

Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2021



Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2021

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	978-91-7555-556-0
Artikelnummer	2021-3-7249

Foto omslag	Justin Paget/Getty Images
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , mars 2021

Förord

Socialstyrelsen lämnar varje år lägesrapporter för olika områden inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom vård och omsorg för personer som är 65 år och äldre.

Rapporten har utarbetats av Michaela Prochazka. I projektgruppen har Anders Bergh, Lena Jönsson, Andres Kroksgård, Martin Lindblom, Eva Lejman och Diana Corman ingått. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Ansträngt läge för såväl hälso- och sjukvård som äldreomsorg	7
Färre har fått socialtjänstinsatser	8
Högt deltagande i utbildningar inom vårdhygien	9
Behov av samverkan och samordning kvarstår	9
Ökad användning av digital teknik i kommunerna	9
Inledning	11
Rapportens upplägg	11
God vård och omsorg	11
Agenda 2030	11
Datakällor	12
Aktuell utveckling	13
Sammanfattande iakttagelser	13
Utbrottet av covid-19	13
Väntetiderna ökade mer för personer 70 år och äldre	19
Krisberedskap inom socialtjänst samt kommunal hälso- och sjukvård	20
Medellivslängden ökar ojämnt	22
Klimatförändringar påverkar vården och omsorgen	22
Stärkt brandskydd för särskilt riskutsatta individer	23
Äldres användning av rutavdraget	23
Alkohol och äldre	24
Resurser för vård och omsorg	31
Sammanfattande iakttagelser	31
Kostnader för vård och omsorg om äldre	31
Personal inom vård och omsorg för äldre – utmaningar och möjligheter	35
Kommunal hälso- och sjukvård	37
Kunskapsbaserad vård och omsorg	41
Sammanfattande iakttagelser	41
Nationella riktlinjer – ett stöd i arbetet	42
Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer	46
Säker vård och omsorg	48
Sammanfattande iakttagelser	48
Kvaliteten vid läkemedelsbehandling fortsätter att förbättras	49

Läkemedelsanvändning hos äldre som intensivvårdades eller avled till följd av covid-19	52
Var fjärde sjukhusvistelse bland de mest sjuka äldre följs av en ny inskrivning inom kort	52
Patientsäkerhet	53
Förekomst av vårdskador	54
RisKFörebyggande åtgärder mot nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår	58
Klagomål och anmälningar inom äldrevård och äldreomsorg	59
Brister i bemanning och kompetens	62
Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop	68
Jämlig vård och omsorg	70
Sammanfattande iakttagelser	70
Munhälsa hos äldre	71
Vård av äldre med psykisk sjukdom	75
Palliativ vård	82
Stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriga	89
Urfolk och demens i Norden	90
Tillgänglig vård och omsorg	92
Sammanfattande iakttagelser	92
Allmänhetens förtroende för äldreomsorgen	93
Äldres upplevelse av trygghet med hemtjänst och på särskilda boenden	94
Socialtjänstinsatser för äldre personer	94
Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilt boende för äldre	103
Boendesituationen för äldre	110
E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen	112
Utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna	113
Allt fler äldre uppkopplade under 2020	114
Referenser	116
Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller	127

Sammanfattning

I denna lägesrapport beskriver Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen om personer 65 år och äldre. Syftet med rapporten är att ge en samlad bild av området.

Ansträngt läge för såväl hälso- och sjukvård som äldreomsorg

Fram till den 31 december 2020 hade 9 372 personer avlidit i covid-19, varav 8 516 var 70 år och äldre. Särskilt utsatta är personer i hög ålder med underliggande sjukdomar.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har en viktig roll vid en kris genom att se till att de ordinarie verksamheterna fortsatt fungerar med god kvalitet men också genom att ha beredskap för att det kan uppkomma nya målgrupper och även nya behov hos individer som redan har kontakt med socialtjänsten. Pandemin har även tydliggjort utmaningar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården, bl.a. vad gäller nuvarande bemanningssituation och personalens kompetens. Få kommuner har övergripande kompetensutvecklingsplaner för personal inom vård och omsorg.

Under den första covid-19-vågen minskade antalet genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården kraftigt i Sverige. Antalet personer som fick vänta på vård längre än vårdgarantins 90 dagar ökade, framför allt i fråga om planerade operationer och åtgärder. I augusti 2020 hade nära 158 000 personer väntat längre än vårdgarantins 90 dagar på operationer och besök i den specialiserade vården, en ökning med drygt 22 000 personer jämfört med ett medelvärde av augusti för åren 2017–2019. Vid en jämförelse mellan augusti 2019 och augusti 2020 ökade andelen personer i gruppen 70 år och äldre som väntat mer än 90 dagar på första besök med 9 procentenheter, medan ökningen för patienter under 70 år var 3 procentenheter. För operationer och andra åtgärder var ökningen 16 procentenheter för personer 70 år eller äldre, och 13 procentenheter för de yngre patienterna.

Socialstyrelsen har också analyserat pandemins eventuella påverkan på hjärtsjukvård och strokevård. Resultaten visar att akuta behandlingar, t.ex. reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke och hjärtinfarkt, utfördes i nästan samma utsträckning under perioden januari–juni 2020 som under samma period tidigare år. Andelen som behandlades inom målsatt tid skilde sig inte heller från tidigare år. Andelen personer 70 år och äldre som anlände till sjukhus inom tre timmar från start av strokesymtom minskade marginellt, och drygt 80 procent av dessa vårdades under våren 2020 på strokeenhet eller IVA som första vårdenheter.

Antalet besök till tandvården minskade kraftigt i samband med pandemins utbrott, mest bland personer i gruppen 70 år och äldre, och för kvinnor något mer än för män. Personer 80 år och äldre hade en mer uttalad minskning av sina besök till tandvård än personer 70 år och äldre. Minskningen av besök

till tandvården för personer 70 år och äldre är dubbelt så stor som för personer mellan 24 och 69 år. Minskningen av besök är också mer uttalad för personer, 70 år och äldre, med förgymnasial utbildningsbakgrund.

Andelen personer som för första gången fick en hemtjänstinsats (personlig omvårdnad eller service i ordinärt boende) beviljad och utförd i ordinärt boende var lägre år 2020 än medelvärdet 2014–2019. Minskningen var tydligast under månaderna mars till maj 2020, från 324 personer till 209 personer per 100 000 invånare, vilket var ungefär samtidigt som tecknen på allmän smittspridning började visa sig. Andelen personer som får hemtjänst för första gången ökar med stigande ålder, och den högsta frekvensen ses hos dem som är 80 år och äldre. Det var just i den åldersgruppen som minskningen var som störst i jämförelse med medelvärdet 2014–2019, och det gällde både kvinnor och män.

Vidare har Socialstyrelsen analyserat statistiken för de personer 70 år och äldre som hade hemtjänst i januari, innan den allmänna smittspridningen, men som valde att avsluta den under de följande månaderna. Under april–juni ökade de avslutade hemtjänstinsatserna, följt av ett par månader utan något tydligt mönster, varefter avbeställningarna ökade med 66 procent i november. Även här följer mönstret smittspridningen i samhället.

Socialstyrelsen har även analyserat andelen personer som flyttade in på särskilt boende för äldre år 2020 i jämförelse med åren 2014–2019. Den andelen minskade tydligt under ungefär samma period, när tecknen på allmän smittspridning började visa sig. Minskningen var från 336 personer till 209 personer per 100 000 invånare under månaderna mars till maj 2020. Mellan åren 2014 och 2019 fanns ingen motsvarande minskning för tidsperioden. I juni 2020 började antalet personer som flyttade in på särskilt boende för äldre öka igen, men det ligger fortfarande på mycket lägre nivå än medelvärdet för motsvarande period 2014–2019.

Pandemin har medfört att antalet ej verkställda beslut har ökat stort. Hemtjänsten ställdes in för drygt 2 100 äldre år 2020 (februari–december), vilket i de flesta fall var direkt covid-19-relaterat.¹ För särskilt boende för äldre handlade det om 4 570 ärenden, varav knappt 460 ärenden var relaterade till covid-19-pandemin.

Det är i nuläget svårt att överblicka hur kostnaderna för äldreomsorgen påverkas av covid-19-pandemin. Trots kommuners och regioners starka resultat för år 2020 talar prognoser för fortsatta demografiska utmaningar som medför ökade kostnader och minskade skatteintäkter.

Färre har fått socialtjänstinsatser

I Sverige finns inget nationellt verksamhetsregister över hemtjänstutförare eller särskilda boenden. Det påverkar kunskapen om hur många platser det finns inom särskilt boende; denna information finns i respektive kommun, men inte på nationell nivå. Däremot finns det rikstäckande information om hur många personer som har en biståndsbedömd insats om särskilt boende.

¹ IVO:s interna ärendestatistik. Datafilen uttagen 2021-01-19.

Den siffran var i oktober 2020 drygt 78 000, jämfört med drygt 82 000 personer 2019. Anledningen till det minskade antalet kan vara den allmänna smittspridningen av covid-19, som ledde till ett intagningsstopp på de särskilda boenden där det fanns smitta, att fler äldre tackade nej till boende, och att färre personer ville flytta in.

Medianvårdtiden i särskilt boende varierar mellan kommuner – i genomsnitt bor en person på ett särskilt boende i 25 månader. Ett halvt år efter flytten till särskilt boende har i genomsnitt 20 procent av de nyinflyttade avlidit. Medelålder vid inflyttning till särskilt boende varierar mellan länen med nästan 3 år för båda könen. Kvinnor är ofta äldre än män när de flyttar till särskilt boende.

Högt deltagande i utbildningar inom vårdhygien

Flera utbildningar inom vårdhygien togs fram 2020 för att ge kunskap i arbetet om att förhindra spridning av covid-19. Utbildningarna har haft ett högt deltagande. Majoriteten av dem som deltar arbetar inom äldreomsorg samt kommunal hälso- och sjukvård. Under 2020 följdes hygienrutiner och klädregler i större utsträckning, vilket kan antas bero på den ökade medvetenheten om betydelsen av goda arbetssätt för att hindra smittspridning. I arbetet med att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler spelar ledarskapet en viktig roll, och Socialstyrelsen har kunna stödja arbetet genom utbildningar, checklistor och kunskapsstöd. Det är av stor vikt att regioner och kommuner vidtar åtgärder för att ytterligare förbättra följsamheten.

Behov av samverkan och samordning kvarstår

En av de stora utmaningarna är fortfarande hur hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar och samordnar insatserna kring den äldre. Brister har uppmärksammats i vården och omsorgen av äldre som insjuknade i covid-19 och även till exempel när det gäller stödet som erbjuds anhöriga till de äldre. Samverkan mellan kommuner och regioner har intensifierats och i många fall förbättrats. Socialstyrelsens bedömning är att samverkan mellan kommuner och regioner behöver utvecklas och förbättras och att samverkan behöver utgå från en organisation som stödjer ett teambaserat arbetssätt utifrån den äldres behov.

Ökad användning av digital teknik i kommunerna

Användning av välfärdsteknik ökar i kommunerna men samtidigt har många kommuner svårigheter att införa tekniken brett. Allt fler personalgrupper i kommunerna kan läsa och dokumentera digitalt när de utför sitt arbete. Utvecklingen är särskilt tydlig inom hemtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Dock ligger användning av säker hantering av identiteter och

behörigheter inom socialtjänsten fortsatt på en låg nivå. Endast cirka 15 procent har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas. Cirka 77 procent av kommunerna erbjuder internettillgång i särskilda boenden för äldre, i den enskildes lägenhet. Under 2020 har allt flera äldre börjat använda internet, exempelvis genom att ha videosamtal med släktingar och vänner, samt att börja använda sociala medier mera. De har också använt digitala vårdtjänster oftare under pandemin, vilket särskilt gäller personer 76 år och äldre.

Inledning

I Socialstyrelsens myndighetsinstruktion framgår att myndigheten årligen, senast den 31 mars, till Socialdepartementet ska lämna in lägesrapporter om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg för äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård (6 a § förordningen [2015:284] med instruktion till Socialstyrelsen).

Syftet med denna lägesrapport är att presentera en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen för äldre. Rapportens huvudmålgrupp är beslutsfattare på nationell nivå men den kan även vara av intresse för andra målgrupper.

Rapportens upplägg

Rapporten är i huvudsak en sammanställning av andra rapporter och redovisningar i syfte att ge en samlad lägesbeskrivning. Socialstyrelsen har även gjort analyser särskilt för denna rapport.

Där så är möjligt redogör Socialstyrelsen för skillnader mellan kvinnor och män samt resonerar om tänkbara orsaker.

I årets lägesrapport lyfter myndigheten särskilt området munhälsa och olika aspekter av psykisk hälsa bland äldre.

God vård och omsorg

Socialstyrelsens analyser i rapporten utgår från målen för god vård och omsorg. Begreppet *god vård* utgår från bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, samt tandvårdslagen (1985:125), TL. Dessa anger att hälso- och sjukvården och tandvården ska bedrivas så att de uppfyller kraven på god vård och tandvård. Socialtjänsten utgår från begreppet *god kvalitet* som det anges i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS [1, 2].

I rapporten utgår Socialstyrelsen från olika kvalitetsområden i form av kunskapsbaserad, jämlik, säker och tillgänglig vård och omsorg.

Agenda 2030

När Agenda 2030 och de 17 globala målen antogs av Förenta Nationerna lovade världens länder inte bara att avskaffa extrem fattigdom, att lösa klimatkrisen och att främja fred och rättvisa, utan också att minska ojämlikheter och orättvisor i världen[3]. De globala målen omfattar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: den ekonomiska, den sociala och den miljömässiga. För att det ska vara möjligt att uppfylla målen, spelar näringsliv och offentlig verksamhet samt deras arbete i hållbarhetsfrågor en central roll

I denna rapport belyses Agenda 2030 och de globala målen, framför allt följande mål:

- Mål 2: Ingen hunger. Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning och förbättrad nutrition samt främja ett hållbart jordbruk.
- Mål 3: God hälsa och välbefinnande. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.
- Mål 5: Jämställdhet. Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10: Minskad ojämlikhet. Minska ojämlikheten inom och mellan länder.

Datakällor

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå, och berör bara till viss del regionala och kommunala skillnader. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser år 2020 eller senast tillgängliga år. Innehållet i rapporten utgår till stor del från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser. Socialstyrelsen gör även vissa analyser specifikt för denna lägesrapport.

Rapportens analyser och slutsatser bygger på flera källor, såsom:

- bearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, tandhälsoregister, officiell statistik över insatser enligt SoL, nationella kvalitetsregister samt internationell statistik
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- Kommun- och regionsdatabasen, Kolada
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- SmiNet, Folkhälsomyndigheten (Fohm)
- Statistiska centralbyråns (SCB) register över kommunernas och regionernas räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, t.ex. den nationella väntetidsdatabasen och den nationella patientenkäten
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO): resultat som gäller klagomål, lex Sarah- och lex Maria-anmälningar.

Aktuell utveckling

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för myndighetens roll under covid-19 utbrottet, den äldre befolkningens aktuella demografiska utveckling samt utvecklingen inom några stora vård- och omsorgsområden.

Sammanfattande iakttagelser

- Sverige är hårt drabbat av covid-19-pandemin. Fram till den 31 december 2020 hade 9 372 personer avlidit i covid-19, varav 8 516 var 70 år och äldre. Precis som i övriga delar av världen är det främst äldre och multisjuka personer som har dött av sjukdomen. Av alla personer 70 år och äldre som bekräftats smittade fram till den 31 december 2020 fanns 13 256 personer på särskilt boende för äldre och 10 006 personer hade hemtjänst enligt SoL.
- Socialstyrelsen har ansvar för att upprätta nationella lägesbilder och löpande uppdatera regeringen samt stödja regioner och kommuner med skyddsmaterial, samordning av intensivvård med mera. Myndigheten har tagit fram flera kunskapsstöd och redovisar löpande även utvecklingen och konsekvenserna av utbrottet av covid-19.
- Under 2020 fick antalet avlidna i covid-19 dödstalet att avvika mer än vanligt mellan två på varandra följande år. Utvecklingen av dödstalen under januari–augusti tyder på en sjunkande medellivslängd för både kvinnor och män 2020: från 84,7 till 84,4 år för kvinnor och från 81,3 till 80,8 år för män.
- Socialtjänsten har en viktig roll vid en kris genom att se till att de ordinarie verksamheterna fortsatt fungerar med god kvalitet men också genom att ha beredskap för att det kan uppkomma nya målgrupper och även nya behov hos individer som redan har kontakt med socialtjänsten. En metod för att arbeta med krisberedskap kan vara att göra kontinuitetsplaner för olika verksamheter. 2020 var det fler kommuner som hade kontinuitetsplaner än 2019. Inom särskilda boendeformer för äldre, hemtjänst samt kommunal hälso- och sjukvård var ökningen 11 procentenheter.
- Äldreomsorg samt hälso- och sjukvård är viktiga arenor för att upptäcka och stödja äldre personer med riskbruk av alkohol eller alkoholrelaterade problem. Alkoholkonsumtionen ökar bland personer 65 år och äldre och allt fler får vård för alkoholrelaterade problem. Beroendevård ges allt mer i öppen specialiserad vård.

Utbrottet av covid-19

Effekterna av covid-19 på olika områden beskrivs fördjupat i respektive kapitel i rapporten. Fokus i detta avsnitt handlar i stora delar om de insatser som Socialstyrelsen genomförde under 2020.

Covid-19 i början av 2020

Luftvägsviruset sars-cov-2, som uppkom i slutet av 2019, är det coronavirus som orsakar covid-19. Virusets spridning blev pandemisk och snabbt till alla världsdelar inom loppet av några få månader. De flesta som insjuknar får lindriga symtom, men vissa av de sjuka får infektion i lungorna och behöver sjukhusvård samt syrgasbehandling [4, 5]. Cirka 7–17 procent av de covid-19-sjuka som sjukhusvårdas drabbas av andningssvikt och andra komplikationer och måste föras till intensivvårdsavdelning, IVA [6], med livräddande respiratorbehandling, dialys och andra insatser. I Europa (exklusive Storbritannien) hade knappt 19 miljoner fall konstaterats och nästan 450 000 människor avlidit i infektionen fram till mitten av januari 2021. Motsvarande siffror för världen är knappt 100 miljoner fall och drygt 2 miljoner avlidna [7].

Under våren 2020 utgjorde det mycket höga antalet människor i behov av sjukhusvård och intensivvård stora påfrestningar på hälso- och sjukvården i de flesta av jordens länder.

Genomgående har äldre och personer med underliggande sjukdomar av olika karaktär drabbats hårdast av covid-19 [5, 6, 8], och ett mycket stort antal människor över 70 års ålder har intensivvårdats i Europa [7].

Under sommaren 2020 uppvisade smittspridningen av covid-19 på norra halvklotet en påtaglig nedgång för att under hösten 2020 åter öka markant [9]. I flera europeiska länder var den andra smittspridningsvågen under hösten 2020 lika kraftig som eller mer uttalad än den första vågen under våren 2020. I början av hösten spreds viruset mest bland de yngre åldersgrupperna. Men när spridningen nådde de äldre var det återigen framför allt dessa som avled [10, 11], i synnerhet de på särskilda boenden för äldre, enligt rapporter från flera europeiska länder [9].

