ÄLDRE MED HEMSJUKVÅRD I HEMTJÄNST

Andel personer 65 år och äldre som fick hemsjukvård samtidigt med insatser av hemtjänsten, åren 2015–2016. Källa: Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

B10. MEDIANÅLDER VID INFLYTT TILL SÄRSKILT BOENDE

Måttet beskriver medianålder för de personer som flyttat in till särskilt boende, åren 2014–2016. Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.