Hur har covid-19 drabbat hemtjänsten och särskilda boenden för äldre?

Sverige är hårt drabbat av covid-19-pandemin. Fram till den 31 december 2020 hade 9 372 personer avlidit i covid-19, varav 8 516 var 70 år och äldre.² Precis som i övriga delar av världen är det främst äldre och multisjuka personer som har avlidit i covid-19 [12].

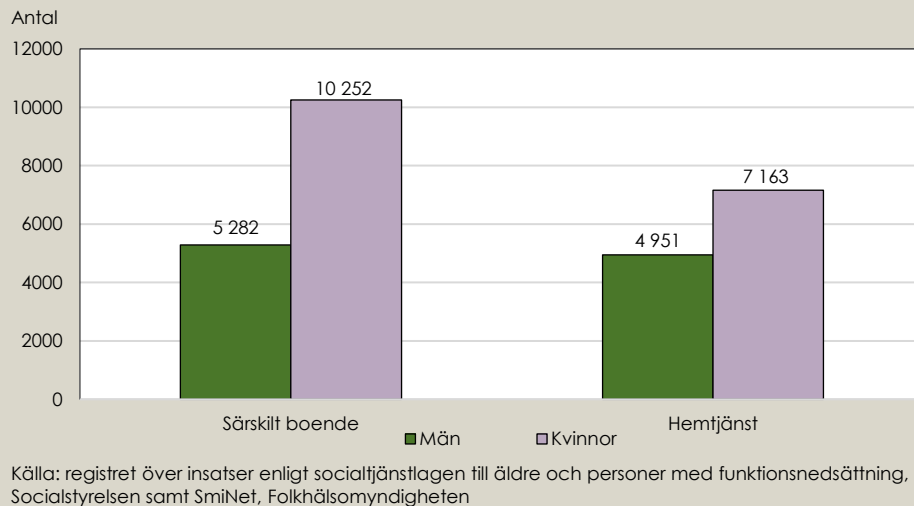
Den 31 januari 2021 hade 10 920 avlidit i covid-19 [12].³ Av alla personer 70 år och äldre som hade bekräftats smittade den 1 februari 2021 fanns 27 procent (15 540 personer) på särskilt boende för äldre (SÄBO), och 21 procent hade hemtjänst enligt SoL (figur 1).

² Dessa uppgifter gäller för dödsorsaksintyg inkomna fram till den 14 mars 2021.

³ Av dessa hade 93 procent (10 185 av 10 619) laboratoriebekräftad covid-19 enligt Folkhälsomyndighetens databas över smittade.

Figur 1. Antal bekräftat smittade av covid-19 uppdelat typ av socialtjänstinsats

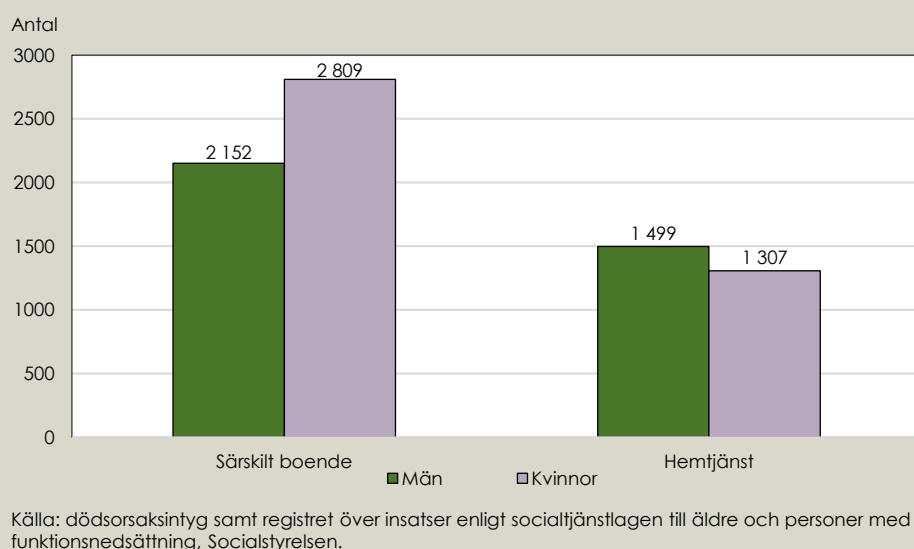
Antal fall 70 år och äldre bekräftat smittade av covid-19 enligt SmiNet fram till den 1 februari 2021.



Av de personer i gruppen 70 år och äldre som avlidit i covid-19 enligt dödsorsaksintyg inkomna den 31 januari 2021 bodde 50 procent på SÄBO, och 28 procent hade hemtjänst (figur 2).

Figur 2. Antal avlidna i covid-19 uppdelat på typ av socialtjänstinsats

Antal avlidna 70 år och äldre i covid-19 enligt dödsorsaksintyg inkomna fram till den 31 januari 2021.



Pandemin har också inneburit en ansträngning för vård- och omsorgspersonal. Många som bor på SÄBO idag är mycket gamla, sköra och sjuka, och det ställer särskilda krav på kompetens hos personalen. Samhällsdebatten har fyllts av frågor om hur de äldre ska skyddas från viruset, och om äldreomsorgens förutsättningar att skydda de äldre.

Det finns ingen offentlig statistik på smittspridning eller dödlighet per enskilt SÄBO. Virussmittan har varit ojämnt fördelad inom landet och mellan

boenden. Smittspridningen till och inom SÄBO är en komplex fråga, men den allmänna smittspridningen i samhället är högst sannolikt den enskilt viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen i äldreboendena.

Det är av största vikt att fortsätta analysera och studera vilka faktorer som bidrar till smittspridning i samhället generellt, och inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har ett flertal gånger visat att många år av nedskärningar inom äldreomsorgen har lett till bl.a. underbemanning, bristande kontinuitet och otillräcklig kompetens [13-15].

Socialstyrelsens roll och uppdrag i pandemin

Socialstyrelsen har med anledning av pandemin fått ett flertal regeringsuppdrag.⁴ Det har bl.a. handlat om att upprätta nationella lägesbilder, att löpande uppdatera regeringen samt att stödja regioner och kommuner med skyddsmaterial, samordning av intensivvård med mera. Myndigheten har även bidragit med kunskapsstöd till hälso- och sjukvård, tandvård samt socialtjänst.

Sammanfattningar av läget inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och för personer med funktionsnedsättning beskrivs i myndighetens övriga årliga lägesrapporter. Socialstyrelsen har regelbundet informerat verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, såväl i sociala medier som på övriga webbsidor och deltar också på de myndighetsgemensamma pressträffarna.

Statistik och analyser av områden som påverkats av covid-19

Socialstyrelsen redovisar löpande statistik som är kopplad till sjukdomen covid-19 samt utvecklingen och konsekvenserna av covid-19-utbrottet. Under 2020 publicerade myndigheten flera analyser bland annat i form av faktablad inom flera områden såsom *Hur covid-19 har påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt* [16], *Användning av antitrombotiska läkemedel och risken för att dö i covid-19* [17] och *Färre i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten* [18]. Myndighetens statistik med anknytning till covid-19 redovisar bl.a. antalet avlidna, åldersfördelning, socialtjänstinsatser (ex. SÄBO och hemtjänst), fördelning på regioner, samsjuklighet och antal avlidna per dag. Den aktuella statistiken, faktabladen och analyserna finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats [19, 20].

Pandemin påverkar folkhälsan

Coronapandemin påverkar folkhälsan i befolkningen, både på kort och långt sikt. Det gäller exempelvis för psykisk hälsa, alkohol- och matvanor och fysisk aktivitet. Vid samhällskriser drabbas socioekonomiskt utsatta grupper generellt i högre utsträckning än övriga befolkningen. Ojämlighet i hälsa som redan finns tenderar att öka såväl på kort som på lång sikt [21-23].

Vissa grupper är extra utsatta för allvarigare symtom vid smitta av coronaviruset. Hög ålder bedöms vara det som påverkar mest. Särskilt utsatta är personer i hög ålder i kombination med underliggande sjukdomar, såsom högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom eller diabetes. Dessa tillstånd är överrepresenterade bland de svåra covid-fallen. Personer med flera

⁴ Flertalet av dem hanteras i en särskild organisation som upprättats internt.

underliggande sjukdomar samtidigt är extra utsatta för att drabbas av allvarlig form av covid-19 [19].

Coronapandemin har haft inverkan på all vård och omsorg. Under 2020 skedde en nedgång av antalet operationer, besök till vårdcentraler och specialistvården som också påverkade gruppen av äldre [24]. Samtidigt skedde även en minskning av andelen personer som fick för första gången en hemtjänstinsats beviljad och utförd i ordinärt boende [25].

Utbildningar för personal

Karolinska Institutet har på Socialstyrelsens uppdrag tagit fram korta e-utbildningar för personal inom sjukvården som möter personer med misstänkt eller bekräftad covid-19. Utbildningarna handlar om att hindra smittspridning, skydda personal, triage och användande av personlig utrustning. Socialstyrelsen har också tagit fram en kompletterande utbildning som främst vänder sig till verksamma inom äldre- och funktionshindersomsorg och till dem som är nya i sina roller. E-utbildningarna lanserades vecka 12. Till och med vecka 1 år 2021 har antalet deltagare varit över 170 000. Samtliga kommuner har haft deltagare på utbildningarna.

Karolinska Institutet (KI) har på uppdrag av Socialstyrelsen tagit fram två e-utbildningar med syftet att stärka beredskap och ge kunskap om de viktigaste principerna och utmaningarna i arbetet att förhindra spridning av covid-19: *Covid-19 – hindra smittspridning och skydda personal som arbetar inom svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst* och *Covid-19 – triage och användande av personlig skyddsutrustning* [26, 27]. Fokus ligger på hygienprinciper och användning av personlig skyddsutrustning. Socialstyrelsen har också tagit fram en kompletterande utbildning som främst vänder sig till verksamma inom äldre- och funktionshindersomsorg och till dem som är nya i sina roller [28].

E-utbildningarna lanserades vecka 12. Till och med vecka 1 år 2021 var antalet deltagare över 170 000 (tabell 1).

Tabell 1. Antal personer som har genomgått utbildningar i vårdhygien

Antal personer som har genomgått utbildningarna fram till och med vecka 1 2021.

Vecka	Karolinska Institutet Utbildning 1	Karolinska Institutet Utbildning 2	Socialstyrelsens kompletterande utbildning
17	110 800	110 800	591
24	143 800	143 800	1 571
41	158 400	158 400	2 354
1	169 400	169 400	2 593

Källa: Socialstyrelsen.

Majoriteten av deltagarna har kommit från äldreomsorg samt kommunal hälso- och sjukvård. Samtliga kommuner har haft deltagare på utbildningarna.

Socialstyrelsen lanserade i december 2020 webbutbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg* [29]. Utbildningen är speciellt anpassad till arbete inom hemtjänst, särskilt boende för äldre, bostad med särskild service enligt SoL och LSS-boende och syftar till att beskriva vikten av basala hygienrutiner och att öka efterlevnaden av dessa. Den tar även upp personlig

skyddsutrustning. Utbildningen är utformad för att kunna användas i det dagliga arbetet såväl under pandemin som efter. Till och med vecka 2 år 2021 hade 16 847 användare skrivit in sig, varav 12 832 hade avslutat kursen med godkänt resultat.

Socialstyrelsen och Ersta Sköndal Bräcke högskola har utvecklat ett nationellt introduktionspaket som främst riktar sig till ny personal inom socialtjänst och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Paketet är framtaget för att stötta såväl kommunala som privata arbetsgivare. Det ger ny personal som kommer in i verksamheterna baskunskap för att arbeta inom äldre- och funktionshindersomsorg.

Socialstyrelsen har även tagit fram olika typer av kunskapsstöd som riktar sig till hälso- och sjukvården och tandvården. Exempel är information om användning och tillpassning av skyddsmask, vård i livets slutskede och läkemedelsbehandling i livets slutskede.⁵

Frågor och svar om covid-19

Behovet av kunskap om påverkan på olika verksamheter av covid-19 har varit mycket stort. Utöver de kunskapsstöd som publicerats har Socialstyrelsen också gett stöd till hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen med hjälp av en omfattande fråga-svar-funktion. I det formatet har kunskap om ytterligare cirka 130 frågor publicerats på myndighetens webbplats.

Säkra besök på särskilda boenden för äldre

Regeringen beslutade i mars 2020 om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre.⁶ De verksamhetsansvariga fick dock möjlighet att bevilja undantag mot förbudet i särskilda fall. Därför tog Socialstyrelsen fram allmänna råd för att stötta de verksamhetsansvariga i dessa bedömningar.⁷ Syftet var att öka förutsättningarna för enhetliga och rättssäkra bedömningar. När besöksförbudet förlängdes utvecklade Socialstyrelsen de allmänna råden och införde rekommendationer till verksamheterna om att de skulle möjliggöra säkra besök genom att planera och vidta åtgärder. Skälen som kunde motivera undantag blev också fler, till exempel om besök kunde ske utomhus. Myndigheten tog också fram en checklista för säkra besök samt filmer med exempel på hur olika verksamheter ökat säkerheten och anpassat besöken [30]. Eftersom mötena ofta skedde utomhus och med avstånd publicerade Socialstyrelsen även tips för en bättre samtalsmiljö. När förbudet upphörde den 30 september tog Socialstyrelsen fram nya föreskrifter som förtydligar verksamheternas ansvar vid besök – *Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin* [31]. Syftet var att alla ska känna sig trygga i att verksamheten skapat de förutsättningar som krävs för säkra besök.

⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/>

⁶ Nationellt besöksförbud på äldreboenden - Regeringen.se. Hämtad 2021-03-03.

⁷ Stöd till socialtjänsten - Socialstyrelsen

Coronakommissionens första slutsatser om äldreomsorg

Coronakommissionen kom med sin första delredovisning i december 2020. Där anges att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till. Detta bottnade i strukturella brister som var kända före virusutbrottet, och kommissionens bedömning är att den övergripande strategin att skydda de äldre misslyckats. De strukturella bristerna i äldreomsorgens beredskap beror enligt kommissionen bl.a. på

- en fragmenterad organisation
- underbemanning och bristande kompetens
- ett otillräckligt regelverk
- hinder för kommunerna att anställa läkare och få tillgång till medicinsk utrustning.

Kommissionen bedömer att den viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen bland SÄBO varit den allmänna smittspridningen i samhället [32].

Väntetiderna ökade mer för personer 70 år och äldre

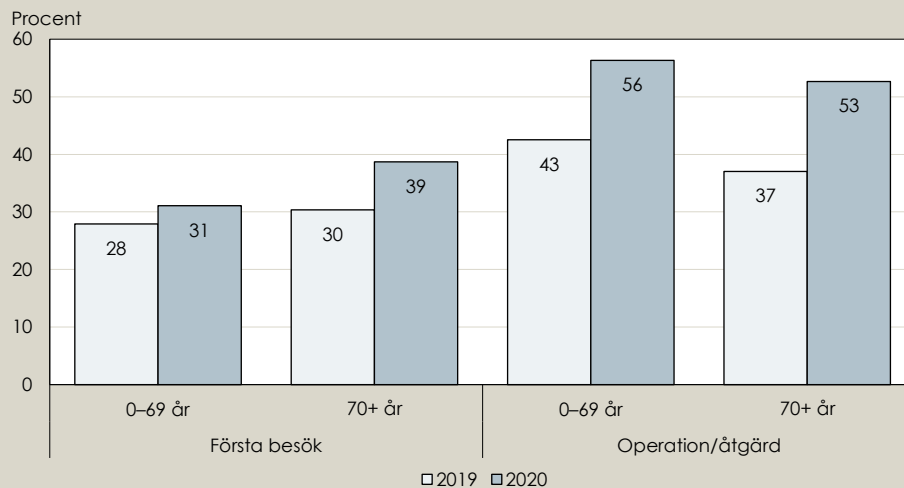
Under den första covid-19-vågen minskade antalet genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården stort i Sverige [33]. Antalet personer som fick vänta på vård längre än vårdgarantins 90 dagar ökade, framför allt i fråga om planerade operationer och åtgärder. I augusti 2020 hade nära 158 000 personer väntat längre än vårdgarantins 90 dagar på operationer och besök i den specialiserade vården, en ökning med drygt 22 000 personer jämfört med ett medelvärde av augusti för åren 2017–2019.

Ålder kan påverka risken för hur allvarlig en infektion med covid-19 blir, och råden från Folkhälsomyndigheten för personer som fyllt 70 år har skilt sig från dem som gällt yngre personer. Vid en jämförelse mellan augusti 2019 och augusti 2020 ökade andelen personer i gruppen 70 år och äldre som väntat mer än 90 dagar på första besök med 9 procentenheter, jämfört med ökningen för patienter under 70 år, vilken var 3 procentenheter (figur 3) [33].⁸ För operationer eller andra åtgärder var ökningen 16 procentenheter för dem som fyllt 70 år, jämfört med 13 procentenheter för de yngre patienterna. Dessa effekter syns trots att patientens egenvalda väntan eller den medicinskt orsakade väntan inte finns med i statistiken.

⁸ Det är möjligt att följa väntetider uppdelat på kön och ålder för 17 regioner som rapporterar väntetider i specialistvården till väntetidsdatabasen. Följande regioner saknade denna typ av rapportering: Region Blekinge, Region Kalmar län, Region Kronoberg och Region Skåne.

Figur 3. Ålder 70 år och äldre respektive under 70 år, väntat >90 dagar*

Andel av de väntande som väntat över 90 dagar på ett första besök eller operation/åtgärd i specialiserad vård. Augusti 2019 och 2020. Patientvald väntan ingår inte.



* Exklusive regionerna Blekinge, Kalmar län, Kronoberg och Skåne.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Krisberedskap inom socialtjänst samt kommunal hälso- och sjukvård

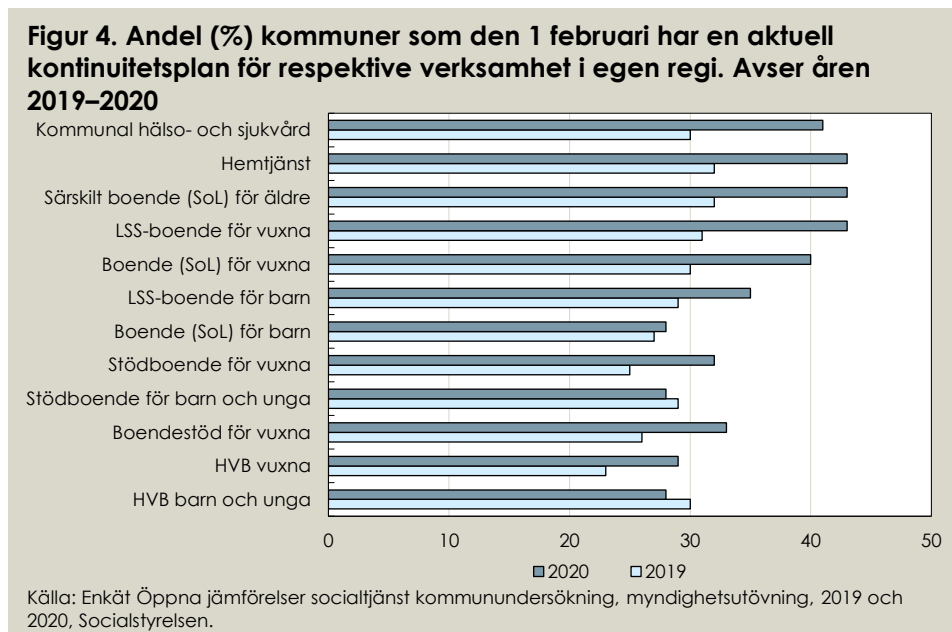
Situationen med covid-19 har satt kommunernas krisberedskap på prov. Socialtjänsten har en viktig roll vid en kris genom att se till att de ordinarie verksamheterna fortsatt fungerar med god kvalitet men också genom att ha beredskap för att det kan uppkomma nya målgrupper och även nya behov hos individer som redan har kontakt med socialtjänsten. 2020 års insamling för öppna jämförelser genomfördes innan pandemin och kan ge en bild av hur väl förberedda kommunerna är inför en kris [34].

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har olika stöd till kommunerna för arbetet med kontinuitetsplanering [35]. Med anledning av pandemin har MSB tagit fram ett nytt planeringsstöd för hur en organisation kan tänka inför eventuellt bortfall av personal och leveranser av varor och tjänster, samt att identifiera vilka verksamheter som måste upprätthållas och vilka som är mindre prioriterade [35]. Kontinuitetsplanering handlar om att planera för att upprätthålla sin verksamhet på en acceptabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för, t.ex. när personalen inte kommer till jobbet, lokalerna inte går att använda, leveranser av viktiga varor och tjänster inte når oss eller ett strömavbrott inträffar.

En metod för att arbeta med krisberedskap kan vara att göra kontinuitetsplaner för olika verksamheter. Sedan 2019 ingår kontinuitetsplaner i öppna jämförelser [36]. Kommunerna får ange om det finns aktuella kontinuitetsplaner för olika verksamheter med extra sårbara grupper. Resultaten från öppna jämförelser 2020 visar att andelen kommuner som har en aktuell kontinuitetsplan varierar mellan 28 procent och 43 procent för verksamheter och

boenden för särskilt sårbara grupper (figur 4). De kontinuitetsplaner som oftast finns på plats – i knappt hälften av kommunerna – gäller hemtjänst, särskilda boendeformer för äldre och bostad med särskild för service enligt LSS för vuxna [36].

Det var fler kommuner som hade kontinuitetsplaner 2020 jämfört med 2019. Inom särskilda boendeformer för äldre, hemtjänst samt kommunal hälso- och sjukvård är ökningen 11 procentenheter [36].



Skillnader i olika kommungrupper

Det finns vissa skillnader i hur vanligt det är med kontinuitetsplaner mellan olika kommungrupper⁹. När det gäller särskilda boendeformer för äldre, hemtjänst samt kommunal hälso- och sjukvård är det vanligast med kontinuitetsplaner i storstäder och storstadsnära kommuner [36].

Kommunen ska enligt 2 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, LEH analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa, hur de kan påverka den egna verksamheten samt sammanställa en risk- och sårbarhetsanalys. Kommunen ska sammanställa och rapportera resultatet av analysen till länsstyrelsen vart fjärde år¹⁰. Den senaste rapporteringen skedde 2019 och nästa rapportering ska ske 2023. En möjlig tolkning är att det rapporteringskrav som finns om redovisning till länsstyrelsen kan ha påverkat ökningen av andelen kommuner med aktuell kontinuitetsplan mellan 2019 och 2020 [36].

⁹ Kommungruppsindelningen används för att underlätta jämförelser och olika statistiska sammanhang och är utarbetad på Statistiksektionen, Sveriges kommuner och regioner, SKR. Indelningen består av totalt nio grupper fördelade på tre huvudgrupper, där kommunerna grupperats utifrån vissa kriterier som tätortsstorlek, närhet till större tätort och pendlingsmönster. Dataunderlaget är hämtat från SCB:s olika databaser. Se <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>

¹⁰ Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSBFS 2015:4) föreskrifter och allmänna råd om landstings riks- och sårbarhetsanalyser och Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSBFS 2015:5) föreskrifter och allmänna råd om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser.

Medellivslängden ökar ojämnt

Människor över hela världen lever längre och för första gången i historien förväntas de flesta leva 60 år eller mer. År 2050 förväntas världens befolkning i åldern 60 år och äldre uppgå till 2 miljarder, jämfört med 900 miljoner 2015, och cirka 125 miljoner människor är nu 80 år eller äldre. År 2050 kommer det att finnas nästan så många (120 miljoner) enbart i Kina, och 434 miljoner människor i denna åldersgrupp världen över. År 2050 kommer 80 procent av alla äldre att bo i låg- och medelinkomstländer [37].

Takten på befolkningens åldrande över hela världen ökar också dramatiskt. Frankrike hade nästan 150 år för att anpassa sig till en förändring från 10 procent till 20 procent av befolkningen som var äldre än 60 år. Länder som Brasilien, Kina och Indien kommer dock att behöva göra samma anpassning på bara drygt 20 år. Denna förändring i fördelningen av ett lands befolkning mot högre åldrar – befolkningsåldrandet – startade i höginkomstländer (t.ex. i Japan), men nu är det låg- och medelinkomstländer som upplever störst förändring. Vid mitten av seklet kommer länder såsom Chile, Kina och Ryssland att ha en liknande andel äldre som Japan [37].

För hela Sverige ökade medellivslängden tydligt under hela perioden 1970–2019 [38]. Sedan slutet av 1970-talet har männens livslängd ökat mer än kvinnornas. Det innebär att skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd har minskat från 6,1 år 1980 till 3,4 år 2019. Förebyggande, omvårdande och behandlade insatser i högre åldrar är vad som mest kan bidra till ytterligare ökning av medellivslängden [38].

Under 2020 har antalet avlidna av covid-19 fått dödstalet att avvika mer än vanligt mellan två år. Utvecklingen av dödstalen under januari–augusti tyder på en sjunkande medellivslängd för både kvinnor och män 2020. Från 84,7 till 84,4 år för kvinnor och från 81,3 till 80,8 år för män [39].

Dödstalen under de första åtta månaderna av 2020 pekar på sjunkande medellivslängd i många län, men inte i alla. I Västerbottens län ser den ut att öka jämfört med 2019. I Stockholms län beräknas medellivslängden minska med 1,2 år, från 83,7 till 82,5 år. Även i Södermanlands, Jönköpings och Uppsala län väntas större minskningar än i riket, på 0,6–0,7 år [39].

Klimatförändringar påverkar vården och omsorgen

Klimatförändringar påverkar människors vardag, inte minst hälsan och möjligheten att kunna bo där man tidigare bott. Sannolikt kommer påverkan att bli allt tydligare i framtiden. Förändringarna medför också nya sjukdomar och leder till att sjukdomar grasserar i andra delar av världen än tidigare. Klimatförändringarnas effekter på hälsan påverkar delar av befolkningen på olika sätt. Exempelvis kan personer som är äldre, kroniskt sjuka eller tillhör lägre socioekonomiska grupper vara extra sårbara [40].

En del av hälsoeffekterna är direkta, såsom att värmeböljor kan orsaka hälsoproblem och att fler sårbara personer dör, inte minst äldre [40, 41]. Andra effekter är indirekta, exempelvis att vissa infektionssjukdomar kan öka när

det blir varmare [40]. Det mest välkända och även påtagliga hälsohotet från klimatförändringarna bedöms vara värmerelaterade dödsfall [42, 43].

Vissa effekter av klimatförändringarna kan förebyggas [41]. Såväl samhället i stort som sjukvården och socialtjänsten specifikt, kan anpassa både information och arbetssätt för att minska skadeverkningar av förändringar i klimatet.

Stärkt brandskydd för särskilt riskutsatta individer

Varje år dör ungefär 80 människor i bostadsbränder i Sverige, och äldre personer är överrepresenterade bland omkomna och allvarligt skadade [44]. Exempelvis har det i ett tidigare projekt konstaterats att äldre oftare än genomsnittet har fungerande brandvarnare [45], vilket bör innebära att möjligheterna till upptäckt är stora, jämfört med populationen i stort [46]. Men äldre personer kan ha problem att upptäcka bränder och agera rätt, p.g.a. deras ökade risk för fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Minnesproblematik, syn- eller hörselnedsättningar, nedsättningar i rörelseförmåga eller styrka är några av de faktorer som kan påverka eventuella insatser [47]. Därtill kommer den ökade skörhet och minskade motståndskraft mot yttre påfrestningar som ålderdomen medför [48].

Personal inom socialtjänsten, exempelvis hemtjänst och fixartjänster, är en viktig grupp som möter många av de riskutsatta. De kan därmed uppmärksamma och bidra till åtgärder för att stärka brandskyddet hos dessa personer. Ett viktigt mål är att färre ska skadas allvarligt eller omkomma i bostadsbränder i Sverige.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har tillsammans med Socialstyrelsen tagit fram olika stödmaterial som i första hand vänder sig till personer som i sitt arbete kan bidra till ett systematiskt arbete att stärka brandskyddet hos särskilt riskutsatta individer. Det handlar om beslutsfattare, verksamhetsutvecklare, handläggare och utförare i kommuner. En utarbetad systematik är en framgångsfaktor i det långsiktiga arbetet för att identifiera särskilt riskutsatta individer och stärka deras brandskydd [49]. Stödet består av vägledningen *Stärkt brandskydd till särskilt riskutsatta individer* samt webbutbildning för personal, informationsmaterial, bedömningsstöd och checklistor m.m. [50]. Materialet finns tillgängligt hos MSB och på Kunskapsguiden¹¹ [51].

Äldres användning av rutavdraget

Äldre personers ekonomiska situation påverkar deras livsstil och till viss del även livskvaliteten, även om också andra faktorer, inte minst hälsa, spelar roll. Med god ekonomi har äldre större möjligheter att välja boendeformer, resa och göra egna val av andra slag. Variationen inom äldregruppen är stor vad gäller exempelvis ålder, inkomst och hälsa, och man kan därför anta att olika grupper av äldre personer har olika möjligheter att leva det liv de vill.

¹¹ Länk till KG – när den finns

Under 2020 kom betänkandet – *Rutavdrag för äldre (SOU 2020:52)* [52]. Utredningen visar att andelen personer i gruppen 65 år och äldre respektive personer 20–64 år som använder rutavdraget samt medelvärdet för deras köp har ökat [52]. År 2008 låg andelen rutanvändare i förhållande till det totala antalet personer i respektive åldersgrupp på nästan samma nivå: knappt 2 procent av dem som fyllt 65 år hade använt rutavdraget jämfört med drygt 1 procent av befolkningen mellan 20 och 64 år. Rutavdraget har sedan 2008 ökat i popularitet och mer bland äldre än bland yngre personer. År 2018 gjorde cirka 17,5 procent av dem som fyllt 65 år rutavdrag, jämfört med knappt 10 procent av dem som var 20–64 år [52]. Äldre personer köper dock ruttjänster till generellt sett mindre belopp: de äldre som utnyttjar avdraget stod för 30 procent av det totala rutbeloppet 2018.

Av tabellen 2 framgår att rutavdraget är vanligare bland samtliga äldre åldersgrupper än för gruppen yngre personer 20–54 år och att andelen som använder rutavdraget ökar med ålder och är som störst i gruppen 85–89 år för att sedan minska. Medelvärdet för rutavdraget bland dem som använder ruttjänsterna är dock lägre för samtliga äldre åldersgrupper än för användarna mellan 20 och 54 år 2018[53].

Tabell 2. Antal och andel (%) med rutavdrag samt medelvärde bland köparna inom olika åldersgrupper 2018

Åldersgrupper	Antal	Andel (%)	Medelvärde (kr)
20–54 år	452 081	9,4	6 237
55–59 år	70 275	11,5	5 498
60–64 år	67 166	11,6	4 660
65–69 år	73 962	13,1	4 076
70–74 år	87 093	15,0	3 857
75–79 år	74 932	18,1	3 857
80–84 år	61 517	22,2	3 977
85–89 år	45 957	25,5	4 306
90–94 år	23 282	25,2	4 600
≥95 år	6 125	19,7	4 560

Källa: Statistiska centralbyrån.

Alkohol och äldre

De senaste 15 åren har den totala alkoholkonsumtionen i liter alkohol per person minskat i Sverige [54]. Likaså har både risk- och intensivkonsumtionen minskat i hela gruppen vuxna medan den ökat bland dem som fyllt 65 år. Riskkonsumtion av alkohol är en levnadsvana som påverkar hälsan [55].

Bland personer under 50 år har alkoholkonsumtionen sjunkit med 27 procent sedan 2004. Samtidigt har den stigit med 16 procent i gruppen 65–84 år [54, 56]. Äldreomsorgen och hälso- och sjukvården är viktiga för att upptäcka och stödja äldre personer med riskbruk eller missbruk av alkohol.

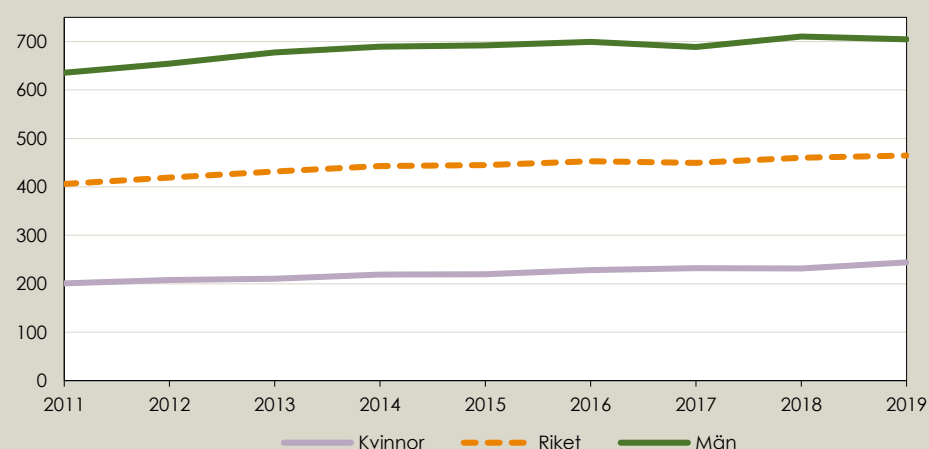
Fler får vård för alkoholrelaterade problem

Under den senaste tioårsperioden syns en ökning av andelen personer som erhållit vård inom specialiserad öppenvård eller slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser. Från 2011 till 2019 ökade antalet personer i gruppen 65 år och äldre som fått vård med cirka 20 procent (figur 5). Bland kvinnor var ökningen 34 procent och bland männen 15 procent. Ökningen kan ha flera orsaker, såsom att vårdens tillgänglighet ökat eller att fler söker vård i takt med att eventuella stigma minskar.

Figur 5. Vårdade med alkoholrelaterad diagnos, riket 2011–2019

Antal personer 65 år och äldre som vårdas inom den öppna- eller slutna specialiserade vården med en alkoholrelaterad diagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

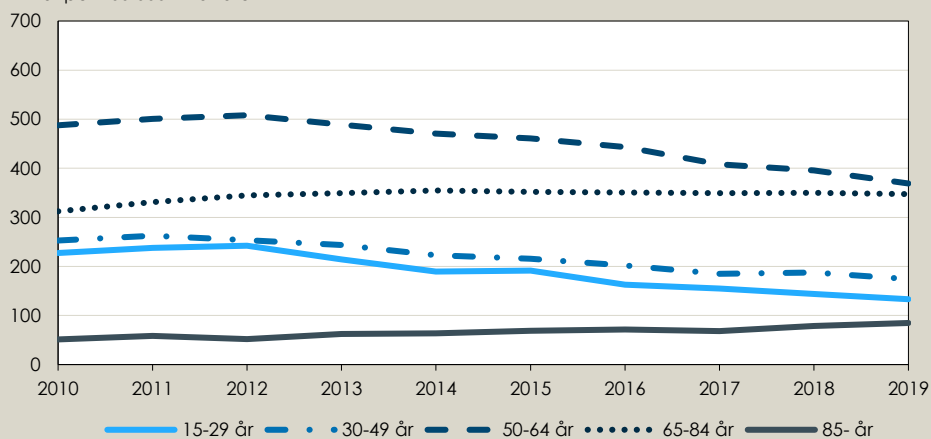
Skifte från sluten till öppen vård

Under den senaste tioårsperioden ges allt mer beroendevård i öppen specialiserad vård och allt mindre i sluten vård. För åldersgrupperna 65–84 år och 85 år och äldre som erhåller vård för alkoholrelaterad diagnos syns inte denna utveckling, utan slutenvården ligger på samma nivå (figur 6 och 7). Samtidigt är även öppenvårdsinsatserna relativt oförändrade för de äldsta, men har ökat något för åldersgruppen 65–84 år.

Figur 6. Ålder. Slutenvårdade med alkoholrelaterad diagnos, riket 2011–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdas inom den slutna specialiserade vården med en alkoholrelaterad diagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare.

Antal per 100 000 invånare



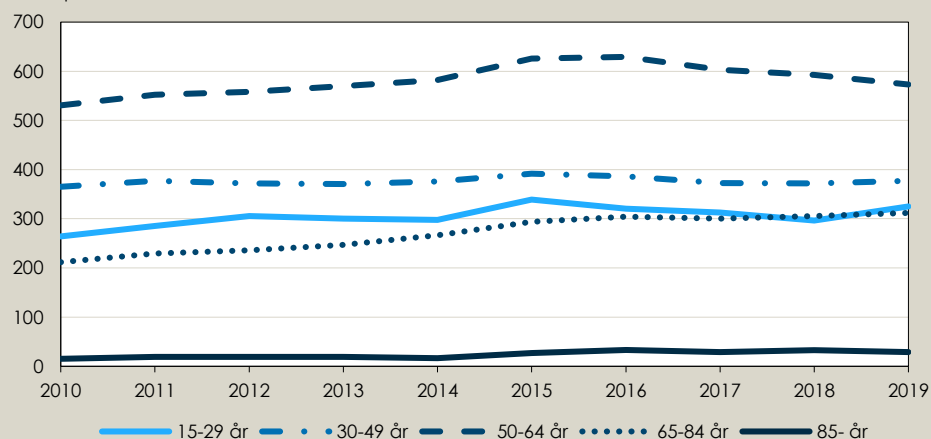
* ICD10 F10

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 7. Ålder. Öppenvårdade med alkoholrelaterad diagnos, riket 2011–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdas inom den öppna specialiserade vården med en alkoholrelaterad diagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare.

Antal per 100 000 invånare



* ICD10 F10

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Utbildningsbakgrund påverkar mäns alkoholkonsumtion mer än kvinnors

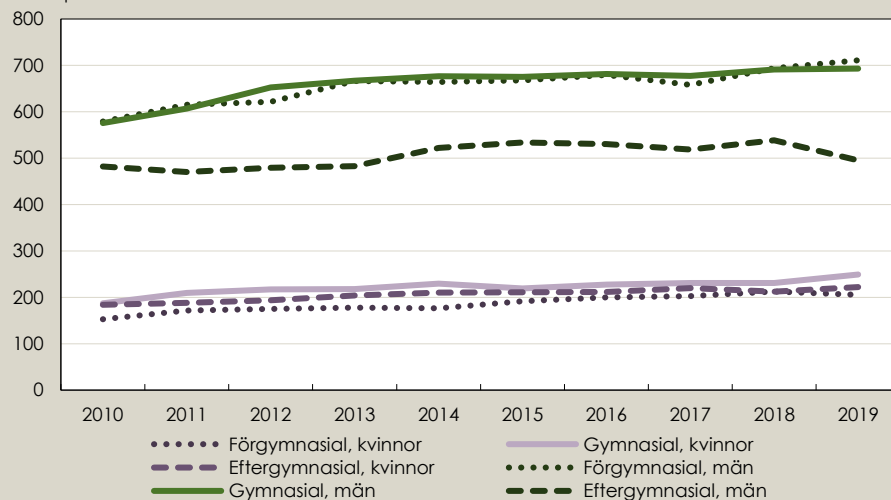
Precis som för andra åldersgrupper är utbildningsbakgrund en faktor där det kan finnas samband med alkoholrelaterade diagnoser. Störst påverkan har den i åldersgruppen 65 år och äldre för män. Bland män som fyllt 65 år och har eftergymnasial utbildning är andelen som vårdats för alkoholrelaterade diagnoser betydligt lägre än bland de män som har förgymnasial eller gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå (figur 8). Skillnaden har också ökat: för män med eftergymnasial utbildning är trenden nedåtgående, medan

trenden pekar uppåt för män som har förgymnasial eller gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå.

Figur 8. Utbildning. Personer vårdade med alkoholrelaterad diagnos mellan 2010–2019

Antal personer 65 år och äldre som vårdas inom den öppna- eller slutna specialiserade vården med en alkoholrelaterad diagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

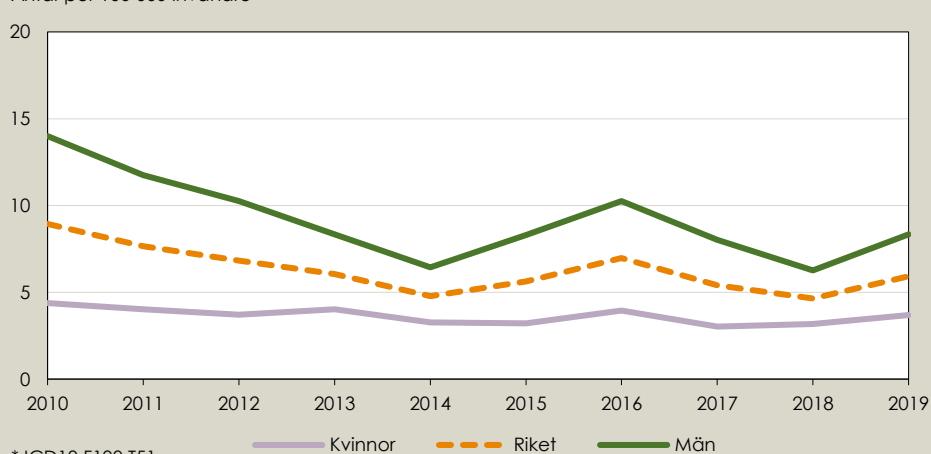
Dödsfall orsakade av alkoholförgiftning

Antalet dödsfall orsakade av alkoholintoxikation i åldern 65 och äldre har minskat under en tioårsperiod, främst hos män (figur 9). Dödligheten bland kvinnor som fyllt 65 år har i princip varit oförändrad under motsvarande tidsperiod.

Figur 9. Antal dödsfall orsakade av alkoholintoxikation, 2010–2019

Antal dödsfall bland personer 65 år och äldre orsakad av alkoholintoxikation som underliggande eller bidragande dödsorsak per 100 000 invånare,

Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

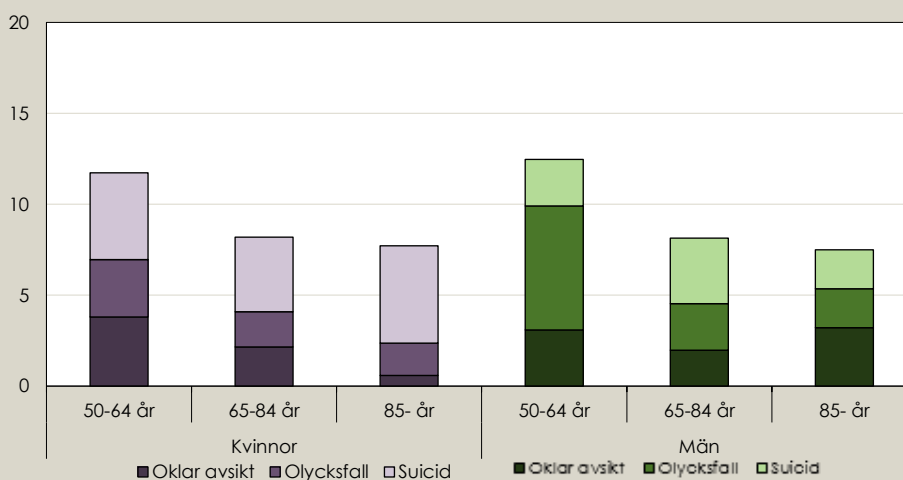
Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning

Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar är vanligare bland män än bland kvinnor. Bland män är olycksfallsförgiftningar vanligast medan suicid dominerar bland kvinnor. Det finns också en tydlig skillnad i åldersfördelningen mellan män och kvinnor. Bland män sker dödsfallen oftast i yngre åldrar medan dödsfallen bland kvinnor är vanligare bland något äldre personer [57].

Figur 10. Dödsfall orsakad av läkemedel- och narkotikaförgiftningar

Antal dödsfall bland personer 50 år och äldre orsakad av läkemedels- och narkotikaförgiftningar fördelat på avsikt, underliggande dödsorsak per 100 000 invånare.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Socialtjänstens insatser för personer med missbruksproblem

I gruppen personer 65 år och äldre har andelen som får insatser inom socialtjänsten för missbruksproblem ökat sedan 2010, vilket visas i figur 11. Det framgår inte av socialtjänststatistiken vilket missbruksmedel som främst används bland personer som får frivilliga insatser från socialtjänsten.

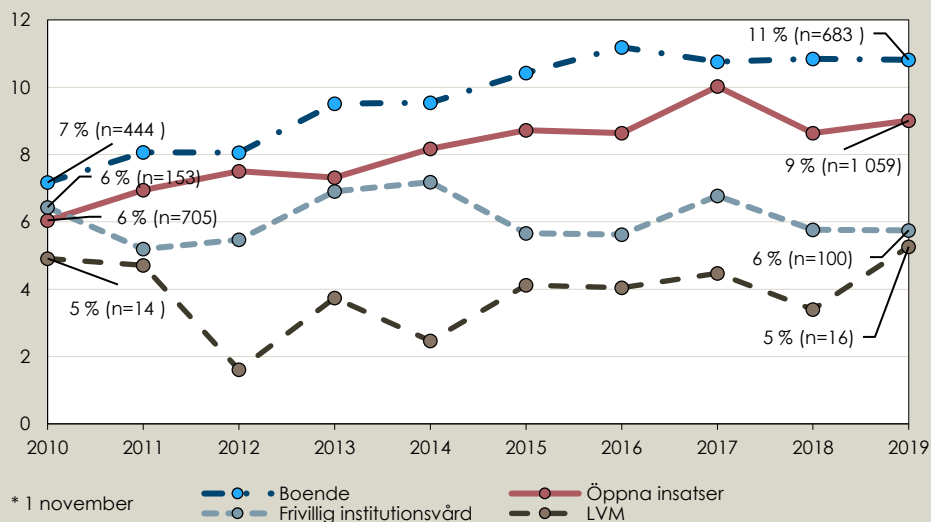
Boende är en insats som socialtjänsten i vissa fall kan erbjuda. Det kan handla om personer som p.g.a. sitt missbruksproblem inte har möjlighet att skaffa ett boende på egen hand. Socialtjänsten kan då erbjuda dessa personer en plats i t.ex. kategoriboende, inackorderingshem eller försökslägenhet, eller erbjuda ett socialt kontrakt. Boende är den vanligaste insatsen som socialtjänsten erbjuder dem som fyllt 65 år och har missbruksproblem. Av alla som beviljats boende har andelen i den åldersgruppen ökat från 7 procent 2010 till 11 procent 2019.

Även bland dem som beviljats individuellt behovsprövade öppna insatser p.g.a. missbruksproblem har andelen personer som fyllt 65 år ökat. Under de senaste tio åren växte andelen äldre från 6 procent av alla insatser 2010 till 9 procent 2019.

Figur 11. Socialtjänstens insatser för personer 65 år och äldre med missbruksproblem, 2010–2019

Andelen och antal (n) personer 65 år eller äldre inom socialtjänstens insatser för personer med missbruk, i procent (%) av alla insatser för personer 65 år och äldre med missbruk, utvecklingen 2010–2019.*

Procent av alla insatser



* 1 november Källa: Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende, Socialstyrelsen.

Det är angeläget att uppmärksamma riskkonsumtion och alkoholproblem hos äldre. Äldreomsorgens personal, som har daglig kontakt med åldersgruppen, har goda möjligheter att upptäcka problem. Det är en balansgång att hjälpa och samtidigt respektera den enskildes integritet, vilket kräver kunskap och erfarenhet [58]. Socialstyrelsen följer genom öppna jämförelser hur kommuner arbetar med olika metoder som rekommenderas i nationella riktlinjer för missbruk och beroende. Dock är det bara 11 procent av äldreomsorgssamheters i kommuner som rapporterar att de använder det standardiserade bedömningsinstrumentet AUDIT för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion [59].

Alkohol utgör en riskfaktor för äldre under covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin är i första hand en kris som påverkar människors fysiska hälsa, men det är väl känt från tidigare epidemier och pandemier att även den psykiska hälsan påverkas. Den påverkas av både utbrotten i sig och av de smittskyddsåtgärder, oftast i form av restriktioner, som införs [60, 61].

Med anledning av en rad fysiologiska förändringar bör äldre hålla nere sin alkoholkonsumtion [62]. Den innebär risk för sämre immunförsvar, vilket ökar smittorisken, och äldre med underliggande sjukdomar drabbas i högre grad allvarligt av covid-19 [62].

Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion är en riskfaktor för suicid, vilket gör att antalet suicid riskerar att stiga till följd av covid-19-pandemin [63]. Män är särskilt sårbara eftersom de både ökar sin alkoholkonsumtion och tar livet av sig i större utsträckning än kvinnor i samband med kriser och psykisk ohälsa [64].

Under covid-19-pandemin riskerar patienter som har behandlats för covid-19 och isolerade äldre människor att drabbas av depressioner och post-traumatiskt stressyndrom [65]. På kort sikt finns det därmed en risk för ökad psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion.

Resurser för vård och omsorg

I det här kapitlet beskrivs de förändringar av resurserna som skett det senaste året i de offentligt finansierade verksamheterna för vård och omsorg om äldre. Vidare skildras utmaningar med kompetensförsörjningen för äldreomsorg samt hälso- och sjukvård, främst i kommunal regi. Där krävs alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser för allt fler.

Sammanfattande iakttagelser

- Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre har sedan 2015 ökat med 5,2 miljarder kronor, även om kostnaderna minskade med 1,2 procent mellan år 2018 och 2019. De drivs framför allt av ökade kostnader för hemtjänsten, vilket i sin tur beror både på att fler personer får hemtjänst och att hemtjänsten kostar mer per person än tidigare. Även kostnaderna för särskilt boende har ökat, medan de har sjunkit något korttidsboende och dagverksamhet de senaste åren.
- Vård- och omsorgsverksamheter har problem att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt. Antalet specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården har minskat sedan 2014 från 28 till 26 per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre. Även antalet sjuksköterskor inom vård och omsorg för äldre har minskat något sedan 2015.
- Drygt 231 900 personer som fyllt 65 år fick *någon gång* under 2019 kommunalt finansierad hemsjukvård. Av dessa hade 60 procent av kvinnorna och 57 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser.

Kostnader för vård och omsorg om äldre

Det är i nuläget svårt att överblicka hur kostnaderna för äldreomsorgen påverkas av covid-19-pandemin, eftersom tillgängliga data från Statistiska Centralbyrån (SCB) har en viss eftersläpning. Helårsdata finns till och med år 2019, vilket är i enlighet med tidigare års rapporter.

Merkostnader till följd av covid-19-pandemin

Regeringen har under 2020 gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela bidrag till regioner och kommuner för merkostnader till följd av covid-19 inom [66]:

- hälso- och sjukvård och
- socialtjänst när det gäller omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning

I den första ansökningsprocessen år 2020 sökte regioner och kommuner be-
lopp motsvarande 11,2 miljarder kronor, varav 91,4 procent godkändes (cirka
11 miljarder kronor). Den andra, och sista, ansökningsomgången år 2020 för

statsbidrag till regioner och kommuner för merkostnader till följd av covid-19 hade sista ansökningsdag den 30 november 2020.

I den första ansökningsomgången (som avser 1 februari till 31 augusti 2020) stod kommunerna för 32 procent av det ansökta beloppet (3,6 miljarder kronor). De största poster som kommunerna ansökte om bidrag för avsåg personlig skyddsutrustning och personal inom socialtjänstens omsorg.

För äldreomsorgen följer merkostnader för bl.a. sjukfrånvaro hos personal. Dessutom har det tillkommit kostnader för exempelvis omställning av lokaler, ett utökat antal korttidsplatser och skyddsutrustning [67]. I en del fall har även verksamheter varit stängda som en följd av covid-19-pandemin.

Därutöver har även resurser tillförts kommuner och regioner genom bl.a. generella statsbidrag¹². Under 2020 utlystes statsbidrag för "Äldreomsorgslyftet", som syftar till att stärka kompetensen i kommunalt finansierad vård och omsorg [68]. Andra bidrag som tillkommit under året omfattar bl.a. medel för att motverka konsekvenserna av äldres isolering med anledning av covid-19 [69].

Kostnader år 2015–2019

I det här avsnittet beskrivs kommunernas kostnader och kostnadsutveckling för vård och omsorg för äldre. Kostnaderna är baserade på kommunernas räkningsuppgifter som publiceras av Statistiska centralbyrån¹³. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2019 års prisnivå¹⁴. I bilaga 1 redovisas även kostnaderna i löpande priser.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2019 till 129,4 miljarder kronor (figur 12). Den största delen, 73,4 miljarder kronor (57 procent), är kostnader för särskilt boende, medan kostnaden för enskilda i ordinärt boende uppgick till 54,3 miljarder kronor (42 procent). Öppen verksamhet som inte kräver individuellt biståndsbeslut utgjorde cirka en procent av kostnaderna, 1,7 miljarder kronor (figur 12).

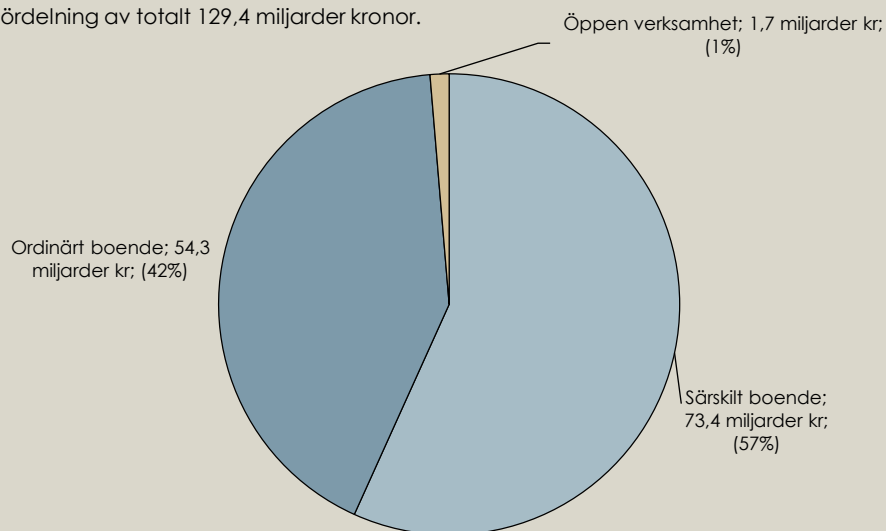
¹² SKR anger att tillskott av generella statsbidrag uppgick till 28,5 miljarder kronor under 2020, varav 21 miljarder är p.g.a. covid-19-pandemin (SKR, Tillskott av statsbidrag under 2020, hämtat 2020-12-16 från: <https://skr.se/ekonomi-juridikstatistik/ekonomi/budgetochplanering/statsbidrag/tillskottavstatsbidragunder2020.33681.html>)

¹³ Som kostnadsåtgång används kommunernas kostnader för det egna åtagandet, vilket mäts som bruttokostnad exklusive interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting/regioner. Summan innefattar den verksamhet som kommuner har definierat som sin egen och som riktar sig till den egna befolkningen.

¹⁴ Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2019 för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning.

Figur 12. Fördelning av kommunens kostnader för vård och omsorg för äldre 2019

Fördelning av totalt 129,4 miljarder kronor.



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2018, Statistiska centralbyrån

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre har sedan 2015 ökat med 5,2 miljarder kronor, även om kostnaderna minskade med 1,2 procent mellan år 2018 och 2019. Den totala kostnadsökningen över tid drivs framför allt av ökade kostnader för hemtjänst och särskilt boende (tabell 3). För korttidsboende och dagverksamhet har kostnaderna sjunkit något de senaste åren räknat i 2019 års priser.

Tabell 3. Kostnader för vård och omsorg om äldre

Miljarder kronor i fasta priser, 2019 års priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Andel	Förändring 2015–2019
	2015	2016	2017	2018	2019	2019	Miljarder kronor (%)
Total kostnad vård och omsorg om äldre	124,2	125,7	126,5	130,9	129,4	100 %	5,2 (4,2 %)
Årlig förändring	-0,1%	1,2%	0,6%	3,5%	-1,2%		
Verksamhetsområde							
Särskilt boende	70,5	71,6	72,0	74,4	73,4	57 %	2,9 (4,1 %)
Ordinärt boende	52,0	52,4	52,7	54,7	54,3	42 %	2,3 (4,4 %)
Hemtjänst	41,7	42,2	42,5	44,4	44,7	35 %	3,0 (7,2 %)
Korttidsboende	7,2	7,1	6,9	7,0	6,8	5 %	-0,4 (-5,6 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	3,2	3,1	3,3	3,3	2,8	2 %	-0,4 (-12,5 %)
Öppen verksamhet	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1 %	0,0 (0 %)

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2015–2019, Statistiska centralbyrån.

Under 2019 bodde 82 400¹⁵ i särskilt boende (SÄBO), vilket kan jämföras med 81 430 personer 2015, tabell 4. Kostnad per individ i SÄBO har fluktuerat under tidsperioden och var år 2019 ca 891 000 kr i fasta priser.

År 2019 uppgick antalet personer fått hemtjänst och bor i ordinärt boende till 143 680¹⁶. Kostnaden per person har över tid ökat med 7,3 procent i fasta priser, från 290 000 kronor år 2015 till 311 100 kronor år 2019, tabell 4.

Tabell 4. Antal personer samt uppskattad kostnad per person och år fördelat på insatser

Kronor i fasta priser, 2019 års priser.

	2015	2016	2017	2018	2019
Antal personer i SÄBO*	81 434	83 536	82 127	82 600	82 401
Kostnad per person SÄBO	865 732	857 115	876 691	900 726	890 766
Antal personer som har hemtjänst och bor i ordinärt boende*	143 782	144 288	141 458	143 526	143 683
Kostnad per person som har hemtjänst och bor i ordinärt boende	290 022	292 471	300 443	309 352	311 102

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2015–2019, Statistiska centralbyrån Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

*Antal personer i oktober under respektive år (antalet personer har tagits ut på samma sätt som i förra årets lägesrapport). Kostnad per person syftar till att uppskatta av exempelvis ett års SÄBO.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre¹⁷ utgör lite mer än hälften, 51 procent, av kommunernas kostnader för socialtjänst (tabell 5). Insatser till personer med funktionsnedsättning står för strax under en tredjedel, och individ- och familjeomsorgen står för en femtedel av kommunernas kostnader för socialtjänst (visas inte i tabellen).¹⁸ I förhållande till annan verksamhet i kommunerna har kostnaderna för äldreomsorg och äldreomsorg sjunkit något de senaste åren.

Tabell 5. Kostnader för vård och omsorg för äldre som andel av kommunernas samlade kostnader

Miljarder kronor i fasta priser, 2019 års priser.

	2015	2016	2017	2018	2019
Total kostnad för vård och omsorg av äldre	124,2	125,7	126,5	130,9	129,4
Andel av kostnader för socialtjänst, (%)	52,6	52,3	52,0	51,6	51,2
Andel av kommunernas kostnader för egen verksamhet, (%)	19,9	19,1	19,1	19,1	19,1
Andel av BNP, (%)	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2015–2019, Statistiska centralbyrån

¹⁵ Bland dessa ingår personer med hemtjänst, individer som bor på SÄBO eller har korttidsboende, samt andra insatser som trygghetslarm, ledsagar osv. Beräkningarna (se även tabell 5) utgår från antal personer år i Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning i oktober månad (65 år och äldre). Detta används för att uppskatta kostnaden per patient och år.

¹⁶ Avser antalet personer under oktober månad respektive år med 1–744 timmars hemtjänst per månad (enligt Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning).

¹⁷ Inklusivt bland annat kommunala kostnader för vård och omsorg enligt SoL/HSL i särskilt boende och ordinärt boende

¹⁸ Se *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021* och *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2021*.

Sveriges kommuner och regioner anger i sin ekonomirapport från oktober år 2020 att starka ekonomiska resultat förväntas för regioner och kommuner till följd av tillfälliga tillskott relaterade till covid-19-pandemin och andra statliga åtgärder. Men prognoser talar för fortsatta demografiska utmaningar. Andelen invånare utanför arbetsför ålder ökar, vilket leder till förändrade vårdbehov och att allt färre bidrar till de skatteintäkter som ska betala för allt fler [70]. Skatteintäkterna för kommuner och regioner beror också på hur ekonomin utvecklas under och efter en period av stora osäkerheter, och vid ökad arbetslöshet i spåren av covid-19-pandemin.

Det är dock svårt att förutse hur pandemin kommer att utvecklas. En fortsatt stor smittspridning av covid-19 kan exempelvis medföra högre sjukfrånvaro hos personal inom omsorgen, och ställa ytterligare eller förlängda krav på verksamheter att vidta åtgärder för att skydda personer i riskgrupper.

Personal inom vård och omsorg för äldre – utmaningar och möjligheter

Vården och omsorgen ställer om. De förändringar som sker drivs av flera faktorer, såsom att befolkningen blir allt äldre, att fler lever längre med kroniska hälsotillstånd och att många har flera samtidiga diagnoser med behov av vård från flera håll. Det ställer krav på samordning inom vården men även mellan vården och omsorgen. Verksamheter behöver förändra hur de organiserar sitt arbete men även hur de utför arbetet utifrån enskilda personers behov. Personcentreringen och delaktighet är en behövlig del i omställningen till en god och nära vård. Digitaliseringen är en annan övergripande trend som driver förändringen inom vården och omsorgen, t.ex. användningen av mer välfärdsteknik och införandet av nya journalsystem.

SCB:s arbetskraftsundersökning (AKU) 2020 visar att andelen tidsbegränsat anställda inom kommunal vård och omsorg är något högre än snittet för hela arbetsmarknaden [71]. SKR:s personalstatistik visar att 72 procent av de anställda inom vård och omsorg i kommunerna är tillsvidareanställda, medan de tidsbegränsat månadsavlönade står för 6 procent och timavlönade för 23 procent [72].¹⁹ Sett till arbetad tid står tillsvidareanställda för 78 procent av den arbetade tiden, medan tidsbegränsat månadsavlönade står för 6 procent och timavlönade för 16 procent.

Vårdbiträden och undersköterskor i kommunal verksamhet

Vårdbiträden arbetar med vård och omsorg om personer med funktionsnedsättning och äldre.²⁰ Den yrkesgruppen har oftast erfarenhet inom vård och omsorg, men saknar yrkesutbildning inom området. Arbetsuppgifterna varierar men handlar om att stödja vårdtagaren att leva så självständigt som möj-

¹⁹ SKR:s personalstatistik 2019.

²⁰ Arbetsförmedlingens webbsida

<https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssokande/yrken-och-studier/hitta-yrken/yrkesgrupper/1214>

ligt. De största arbetsgivarna är kommuner, men det finns även privata arbetsgivare. Det finns cirka 77 000 anställda vårdbiträden i Sverige, varav cirka 76 procent är kvinnor och 24 procent är män [73].

Omkring 135 000 undersköterskor är anställda inom hemtjänst och SÄBO, varav cirka 91 procent är kvinnor och 9 procent är män [73]. Av dem når drygt 35 000 pensionsålder under perioden 2019–2028. Under samma period når knappt 11 000 vårdbiträden pensionsålder [74].

Eftersom det redan i nuläget är stor brist på såväl undersköterskor som vårdbiträden är det centralt för arbetsgivare att arbeta för att både behålla sin befintliga personal och rekrytera ny. Parallellt med att förbättra arbetsmiljön och medarbetartrivseln är det viktigt att även aktivt driva omställningen till en anpassad äldreomsorg där vårdens och omsorgens medarbetare och tekniken kompletterar varandra för att möta individens behov på bästa sätt.

Legitimerad personal inom vård och omsorg för äldre

Tabell 6 redovisar antalet anställda legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister inom äldreomsorgen år 2015–2018. Antalet sjuksköterskor har minskat något sedan 2015, medan antalet fysioterapeuter och dietister har ökat något.

Tabell 6. Legitimerad personal inom vården och omsorgen av äldre

Antal legitimerad personal inom vården och omsorgen av äldre 2015–2018, samt andel (%) fördelat på kön och verksamhetsområde.

Yrke	Antal				Andel 2018 (%)					
	2015	2016	2017	2018	Kvinnor	Män	Ordinärt boende	Särskilt boende	Kommunal regi	Enskild regi
Sjuksköterska	14 350	14 100	14 082	13 869	91	9	43	57	84	16
Arbetsterapeut	2 760	2 719	2 664	2 705	93	7	43	57	90	10
Fysioterapeut	1 860	1 900	1 915	1 940	80	20	41	59	87	13
Dietist*	34	42	37	40						

Uppgifterna gäller antal anställda och gör ingen skillnad på heltider och deltid.

Med anställd avses alla som utfört ett lönearbete i Sverige minst fyra timmar i november.

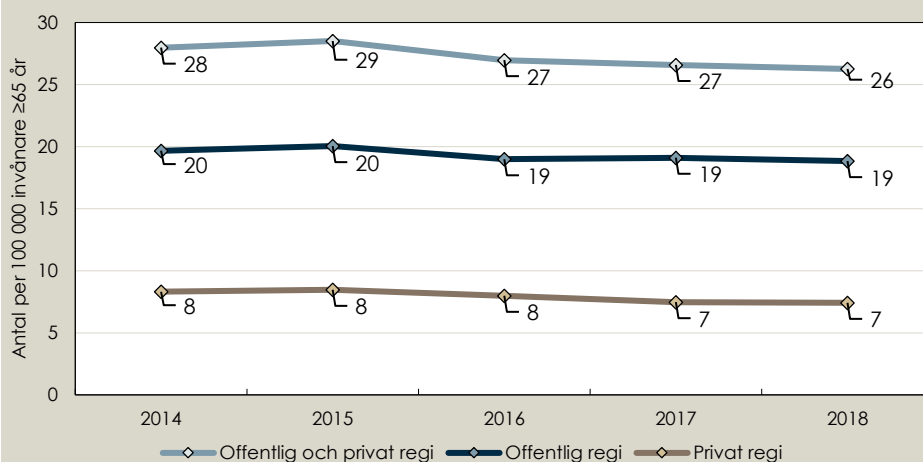
* För dietisterna redovisas inga andelar p.g.a. låga tal.

Källa: Legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadssituation (LOVA), Socialstyrelsen.

År 2018 fanns 26 specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre (figur 13). Det är en minskning från 27 specialistläkare 2017. En stor bidragande orsak är att antalet personer som fyllt 65 år har ökat under hela perioden (från 1 926 300 personer 2014 till 2 048 798 personer 2018), samtidigt som antalet specialistläkare inom geriatrik inte har ökat i samma omfattning.

Figur 13. Specialistläkare i geriatrisk inom hälso- och sjukvården

Antal specialistläkare i geriatrisk inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 65 år och äldre år 2014–2018.



Källa: Legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadssituation (LOVA), Socialstyrelsen och befolkningsstatistik, SCB.

Kompetensbehov för en god och nära vård

Kompetensförsörjningen är central del i arbetet med omställningen till en mer nära vård. Kommuner och regioner arbetar med specifika kompetensförsörjningsåtgärder som en del i arbetet med omställningen [75]. Effektivare arbetssätt, digitala lösningar och artificiell intelligens kan vara sätt att bättre bidra till att klara utmaningar med kompetensförsörjningen [76].

Den kommunala hemsjukvården omfattar allt fler personer med komplexa vårdbehov och allt mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser, bl.a. till följd av att patienter skrivs ut snabbare från sjukhusen och att de tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet har ökat [77]. Det ställer krav på personalresurser och kompetens. Många kommuner uppger att de har brist på legitimerad personal, främst sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor [75]. Behoven av samordnade insatser från flera utförare är vanliga, vilket medför krav på samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst och regioner [77].

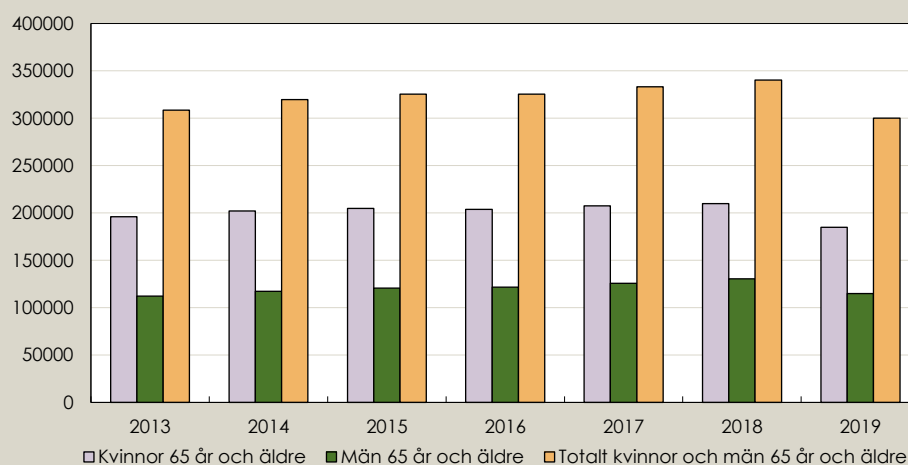
Kommunal hälso- och sjukvård

Under 2019 fick nästan 364 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var 300 000 minst 65 år, varav 62 procent var kvinnor och 38 procent män (figur 14). Antal patienter inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården har ökat, och alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs [15].²¹ Dock visar 2019 års resultat en minskning för kommunens inrapportering av antal patienter till registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård vilket gör att färre patienter registrerats i den officiella statistiken [78].

²¹ Fokusgruppsintervju med kommunerna Åre, Växjö och Helsingborg inom ramen för EU-projekt om stöd till kommuner att utveckla arbetet med strategisk styrning, 2020.

Figur 14. Antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, 2013–2019

Antal personer



Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, registret över insatser till äldre och funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer

Kommunalt finansierad hemsjukvård

De flesta patienter som erhöll hälso- och sjukvårdsinsatser fick vård i ordinarie boende, dvs. kommunalt finansierad hemsjukvård. Drygt 281 900 patienter (alla åldersgrupper) fick någon gång under 2019 kommunalt finansierad hemsjukvård.²² Drygt 231 900 av dem var 65 år eller äldre, varav 60 procent var kvinnor och 40 procent män.

Av dessa hade 60 procent av kvinnorna och 57 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser (tabell 7).

Tabell 7. Personer 65 år och äldre med kommunalt finansierad hemsjukvård, 2019

Antal och andel (%) patienter 65 år och äldre som någon gång under 2019 fick kommunal hemsjukvård med eller utan hemtjänst, fördelat på kön.

Kommunal hemsjukvård med eller utan hemtjänst	Antal och andel (%)
Kvinnor ≥ 65 år med hemsjukvård varav	139 500
hemsjukvård och hemtjänst*	83 600 (60 %)
Män ≥ 65 år med hemsjukvård varav	92 400
hemsjukvård och hemtjänst*	52 300 (57 %)
Totalt ≥ 65 år med hemsjukvård varav	231 900
hemsjukvård och hemtjänst*	135 900 (59 %)

* Avser bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande.

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2020, Socialstyrelsen.

²² Målpopulationen inkluderar alla patienter som någon gång erhöll *minst en* hälso- och sjukvårdsinsats.

Kommunal hälso- och sjukvård på korttidsplats

Kommunen kan bevilja korttidsplats för personer boende i sitt privata hem inklusive biståndsbedömt trygghetsboende och i behov av tillfällig vård och omsorg dygnet runt för t.ex. rehabilitering efter sjukhusvård, växelvård eller avlösning för närstående.²³ Under 2019 beviljades drygt 38 300 personer som fyllt 65 år korttidsplats i enlighet med SoL, 19 820 kvinnor och 18 520 män (tabell 8).

Tabell 8. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på korttidsplats, 2019

Antal och andel (%) personer 65 år och äldre som beviljades korttidsplats och antal och andel av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård under 2019, fördelat efter kön.

Kommunal hälso- och sjukvård (KHSV) på korttidsplats	Antal och andel (%)
Kvinnor ≥ 65 år med beviljad korttidsplats varav	19 820
beviljad korttidsplats och KHSV	17 000 (86 %)
Män ≥ 65 år med beviljad korttidsplats varav	18 520
beviljad korttidsplats och KHSV	15 870 (86 %)
Totalt ≥ 65 år med beviljad korttidsplats varav	38 300
beviljad korttidsplats och KHSV	32 870 (86 %)

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänstregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2020, Socialstyrelsen.

Kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende

Drygt 109 800 personer som fyllt 65 år, knappt 72 000 kvinnor och 37 800 män, beviljades särskilt boende för äldre (permanent boende) under 2019. Av dessa erhöll 84 procent kvinnorna och 84 procent männen också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under året (tabell 9).

Tabell 9. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, 2019

Antal och andel (%) personer 65 år och äldre som beviljades särskilt boende för äldre samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård under 2019, fördelat på kön.

Kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre	Antal och andel
Kvinnor ≥ 65 år med beviljad särskilt boende varav	72 000
beviljad särskilt boende och KHSV	60 200 (84 %)
Män ≥ 65 år med beviljad särskilt boende varav	37 800
beviljad särskilt boende och KHSV	31 600 (84 %)
Totalt ≥ 65 år med beviljad särskilt boende varav	109 800
beviljad särskilt boende och KHSV	91 800 (84 %)

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänstregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2020, Socialstyrelsen.

²³ Bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt, Termbanken, Socialstyrelsen.

Kommunal hälso- och sjukvård på dagverksamhet

För dem som fyllt 65 år med beviljad dagverksamhet²⁴ och i behov av hjälp med sin vård erbjuds stöd av den kommunala hälso- och sjukvården. Av drygt 17 800 personer i den gruppen fick 6 100 (61 procent) kvinnor och nästan 4 900 (62 procent) män insatser av den kommunala hälso- och sjukvården under 2019.

Samordnad individuell plan – ökad delaktighet för patienten

Ett mått på samordning kan vara andelen samordnade individuella planer (SIP). Både SoL och HSL kräver att kommuner och regioner ska upprätta en SIP när de bedömer att insatser behöver samordnas, och personen samtycker till det.²⁵ Kommuner och regioner har en skyldighet att säkerställa att SIP också upprättas för enskilda som vård- och omsorgsinsatser av privata aktörer.²⁶

Resultatet av öppna jämförelser för 2020 visar bl.a. att 88 procent av kommunerna har riktlinjer för att patienter i den kommunala hälso- och sjukvården ska informeras och erbjudas möjlighet till SIP (tabell 10) [79]. Drygt 40 procent av kommunerna har riktlinjer och rutiner för såväl hälso- och sjukvården som för socialtjänsten om att den enskilde ska informeras om möjligheter till SIP.

Tabell 10. Indikatorer gällande information till enskilda om möjligheter till samordnad individuell plan (SIP)

Andel (%) kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, riket, år 2020.

Indikatorer som mäter patients eller brukares möjligheter till information och erbjudande om SIP i kommunen	2020
Kommunal hälso- och sjukvård	88 %
Socialtjänst myndighetsutövning område äldreomsorg	53 %
Socialtjänst myndighetsutövning område LSS-vuxna	49 %
Socialtjänst myndighetsutövning område LSS-barn	49 %

Källa: Öppna jämförelser: Kommunal hälso- och sjukvård och Socialtjänst, 2020.

²⁴ Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats som består av sysselsättning, behandling eller rehabilitering på en plats utanför den egna bostaden. Formen på dagverksamhet varierar men bör utformas så att verksamheten möter de enskildas behov, Nationella riktlinjer för personer med demenssjukdom, Socialstyrelsen och 5 kap. 10 § SoL.

²⁵ 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL.

²⁶ Prop. 2008/09:193 s. 23.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

En kunskapsbaserad vård och omsorg baseras på bästa tillgängliga kunskap, och ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta kapitel beskrivs kunskapsstödjande arbete med fokus på bl.a. stroke och rörelseorgan.

Sammanfattande iakttagelser

- Akuta behandlingar, t.ex. reperusionsbehandling vid akut ischemisk stroke och hjärtinfarkt, gavs i nästan samma utsträckning under perioden januari–juni 2020 som under samma period tidigare år. För personer 70 år och äldre fanns en marginell minskning av andelen som anlände till sjukhus inom tre timmar från start av strokesymtom och drygt 80 procent vårdades under våren 2020 på strokeenhet eller IVA som första vårdenhets. En fortsatt hög andel elektiva operationer har utförts inom rekommenderad tid hos personer som löper hög risk att insjukna i stroke eller hjärtinfarkt.
- En enkätundersökning från 2020 visar att få kommuner har övergripande kompetensutvecklingsplaner för personal inom vård och omsorg. Covid-19-pandemin visar tydligt konsekvenserna av avsaknaden av övergripande strategisk planering i kommunerna kring det systematiska patientsäkerhetsarbetet och kompetensförsörjningen.
- Socialstyrelsen publicerade år 2020 reviderade riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar med tillhörande indikatorer och målnivåer. Ett av huvudbudskapen är att det är vanligt att patienter med osteoporos (benskörhet) bryter ett ben igen inom fem år efter ett första benbrott. Därför behövs fler vårdenheter som kan erbjuda dessa patienter en systematisk riskvärdering, utredning och behandling enligt en så kallad frakturkedja.
- Den fysiska träningen ofta behöver kombineras med läkemedelsbehandling, särskilt vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar, men mer sällan vid artros. Vissa regioner behöver satsa mer resurser på behandling med biologiska läkemedel och så kallade JAK-hämmare, som kan bromsa sjukdomsförloppet för många.
- Fallrisken ökar med stigande ålder till följd av funktionsnedsättning och sjukdom. Skadorna blir också vanligare och svårare med stigande ålder. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av död, lidande och försämrad livskvalitet som t.ex. rörelsesvårigheter, isolering, rädsla för att falla igen och ökat beroende av andra. Fallskador leder även till en stor kostnad för samhället. Under 2018 registrerades nästan 20 000 vårdtillfällen i slutenvård för fallskada för personer som fyllt 65 år med minst två månaders hemsjukvård. Fler kvinnor än män vårdas på sjukhus för fallskada.
- Omkring var femte svensk ger stöd eller omsorg till en närstående och en majoritet av dessa – omkring 900 000 personer – hjälper en äldre person.

Det är vanligt att handläggare och personal inte tar reda på om anhöriga verkligen vill utföra omsorgen eller hur anhörigrollen påverkar deras egen hälsa och livssituation. Socialstyrelsen bedömer därför att anhörigperspektivet behöver stärkas på alla nivåer inom vården och omsorgen om äldre, inklusive i politiska beslut om vården och omsorgens organisering och utbud.

Nationella riktlinjer – ett stöd i arbetet

Ny forskning och nya behandlingsmöjligheter samt förändrade behov hos befolkningen leder till att behovet av vägledning i frågor om prioriteringar och resursfördelning också förändras. Det gör att Socialstyrelsens nationella riktlinjer måste hållas aktuella och följa både kunskapsutvecklingen och behovet av vägledning i regioner och kommuner. Riktlinjerna ska bidra till att resurserna används effektivt och fördelas efter befolkningens behov, och de ska styras av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Rekommendationerna kan vara kopplade till indikatorer och nationella målnivåer. Indikatorerna används för att utvärdera följsamheten av rekommendationer arbetet mot målnivåer.

Nationella riktlinjer för vård vid stroke

Socialstyrelsen genomförde under 2019–2020 en översyn av de nationella riktlinjerna för vård vid stroke [80], i syfte att säkerställa att riktlinjerna är aktuella och bygger på bästa tillgängliga kunskap. Översynen har lett till sex nya och fem uppdaterade rekommendationer.

Stroke drabbar ofta äldre: medelåldern vid insjuknandet är cirka 75 år. I Sverige är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken, och globalt är stroke den näst vanligaste orsaken till död och funktionsnedsättning. Äldres särskilda förutsättningar, t.ex. eventuell svår samsjuklighet och skörhet, kan dock påverka tillämpbarheten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. För att kunna ge denna grupp god vård är det nödvändigt att anpassa riktlinjernas rekommendationer efter dessa personers särskilda förutsättningar. Vägledning om detta finns i dokumentet *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* [81].

Fortbildning är viktigt för att kunna ge god och nära vård. Utbildningsinsatser till personal t.ex. fortbildning är viktigt för att kunna ge en god och nära vård. För den kommunala hälso- och sjukvården där flertalet patienter erhåller socialtjänstinsatser och ofta vård och behandling genom att delegeringar ges till omsorgspersonal, behöver utbildning och kompetensförsörjning omfatta både vård- och omsorgspersonal. Fortbildning är en viktig förutsättning för att personal ska kunna ge en god palliativ vård eller förbättra förutsättningarna till en individanpassad rehabilitering i sen fas efter stroke för patienter i den kommunala hälso- och sjukvården [82, 83]. Men resultaten av öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård 2020 visar att få kommuner har övergripande kompetensutvecklingsplaner för personal inom vård och omsorg (tabell 11).

Tabell 11. Indikatorer gällande övergripande kompetensutvecklingsplaner för fortbildning i kommunal hälso- och sjukvård

Antal och andel (%) kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, riket, år 2020.

Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i	2020
Allmän palliativ vård	
- till vård- och omsorgspersonal	105 (35 %)
- till vårdpersonal	27 (9 %)
Stroke	
- till vård- och omsorgspersonal	12 (4 %)
- till vårdpersonal	10 (3 %)

Källa: Socialstyrelsen, Öppna jämförelser, Kommunal hälso- och sjukvård, 2020.

Såväl för fortbildning inom palliativ vård och strokevård som för individuell påbyggnadsutbildning på universitet eller högskola behövs strukturer hos vårdgivare och utförare – så vis kan kontinuerliga utbildningsinsatser möjliggöras.

Rådande situation med anledning av covid-19 i äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården förtydligar vikten av kommunernas behov av övergripande strategisk planering av det systematiska patientsäkerhetsarbetet och kompetensförsörjningen inom vård och omsorg.

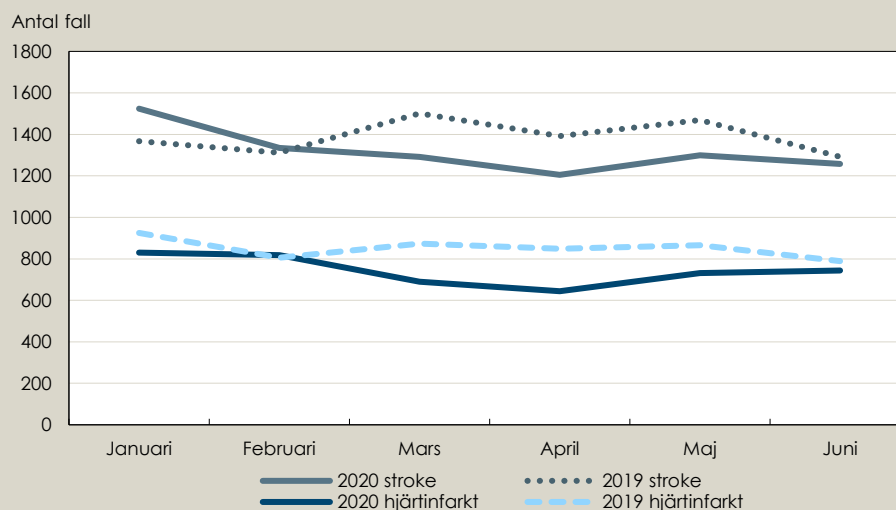
Hur covid-19 har påverkat akutvård av äldre med stroke och hjärtinfarkt

Socialstyrelsen har analyserat pandemins påverkan på hjärtsjukvården [16]. Resultaten visar att akuta behandlingar, t.ex. reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke och hjärtinfarkt, gavs i nära nog samma utsträckning under perioden januari–juni 2020 som samma period tidigare år. Andelen som behandlats inom målsatt tid skilde sig inte heller från tidigare år. I gruppen 70 år och äldre fanns en marginell minskning av andelen som anlände till sjukhus inom tre timmar från start av strokesymtom, och drygt 80 procent vårdades under våren 2020 på strokeenhet eller IVA som första vårdenhet. En fortsatt hög andel elektiva operationer har utförts inom rekommenderad tid hos personer som löper hög risk att insjukna i stroke eller hjärtinfarkt.

Antalet fall av stroke och hjärtinfarkt bland personer 70 år och äldre som vårdats på sjukhus och som rapporterats in till nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens patientregister minskade dock med 10 respektive 18 procent under våren 2020 jämfört med året innan. En bidragande orsak till minskningen kan vara en lägre grad av inrapportering eller en eftersläpning i inrapporteringen. Det kan också vara att personer med lindriga symtom, särskilt i åldrarna 70 år och äldre, undvek att söka akut vård eller att patienter placerades på andra avdelningar än hjärtavdelning eller strokeenhet, vilket kan ha påverkat patientflödet och registreringen.

Figur 15. Hur covid-19 påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt

Totalt antal fall av stroke och hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus och som registrerats i patientregistret.



Reviderade nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

I januari 2021 publicerade Socialstyrelsen slutversionen av de reviderade riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar med tillhörande indikatorer och målnivåer [84]. De ersätter de riktlinjer och målnivåer som publicerades 2012 respektive 2015. Under 2021–2022 kommer Socialstyrelsen att göra en utvärdering av den vård som gäller rörelseorganens sjukdomar med utgångspunkt i riktlinjernas indikatorer.

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för en mängd sjukdomar som angriper skelettet, lederna och musklerna. Hit hör samtliga inflammatoriska reumatiska sjukdomar, artros och osteoporos. Många av patienterna med sjukdomar i rörelseorganen är äldre.

0,5–1,0 procent av Sveriges befolkning har reumatoid artrit, drygt hälften är 65 år och äldre. Det är vanligast att insjukna mellan 45 och 65 års ålder. Sjukdomen är oftast livslång och påverkar hela livssituationen. Dessutom ökar risken att dö i förtid.

Artros är den vanligaste ledsjukdomen, och den är starkt åldersrelaterad. Förekomsten av artros ökar tydligt efter 50-årsåldern. Hos personer som fyllt 65 år är artros den vanligaste orsaken till en fysisk funktionsnedsättning.

Riktlinjernas huvudbudskap

Läkare i primärvården behöver kunna ställa diagnos så tidigt som möjligt. Det är vanligt att patienter med osteoporos bryter ett ben igen inom fem år efter ett första benbrott, så därför behövs fler vårdenheter som kan erbjuda dessa patienter en systematisk riskvärdering, utredning och behandling enligt en så kallad frakturkedja.

Rehabilitering med fysisk träning är en grundläggande del av behandlingen för personer med sjukdomar i rörelseorganen. Tack vare fysisk träning

kan patienter t.ex. få mindre ont, få tillbaka rörligheten, minska risken för benbrott eller vänta med en ledprotesoperation.

Det är ofta viktigt att flera vårdprofessioner arbetar tillsammans med patienten. För en god rehabilitering krävs en större tillgång till sådana teaminsatser, över hela Sverige. Hälso- och sjukvården behöver sannolikt också erbjuda fler träningsstillfällen på attraktiva tider och platser.

Den fysiska träningen behöver ofta kombineras med läkemedelsbehandling, särskilt vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar, men mer sällan vid artros. Vissa regioner behöver satsa mer resurser på behandling med biologiska läkemedel och så kallade JAK-hämmare, som kan bromsa sjukdomsförloppet för många. Dessa nyare läkemedel är dyrare än äldre varianter, men flera har blivit mer kostnadseffektiva.

Fallförebyggande insatser för äldre

Fallskador kan innebära förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och leda till dödsfall. Med stigande ålder ökar risken för fall, vilket orsakas av bl.a. muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och i vissa fall konsekvens av medicinering. Fall är dessutom den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig, och det är en av de tio vanligaste dödsorsakerna bland dem som fyllt 70 år [85].

I Sverige är fallskador den överlägset vanligaste typen av skada som kräver slutenvård bland personer som är minst 65 år. Av Sveriges kommuner uppger 71 procent (185 kommuner) att fallriskvärdering för patienten alltid görs vid inskrivning i hemsjukvården.²⁷ Årligen faller cirka 70 000 personer så illa att de behöver akut sjukhusvård, och av dem är 50 000 minst 65 år. Under 2018 registrerades nästan 20 000 vårdtillfällen för fallskada och nästan 6 000 vårdtillfällen för höftfraktur i slutenvård för personer som fyllt 65 år och har kommunal hemsjukvård.²⁸

Fallolyckor går att förebygga men för det behövs ett teambaserat arbetssätt mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsens webbtjänst *Ett fall för teamet* inom området fallprevention riktar sig till chefer, personal och andra ledningsfunktioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst [86].

Som ett stöd för att stärka huvudmannens systematiska patientsäkerhetsarbete finns indikatorn *Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete* med koppling till den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet [87]. Indikatorn mäter huruvida representanter från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet regelbundet träffas och gemensamt analyserar resultat av relevanta informationskällor, med syftet att användas som underlag till kommunens fortsatta patientsäkerhetsarbete. Det är 80 procent av kommunerna och stadsdelarna som uppger att de har forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete, men att arbete oftast inte sker tillsammans med representanter från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvård.

Resultatet av *Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete* kan relateras till den övergripande planeringen av kompetens och fortbildning. Totalt 132

²⁷ Kommuner och stadsdelar i Stockholms län (totalt 38 stycken) ingår inte i beräkningen då Region Stockholm är ansvarig för hemsjukvården i länet, med undantag för Norrtälje kommun.

²⁸ Minst två månader kommunal hemsjukvård i följd.

kommuner har kompetensutvecklingsplaner för fortbildning i allmän palliativ vård till personal inom vård och omsorg. Motsvarande antal sjukvårdshuvudmän med kompetensutvecklingsplan för fortbildning i stroke är 22 kommuner.

Bristen på kunskap och kompetens inom vård och omsorg kan få allvarliga konsekvenser för patienter [88-90]. Situationen med covid-19 i äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården förtydligar behovet av övergripande strategisk planering i kommunerna kring det systematiska patientsäkerhetsarbetet och kompetensförsörjningen.

Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer

Hösten 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att ta fram ett underlag till en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Resultaten presenterades i en rapport som publicerades i december 2020 [91].

Anhöriga står för en stor del av vården och omsorgen om äldre i Sverige idag [92]. Omkring var femte svensk ger stöd eller omsorg till en närstående och en majoritet av dessa – omkring 900 000 personer – hjälper en äldre person [93, 94]. Den vanligaste omsorgsrelationen är att vuxna barn ger hjälp eller stöd till sina föräldrar [93, 94], men det är också vanligt att personer över 65 år ger omsorg till en make, maka eller partner [94, 95]. I dessa fall händer att även den som ger omsorg har nedsatt hälsa eller funktionsförmåga, vilket kan medföra att omsorgsansvaret innebär en stor belastning för den anhöriga.²⁹

För många anhöriga är det positivt och meningsfullt att hjälpa en närstående, men att ge omsorg kan också påverka anhörigas mående, ekonomi och livskvalitet negativt. När den offentliga vården och omsorgen inte fungerar som den ska ökar belastningen på anhöriga och deras möjlighet att välja hur mycket de hjälper sina närstående minskar [96-99]. Bristande kvalitet och tillgänglighet i vården och omsorgen leder därmed inte bara till en ojämlik hälsa för äldre, utan skapar också ojämlika förutsättningar för en god hälsa och levnadsnivå bland deras anhöriga.

Många anhöriga upplever att deras omsorgsinsatser tas för givna och att de inte får komma till tals i vård- eller omsorgsplaneringen. Det är vanligt att handläggare och personal inte tar reda på om anhöriga verkligen vill utföra omsorgen eller hur anhörigrollen påverkar deras egen hälsa och livssituation. Socialstyrelsen bedömer därför att anhörigperspektivet behöver stärkas på alla nivåer inom vården och omsorgen om äldre, inklusive i politiska beslut om vården och omsorgens organisering och utbud.

I förlängningen får negativa konsekvenser för enskilda anhöriga också effekter på samhällsnivå, i form av ökade vård- och omsorgskostnader, minskade skatteintäkter och ojämlika livsvillkor. I rapporten konstateras att anhörigas situation därmed är en folkhälsofråga som behöver integreras i kommuners och regioners hälsofrämjande och förebyggande arbete.

²⁹ Departementspromemorian *Stöd till anhöriga som vårdar och stödjer närstående* (Ds 2008:18), s.50.

Anhöriga kan också behöva stödinsatser för egen del och kommunerna är sedan 2010 skyldiga att erbjuda stöd till anhöriga. I rapporten pekar Socialstyrelsen ut ett antal brister och utvecklingsområden i det stöd som erbjuds anhöriga i dag. Där framgår att tillgången till stöd inte är jämlik över landet eller mellan grupper, att stödet är otillräckligt proaktivt och uppsökande, att det stöd som erbjuds är otillräckligt behovsstyrt eller individanpassat, att möjligheterna att få ekonomiskt stöd är begränsade samt att stöd som underlättar för anhöriga att kombinera anhörigomsorg med arbete eller studier ofta saknas.

Slutligen betonar Socialstyrelsen att det är viktigt att den kommande strategin utformas på ett sätt som inte bara beaktar anhörigas möjligheter att vara delaktiga i vården och omsorgen eller att få stöd för att orka med sin anhörigroll, utan också värnar deras rätt att välja om, hur och i vilken omfattning de ger omsorg till sina närstående.

Anhörigas och närståendes situation i samband med covid-19

I början av april tillfrågades bl.a. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA) och Anhörigas riksförbund (AHR) om de kunde förmedla en bild av vilka frågor anhöriga önskade få svar på. Utifrån detta underlag publicerade Socialstyrelsen i början av maj svar på ett urval av det underlag som kom in under rubriken ”frågor och svar”[100].

Inom ramen för arbetet med vägledningen om dagverksamhet för personer med demenssjukdom tillfrågades även några verksamheter om hur situationen påverkats med anledning av covid-19 [101]. Utifrån de svar som kom in finns det skäl att tro att många anhöriga kan ha hamnat i svåra situationer när en del dagverksamheter stängde temporärt. Det fanns även exempel på verksamheter som stängde eftersom flera deltagare slutade att komma. Anhöriga har inte fått den avlastning de behöver, de har levt sida vid sida med personer som kanske inte förstått allvaret i situationen och samtidigt haft oro över att själva bli sjuka. Därför är det viktigt att framöver följa upp situationen med anhöriga, i synnerhet anhöriga till personer med demenssjukdom.

Säker vård och omsorg

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att patienterna skyddas från risken att drabbas av vårdskador,³⁰ att socialtjänstens myndighetsutövning präglas av rättssäkerhet, och att vården och omsorgen är trygg och säker.³¹ I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen material som belyser olika aspekter av säker vård och omsorg.

Sammanfattande iakttagelser

- Kvaliteten i läkemedelsbehandling fortsätter att förbättras. Den mest uttalade förändringen märks för olämpliga läkemedel, vars användning minskade med 59 procent under perioden 2005–2018.
- Mer än var fjärde sjukhusvistelse, 28 procent, bland de mest sjuka äldre följdes under 2019 av en ny och oplanerad sjukhusvistelse redan inom 30 dagar. Det var vanligare än under 2010, då andelen var 25 procent. I en femtedel av återinskrivningsfallen 2019 skrevs den äldre in på sjukhus igen redan inom tre dagar. De vanligaste diagnoserna vid första vårdtillfället var, både 2010 och 2019, KOL, hjärtinsufficiens (hjärtsvikt), andra sjukdomar i urinorganen, pneumoni och fraktur på lårben.
- Journalgranskning i sjukhusvården har visat att andelen vårdtillfällen med vårdskada minskade från knappt 9 procent till 7 procent mellan 2013 och 2019. Vårdskador var cirka 60 procent vanligare för patienter som vårdats på en utlokaliserad vårdplats. Medelåldern för de utlokaliserade patienterna var 70 år.
- Av de patienter som sjukhusvårdades för covid-19 drabbades 18 procent av vårdskador. Det var fyra gånger vanligare med skada om patienten också vårdats på intensivvårdsavdelning för covid-19. Femton procent av alla patienter som sjukhusvårdades för covid-19 avled. I 13 procent av dödsfallen bedömdes en skada ha bidragit till dödsfallet. Hur stor andel av dessa skador som skulle ha kunnat undvikas har inte bedömts, eftersom kunskapsläge och behandlingsmetoder förändrats och utvecklats snabbt.
- Under 2020 inkom 1 104 lex Sarah-anmälningar till IVO, en minskning med 86 ärenden jämfört med 2019. Antalet beslutade ärenden var 1 128 stycken, varav 424 gällde äldreomsorg. Antalet covid-19-relaterade lex Sarah-anmälningar var 37 stycken, och IVO fattade beslut i 32 ärenden. Äldreomsorg var det verksamhetsområde med flest beslutade ärenden, 23 stycken.
- Under 2020 kom 2 170 lex Maria-anmälningar in till IVO, en minskning med 100 anmälningar jämfört med 2019. IVO fattade beslut i 2 104 ärenden, och 1 005 beslut gällde personer i gruppen 65 år och äldre. Det kom in 44 covid-19-relaterade lex Maria-anmälningar, och IVO fattade beslut i

³⁰ Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL, där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada.

³¹ Prop. 1996/97:124 s. 51–54

24 ärenden. Äldreomsorg var det verksamhetsområde med flest beslutade ärenden, 9 stycken.

- 2020 genomförde SKR två punktprevalensmätningar av hur hygienrutiner och klädregler efterlevs. Antalet kommuner som medverkade i höstens mätning var 162, jämfört med 71 kommuner i vårens mätning. På hösten skedde 19 760 observationer, medan mätningen i vecka 11–12 hade 7 800 observationer. Under 2020 har efterlevnaden av hygienrutiner och klädregler förbättrats, vilket delvis antas bero på det förstärkta arbetet med vårdhygienutbildningar, samt att genomgångar och utbildning genomförts. Det är av stor vikt att kommuner vidtar åtgärder för att ytterligare förbättra efterlevnaden.
- Våren 2020 genomförde IVO tillsyn av drygt 1 000 verksamheter inom hemtjänst, särskilt boende för äldre (SÄBO) och boende med särskild service enligt LSS. Det var 490 särskilda boenden för äldre och 388 hemtjänstverksamheter som ingick. Cirka 900 verksamheter var utan anmärkning, och fortsatt tillsyn gjordes vid cirka 100 verksamheter, kring bl.a. basal hygien och smittspridning. Efter vårens tillsyn genomförde IVO en tillsyn av landets samtliga 1 700 SÄBO. Därefter fortsatte IVO med en fördjupad granskning av 98 SÄBO. Granskningen riktades mot de regioner och privata utförare. Syftet var att se om äldre på SÄBO hade fått vård och behandling utifrån sina individuella behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19. Myndigheten fattade beslut för 55 kommuner och privata utförare. IVO konstaterade att både kommuner och privata utförare hade brustit i sin del av ansvaret.
- Under 2020 har Socialstyrelsen arbetat för att sprida information om den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och på för att olika sätt stödja implementeringen. Ett nationellt råd för patientsäkerhet har också inrättats för att stödja arbetet med genomförande av handlingsplanens åtgärder.
- Socialstyrelsens kartläggning av hur arbetskläder tillhandahålls, hanteras och finansieras inom omsorgen i kommunala och privata verksamheter visade att 70–80 procent av verksamheterna hade uppdaterat sina rutiner kring arbetskläder och/eller basala hygienrutiner i samband med covid-19.

Kvaliteten vid läkemedelsbehandling fortsätter att förbättras

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel [102]. Därtill medför den omfattande läkemedelsanvändningen hos många äldre att risken för biverkningar ökar och att läkemedel påverkar varandra (interagerar). Det finns därför ett stort behov av att fördjupa kunskapen om hur omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

Figur 16. Äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt, 2019.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer som är 75 år eller äldre använder idag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel [103]. Äldre som är multisjuka och äldre som bor på särskilt boende är p.g.a. sviktande funktioner eller olika sjukdomar mest känsliga för läkemedel. Dessa grupper använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel [104]. Förskrivningen av olämpliga läkemedel³² och läkemedelskombinationer till dem som fyllt 75 år har emellertid minskat kontinuerligt sedan 2005 (figur 17). Socialstyrelsen har mätt förändringen med hjälp av fem olika indikatorer. Samtidigt har den totala användningen av läkemedel ökat. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel ökade under perioden 2005–2017 med 27 procent. En liten minskning sågs 2018, men andelen har nu åter ökat till 2017 års nivå.

Sedan 2005 har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt. Exempelvis har samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka, en av Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [105], minskat med 21 procent. Den mest uttalade förändringen har dock observerats för olämpliga läkemedel, vars användning minskade med 59 procent under perioden 2005–2018. En viktig typ av läkemedel som omfattas av denna indikator är så kallade antikolinerga³³ läkemedel, som kan orsaka minnesstörningar och förvirring hos äldre. Användningen av dessa läkemedel minskade med 36 procent under denna period.

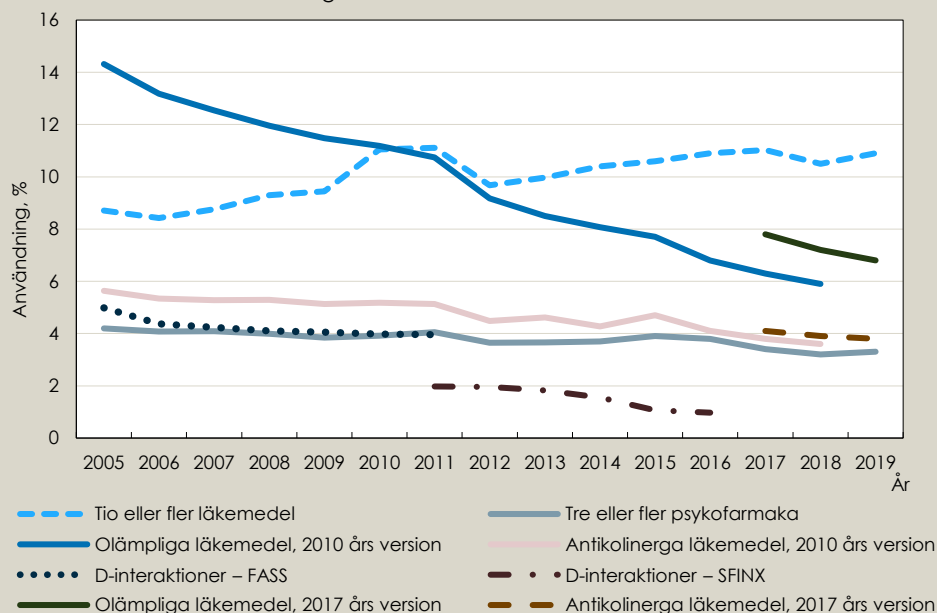
I och med den nya versionen av Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [105], som publicerades 2017, ändrades indikatorn för olämpliga läkemedel för äldre. Dels reviderades listan över läkemedel med antikolinerga effekter, dels tillkom två nya läkemedel som klassificerats som olämpliga – det smärtstillande läkemedlet kodein och diabetesmedlet glibenklamid. Det innebar en ökning av förekomsten av såväl olämpliga läkemedel som antikolinerga läkemedel, men båda indikatorerna visar en fortsatt minskning sedan 2017, från 7,8 till 6,8 procent respektive 4,1 till 3,8 procent.

³² Läkemedel som är olämpliga för äldre är en indikator i Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (1.1 Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger).

³³ Antikolinerga läkemedel hindrar signalsubstansen acetylkolins verkan på sina receptorer. De kan hämma signalöverföringen i vissa nervbanor i hjärnan som är viktiga för de kognitiva processerna, och kan därmed orsaka kognitiva störningar och förvirring hos äldre. Risken är större hos personer med Alzheimers sjukdom. Läkemedel med antikolinerga effekter kan också hämma funktionen av vissa inre organ och därigenom orsaka bl.a. muntorrhet, förstoppning och vattenkastningsbesvär.

Figur 17. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta

Andel personer 75 år och äldre som förskrivs olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer, 2005–2019.



* Analysen av interaktioner baserades t.o.m. 2011 på den källa som användes i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige) som är en sammanställning av läkemedelfakta från läkemedelsindustrin till olika förskrivare av läkemedel, främst läkare och apotekspersonal. FASS utges årligen av Läkemedelsindustriföreningens Service AB (LIF).

** Fr.o.m. 2011 baserades analysen på en annan källa, SFINX, numera *Janusmed interaktioner*, tillgänglig i flertalet patientjournalssystem.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, Socialstyrelsen.

Sedan 2005 har det också skett en påtaglig minskning av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner. Med det menas att de kan påverka varandras omsättning eller verkan på ett sätt som kan leda till allvarliga biverkningar eller utebliven effekt. Mellan 2005 och 2011, när mätningarna baserades på den interaktionskälla som användes i FASS, sjönk förekomsten med 21 procent. Från och med 2011 baseras mätningarna på källan SFINX, numera *Janusmed interaktioner*, tillgänglig i flertalet patientjournalssystem. Värdena för indikatorn ligger med denna interaktionskälla generellt lägre, men fortsatte att sjunka påtagligt, med 49 procent under 2011–2016. Denna minskning kan dock delvis förklaras av att några av de läkemedelskombinationer som tidigare klassificerats som D-interaktioner under senare tid har omklassificerats till C-interaktioner. Sedan 2017 redovisas inte D-interaktioner p.g.a. att tekniska förutsättningar för närvarande saknas för att mäta dem på registerdata.

Läkemedelsanvändning hos äldre som intensivvårdades eller avled till följd av covid-19

Socialstyrelsen har analyserat läkemedelsanvändningen hos de 6 001 patienter (3 543 män och 2 458 kvinnor) som drabbades av svår covid-19 [106]. Läkemedelsanvändningen var betydligt högre hos dem som senare insjuknade i svår covid-19, vilket antagligen återspeglar skillnader i sjuklighet. Det är rimligt att anta att de skillnader i läkemedelsanvändningen som observerades huvudsakligen återspeglar skillnader i sjuklighet. Exempelvis kan den höga användningen av neuroleptika, medel vid demenssjukdomar samt lugnande medel förklaras av att 48 procent av patienterna i gruppen 70 år och äldre bodde på SÄBO, och därmed i större omfattning hade demens. Vissa fynd är emellertid mer iögonfallande, bl.a. den höga användningen av loopdiuretika och den lägre användningen av blodfettsänkande läkemedel, hos dem som senare insjuknade i svår covid-19. Därför behövs fördjupade studier som tar hänsyn till skillnader i bl.a. samsjuklighet, för att klarlägga om vissa läkemedel kan öka risken för eller ha en skyddande effekt mot covid-19 [106].

Var fjärde sjukhusvistelse bland de mest sjuka äldre följs av en ny inskrivning inom kort

Socialstyrelsen har undersökt omfattningen av återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre, hur detta hanteras i olika regioner, hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende, samt analyserat om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinläggningar [107].

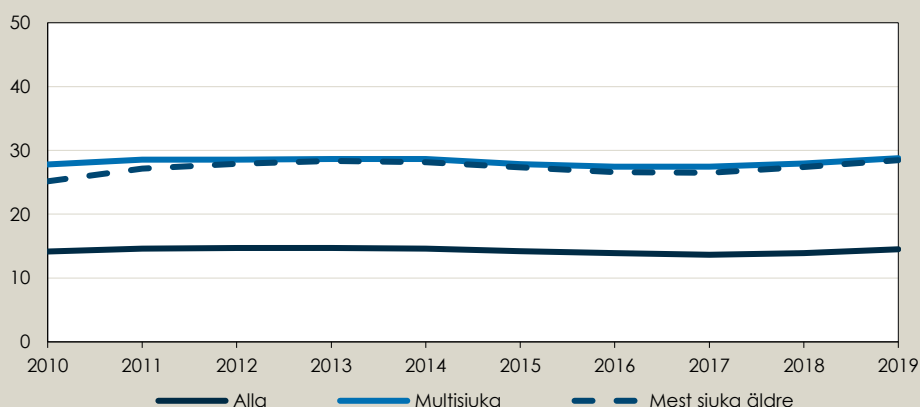
Analysen visade att andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, är ungefär dubbelt så hög för de *mest sjuka äldre* – som i rapporten representerar gruppen multisjuka och sköra äldre – jämfört med alla patienter 65 år och äldre. De visar också att andelen återinskrivningar inte minskat mellan 2010 och 2019 (figur 18).

De fem diagnoser som oftast förekom bland de vårdtillfällen som föregår en återinskrivning är desamma 2019 som 2010: *kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)*, *hjärtinsufficiens*, *pneumoni*, *fraktur på lårben*, *andra sjukdomar i urinorganen* samt *cerebral infarkt*. Däremot har vissa diagnoser ökat eller minskat i förekomst. Framför allt ses en minskning av *KOL* och *fraktur på lårben*, medan diagnoserna *akut njursvikt*, *akut tubulo-interstitiell nefrit* samt *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol* ökat i förekomst.

Figur 18. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

Andel oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar bland personer 65 år och äldre. Uppdelat på alla slutenvårdade, multisjuka äldre samt mest sjuka äldre. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Patientregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

I rapporten listar Socialstyrelsen åtgärder för att förebygga återinskrivningar och för att förbättra vården av de allra mest sköra äldre [107]. Bland annat finns det behov av att – i linje med omställningen till en nära vård – säkerställa rutiner för hemsjukvården för att i tid kunna behandla sjukdomar och tillstånd i den äldres hem, innan de förvärras och kräver sjukhusvård. En god samverkan fordras därvid mellan kommunens hemsjukvård och regionens vårdinsatser i hemmet. Det finns också behov av att säkerställa rutiner som möjliggör läkarbedömningar i hemmet alla dagar i veckan och tider på dygnet, för att förebygga akuta sjukhusbesök. Samtliga som arbetar med äldre behöver också kunna bedöma överkonsumtion av alkohol som orsak eller bidragande orsak till det aktuella hälsotillståndet vid inskrivning av äldre i slutenvården, samt kunna vidta åtgärder för detta [107].

Patientsäkerhet

I detta avsnitt redovisas den aktuella utvecklingen inom patientsäkerhet.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet har lanserats

I januari 2020 lanserades Sveriges första nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, *Agera för säker vård* [87]. Visionen är *God och säker vård – överallt och alltid* med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada [87]. Handlingsplanen ska stödja kommuners och regioners systematiska patientsäkerhetsarbete och bidra till att förebygga vårdskador. Fyra grundläggande förutsättningar lyfts fram:

- engagerad ledning och tydlig styrning
- en god säkerhetskultur
- adekvat kunskap och kompetens
- patienten som medskapare

Mer information om handlingsplanen och de prioriterade fokusområdena finns i *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2021*.

Nationellt råd för patientsäkerhet har bildats

Socialstyrelsen ansvarar för samordning av insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.³⁴ Uppdraget utförs i samverkan med berörda nationella organisationer, myndigheter samt huvudmän inom hälso- och sjukvården. För det har Nationellt råd för patientsäkerhet inrättats, och där ingår tio myndigheter, nationella organisationer samt företrädare för kommuner och regioner [108]. Rådets uppgifter är att konkretisera, prioritera och dela upp handlingsplanens insatser och åtgärder, och att förankra detta inom den egna organisationen. Vidare ska rådet samverka kring uppföljning och revidering av handlingsplanen.

Förekomst av vårdskador

Vårdskadorna minskar långsamt i sjukhusvården

Sammanlagt 98 679 vårdtillfällen inom somatisk vård för vuxna på akutsjukhus under perioden 2013–2019 har granskats med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) [109].³⁵ Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador (undvikbara skador) minskade mellan 2013 och 2019. Andelen vårdtillfällen med skada sjönk från 13,1 procent 2013 till 11,7 procent 2019, och andelen vårdtillfällen med vårdskada sjönk från 8,7 procent 2013 till 7,1 procent 2019.

Äldre återinskrivs oftare i slutenvård

I 15,2 procent av de granskade vårdtillfällena blev patienten oplanerat återinskriven i slutenvård inom 30 dagar [109]. Av dem som återinskrivs var 75 procent 65 år eller äldre. Andelen som återinskrivs oplanerat ökar med stigande ålder för både män och kvinnor och inom både kirurgisk och medicinsk verksamhet. Närmare en fjärdedel av de patienter som återinskrivs har skador, varav vårdrelaterad infektion (VRI) är vanligast [109].

Utlokaliserad vårdplats vanligare för äldre

Andelen vårdtillfällen där patienter vårdats på en utlokaliserad vårdplats ökade mellan 2015 och 2018 men inte under 2019. Av de utlokaliserade patienterna³⁶ hade 17,6 procent skador och 12,1 procent vårdskador. För ej utlokaliserade patienter var motsvarande resultat 11,2 respektive 6,9 procent. Medelåldern för de utlokaliserade patienterna var 70 år (67 år för ej utlokaliserade). Frekvensen vårdskador var cirka 60 procent högre för utlokaliserade patienter [109].

³⁴ Uppdrag om nationell samordning av handlingsplan för ökad patientsäkerhet. 2020- 2024. S2020/03087/RS (delvis).

³⁵ MJG har genomförts på landets akutsjukhus sedan 2013. Under 2019 var det sjukhus i 19 av 21 regioner som deltog i granskningsarbetet. Region Västernorrland och Region Östergötland deltog inte i journalgranskningen.

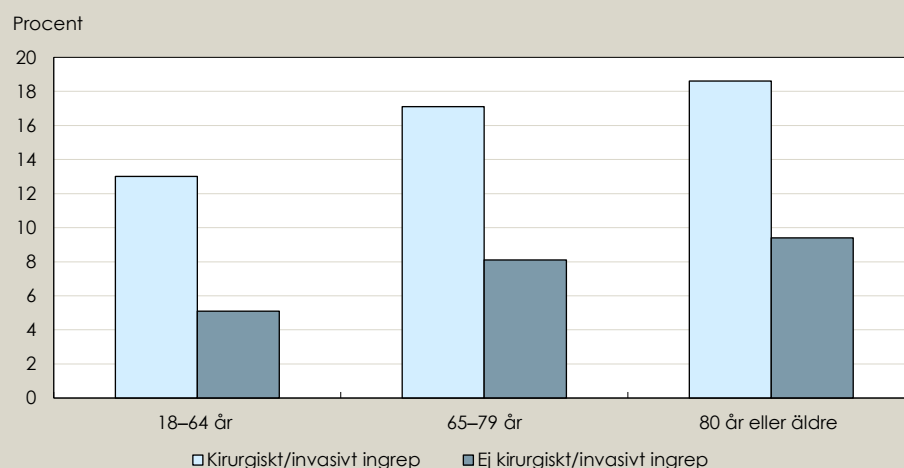
³⁶ Granskning av utlokaliserade patienter mellan 2015 och 2019.

Enligt Socialstyrelsen definieras en utlokaliserad patient som ”en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten” (Socialstyrelsens termbank).

Vårdrelaterad infektion efter kirurgi vanligare hos äldre

För patienter som genomgått ett kirurgiskt ingrepp är andelen patienter med skador högre än för övriga (figur 19). Andelen patienter som får en VRI efter ett kirurgiskt ingrepp är signifikant högre bland dem som är 65 år eller äldre. Konsekvensen av en VRI för en äldre patient blir många gånger allvarigare än för en yngre [109].

Figur 19. Andel (%) vårdtillfällen med skador för patienter som genomgått ett kirurgiskt eller annat invasivt ingrepp eller ej, fördelat på ålderskategorier (2019)



Källa: SKR. Markörbaserad journalgranskning, 2020.

Skador vid covid-19-vård

Journalgranskning med MJG har gjorts av 1 529 slumpvis valda journaler från somatisk slutenvård i alla regioner, motsvarande 7 procent av alla som vårdats för covid-19 under mars–juni 2020.

Andelen patienter som fyllt 70 år var 48 procent. I de granskade journalerna var andelen av alla patienter med covid-19 som fick vård på intensivvårdsavdelning 16 procent, och av dessa var 72 procent män. Av alla granskade journaler från covid-19-vård fanns i 18 procent en skada. Vanligast var vårdrelaterade infektioner och trycksår. Av de patienter som vårdades för andra diagnoser än covid-19 fick 10 procent en skada. Skadefrekvensen var fyra gånger högre för patienter som även fått intensivvård; cirka 50 procent fick då skador. Femton alla slutenvårdspatienter med covid-19 avled. Av de patienter som inte vårdades på IVA avled 14 procent. Bland de patienter som intensivvårdades avled 25 procent. I 13 procent av dödsfallen bedömdes en

skada ha bidragit till dödsfallet. Vårdrelaterad infektion, svikt i vitala funktioner och sepsis var då vanligast.

Snabb utveckling av kunskap och behandlingsprinciper innebär förändrade bedömningar av hur skador hade kunnat undvikas, så andelen vårdskador har därför inte analyserats [110].

Vårdskador inom vuxenpsykiatrisk vård

Vid markörbaserad journalgranskning (MJG) inom vuxenpsykiatri³⁷ identifierades vårdskador i 6,6 procent av journalerna. Till skillnad från resultaten från MJG i somatisk vård hade kvinnor den högsta andelen vårdskador med 8 procent. För män var siffran 5 procent.

Av patienterna var 13 procent 65 år eller äldre, med jämn könsfördelning. I somatisk vård är nästan 67 procent av patienterna 65 år eller äldre. Förklaringar till skillnaden i ålder mellan patienter i somatisk och psykiatrisk vård är att psykiatriska sjukdomar debuterar vid lägre ålder än somatiska sjukdomar och att många äldre med psykisk sjukdom får sin behandling inom den somatiska vården. Ingen signifikant skillnad sågs mellan de olika åldersgrupperna när det gäller skador och vårdskador [111].

Mer information om MJG i somatisk vård och psykiatrisk vård finns i *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2021*.

Trycksår

Ett trycksår är en lokal skada i huden eller den underliggande vävnaden som ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Kroppsdelar där ben ligger nära huden, t.ex. hälar och korsben, är speciellt utsatta. Konsekvenserna av trycksår är många, bl.a. smärta, ångslan och bundenhet för individen, samt ökad vårdtyngd och ökade kostnader för sjukvården.

Trycksårsförekomst hos äldre

Sedan 2013 har kvalitetsregistret Senior alert erbjudit samtliga kommuner att genomföra punktprevalensmätningar (PPM) av trycksår.³⁸ Från och med mätningen 2017 används en annan metod,³⁹ så resultat från tidigare mätningar är därmed inte helt jämförbara.

Andelen trycksår år 2020 var 6 procent inom kommunala verksamheter⁴⁰ och 4 procent inom regionerna⁴¹; drygt hälften av trycksåren var allvarliga. En fjärdedel av patienterna bedömdes ha risk för att få trycksår (tabell 12). Det var vanligast med trycksår på hälarna och i ryggslutet. Resultaten för 2020 är i nivå med de senaste tre åren.

³⁷ Under 2019 granskades 4 573 journaler från allmän vuxenpsykiatrisk vård i 20 av 21 regioner.

³⁸ Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4; de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

³⁹ Mätningen innebär att Senior alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna personer för samtliga enhetstyper inom kommunala verksamheter och regionverksamheter för samtliga juridiska vårdgivare. Datauttaget görs på riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår. Hudbedömning görs på alla personer som är inskrivna på enheten vid datumet för mätningen.

⁴⁰ Inkluderade kommunala och privata enhetstyper: demens, vård och omsorg, korttidsboende, hemsjukvård, LSS.

⁴¹ Vårdavdelningar, vårdcentraler och hemsjukvård i 19 regioner.

Tabell 12. Punktprevalensmätningar av trycksår i kommunal verksamhet

Punktprevalensmätningar av trycksår i kommunal verksamhet, 2014–2020, antal kommuner respektive antal och andel (%) patienter.

	Höst 2014	Höst 2015	Höst 2016	Höst 2017	Höst 2018	Höst 2019	Höst 2020
Antal kommuner	196	143	124	286 ¹	285 ²	285 ³	282 ⁴
Antal personer i kommunal verksamhet	22 200	18 700	15 600	90 400 ¹	90 500 ²	93 000 ³	92 100 ⁴
Andel (%) med risk för trycksår	32	31	30	25	26	26	25
Andel (%) med trycksår	9	8	8	5	6	7	6

1. I mätningen deltog även 19 regioner. Totalt deltog 110 400 personer varav 20 000 i regionverksamhet.

2. I mätningen deltog även 19 regioner. Totalt deltog 111 500 personer varav 21 000 i regionverksamhet.

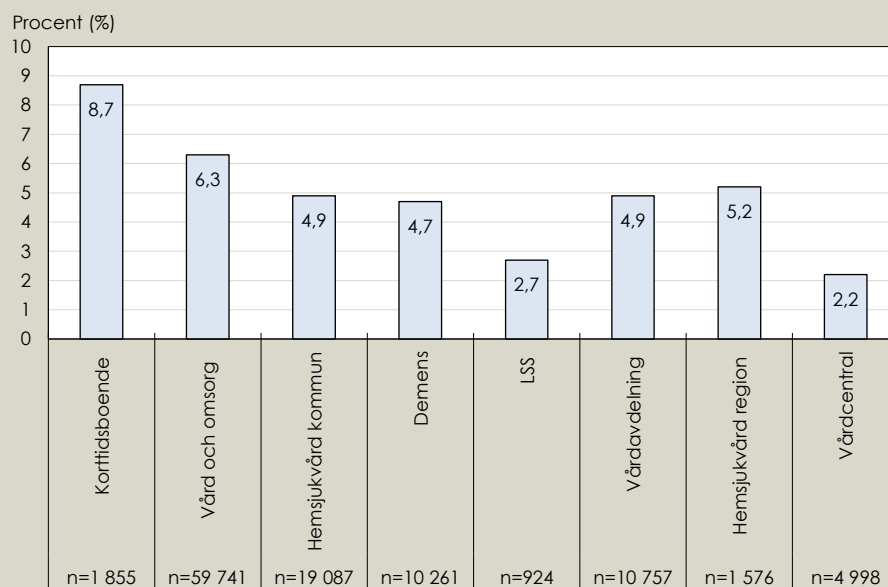
3. I mätningen deltog även 19 regioner. Totalt deltog 110 800 personer varav 17 800 i regionverksamhet.

4. I mätningen deltog även 19 regioner. Totalt deltog 109 430 personer varav 17 330 i regionverksamhet.

Källa: Senior alert 2020.

Av figur 20 framgår att förekomsten av trycksår varierade beroende på enhetstyp. Vanligast var de på korttidsboenden – cirka 9 procent. PPM 2020 visade att de två vanligaste *planerade* förebyggande åtgärderna för personer som bedömts ha risk för trycksår var bedömning av huden (60 procent) och hudvård (52 procent). Bruk av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 49 procent. Andelen *utförda* förebyggande åtgärder låg däremot på en väsentligt lägre nivå: 19 procent för bedömning av huden, och 16 procent för hudvård. Bruk av tryckavlastande hjälpmedel registrerades för 15 procent. Andelen planerade respektive utförda förebyggande åtgärder är i nivå med mätningen 2019 [112].

Figur 20. Andel (%) personer med trycksår per typ av enhet, 2020



Källa: Senior alert 2020.

Trycksårsförekomst i slutenvården

Vid PPM på sjukhus⁴² 2020 var trycksårsförekomsten 11 procent, 11 procent hos kvinnor och 12 procent hos män. Av dem var 6 procent allvarliga trycksår⁴³. Den åldersgrupp där störst andel hade trycksår var personer 85 år och äldre, 17 procent, varav 9 procent bedömdes som allvarliga trycksår. Det var ingen skillnad mellan kvinnor och män.

En femtedel av patienterna bedömdes ha risk för att få trycksår, vilket har varit relativt konstant sedan 2011. Medelåldern hos riskpatienterna var 78 år. Hos drygt hälften av riskpatienterna genomfördes riskbedömningen⁴⁴ inom det första dygnet, men det är stora variationer mellan regionerna.

Det var 31 procent av riskpatienterna som hade trycksår. Det var störst förekomst av trycksår hos riskpatienterna i åldersgruppen 65–74 år, 34 procent. Det var 96 procent av riskpatienterna som hade förebyggande eller behandlande madrass [113].

Mätning av vårdrelaterade infektioner inom särskilt boende

Den nationella mätningen av vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (HALT) startade 2014. Mätningen genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. Syftet är att stödja det lokala patientsäkerhetsarbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och optimera antibiotikaanvändningen [114].

I 2020 års mätning, som genomfördes vecka 46–47, deltog 1 010 enheter fördelade på 113 kommuner, och totalt ingick 13 339 vårdtagare. Det är det lägsta antalet medverkande kommuner sedan mätningen 2015 (105 kommuner). Den pågående pandemin har sannolikt påverkat kommunernas möjlighet att delta i mätningen.

RisKFörebyggande åtgärder mot nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår

Vårdpreventivt arbete är viktigt för att förhindra vårdskador bland äldre personer, och innebär t.ex. att systematiskt analysera risker, utreda inträffade händelser och utveckla arbetssätten [115]. Ett riskförebyggande arbetssätt i fråga om nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår har stor betydelse för den äldres livskvalitet och välmående.

I Socialstyrelsens rapport *Öppna jämförelser 2020 – Vård och omsorg om äldre* anger indikatorn *RisKFörebyggande åtgärder* i ordinärt respektive särskilt boende ett sammanslaget värde för utförda och uppföljda åtgärder inom

⁴² År 2020 genomfördes punktprevalensmätning (PPM) på drygt 12 800 patienter. Mätningarna omfattar alla personer som är 18 år och äldre i slutenvård. PPM genomförs vid en given dag under en vecka på inneliggande patienter. Mätningarna blir därför känsliga för variationer över tid och patienter med långa vårdtider blir överrepresenterade. Många regioner genomför lokala och regionala mätningar flera gånger per år för att få en bättre analys och kunskap om vad som är orsaken till att trycksår uppkommer. Data från vissa lokala mätningar som genomförts i egen regi ingår. Region Östergötland ingår inte i mätningarna avseende riskpatienter och riskbedömning.

⁴³ Trycksår kategori 2–4.

⁴⁴ Dokumenterad riskbedömning i patientjournalen inom 24 timmar efter att patienten kommit in på sjukhuset.

riskområdena nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår bland dem som fyllt 65 år [116]. Mätperioden avser riskbedömningar registrerade 1 mars 2019–31 mars 2020, med uppföljning av utförda åtgärder registrerade 1 mars 2019–30 september 2020. Under mätperioden registrerades 115 551 riskbedömningar inom något av riskområdena för personer i gruppen 65 år och äldre, varav 100 192 riskbedömningar registrerades för personer på särskilt boende och 15 359 för personer i ordinärt boende.

Inom ordinärt boende med hemsjukvård har 46 procent av dem som är minst 65 år fått åtgärder utförda och uppföljda inom samtliga identifierade riskområden, en minskning med 3 procent sedan föregående mätperiod. Andelen bland kvinnor är något högre, 47 procent mot 45 procent av männen. Spridningen bland kommunerna varierar mellan 0 och 100 procent. Under samma mätperiod fick 60 procent av dem som var 65 år eller äldre på särskilt boende (vård- och omsorgsboende, demensboende och korttidsboende) åtgärder utförda och uppföljda inom samtliga identifierade riskområden, en minskning med 2 procent. Andelen bland kvinnor och män är lika, 60 procent. Spridningen bland kommunerna varierar mellan 5 och 95 procent. De lägre resultaten för 2020 har sannolikt påverkats av att mätperioden för uppföljning av åtgärder omfattar tidsperioden då covid-19-pandemin pågick.

Klagomål och anmälningar inom äldrevård och äldreomsorg

I följande avsnitt beskrivs dels klagomål till patientnämnderna⁴⁵ och Inspektionen för vård och omsorg (IVO)⁴⁶ på hälso- och sjukvården och omsorgen, dels anmälningar till IVO.^{47,48}

Klagomål till patientnämnderna minskar

Klagomål till patientnämnderna från patienter och närstående för 2020 minskade jämfört med tidigare år. Under 2020 tog patientnämnderna emot drygt 33 600 klagomål, jämfört med 36 760 klagomål 2019. En tiondel av klagomålen, 3 337, hade anknytning till covid-19. Flest sådana klagomål inkom till nämnden i Region Stockholm, 783.[117]. 145 klagomål rörde den kommunala vården. Det handlade om beslut om palliativ vård utan individuell bedömning, bristande vårdinsatser och bristande information till närstående, negativa konsekvenser av besöksrestriktioner och oro för smitta. Åldersgruppen 70–79 år stod för flest synpunkter. En fjärdedel av alla klagomål rörde personer 70 år och äldre.

⁴⁵ Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet. Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372).

⁴⁶ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

⁴⁷ Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, enligt 3 kap. 5 § PSL.

⁴⁸ Anmälningsskyldighet till IVO vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden enligt 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS, (Se även SOSFS 2011:5, 6 kap. samt 7 kap. 1 § och delar av de allmänna råden i 7 kap.)

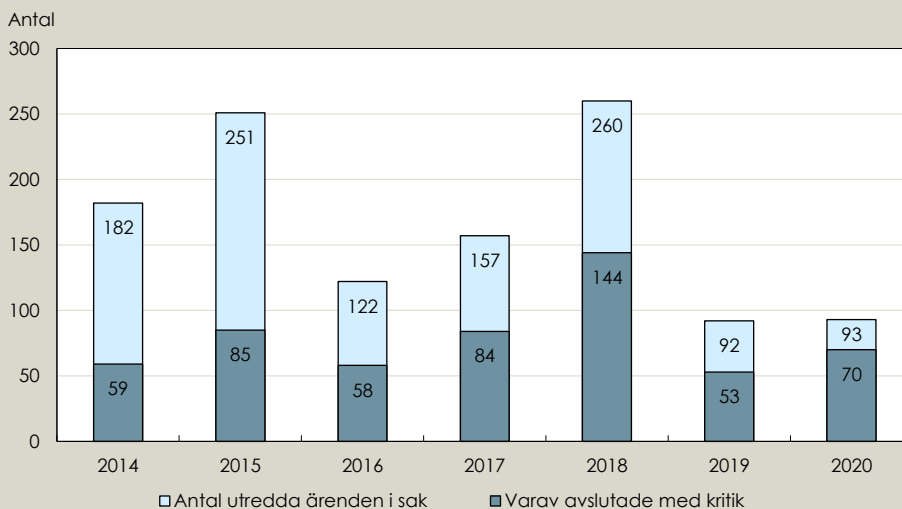
Klagomålen på hälso- och sjukvården till IVO

Sedan den 1 januari 2018 gäller nya bestämmelser för klagomålsystemet i hälso- och sjukvården.⁴⁹ I det nya systemet ska patienten i första hand vända sig till vårdgivaren för att lämna klagomål. IVO ska enbart utreda de mest allvarliga klagomålen. Det kan innebära en förväntad minskning av klagomål under det första år som det nya regelverket har gällt. Antalet inkomna ärenden ökade dock igen under 2019 och 2020. Av de klagomål som avslutades 2020 var det 28 procent som utreddes i sak. De vanligaste orsakerna till att ärendet inte utreddes var att det inte längre tillhör IVO:s utredningsskyldighet eller att den som klagade inte först varit i kontakt med vårdgivaren eller patientnämnden.

År 2020 inkom 6 275 klagomål, och IVO fattade beslut i 6 161 ärenden. Av dessa utreddes 1 731 ärenden, varav 883 avslutades med kritik. För dem som var 65 år eller äldre utreddes 565 ärenden, varav 322 ärenden avslutades med kritik.⁵⁰ Ärendena gällde framför allt vård och behandling följt av diagnostisering. Inom äldreomsorgen utreddes 93 ärenden, varav 70 avslutades med kritik (figur 21). En majoritet av de utredda ärendena gällde vård och behandling, och de flesta avsåg särskilt boende.

Figur 21. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) i äldreomsorgen

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen inom äldreomsorgen, antal utredda i sak samt antal avslutade med kritik, 2014–2020.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2020.

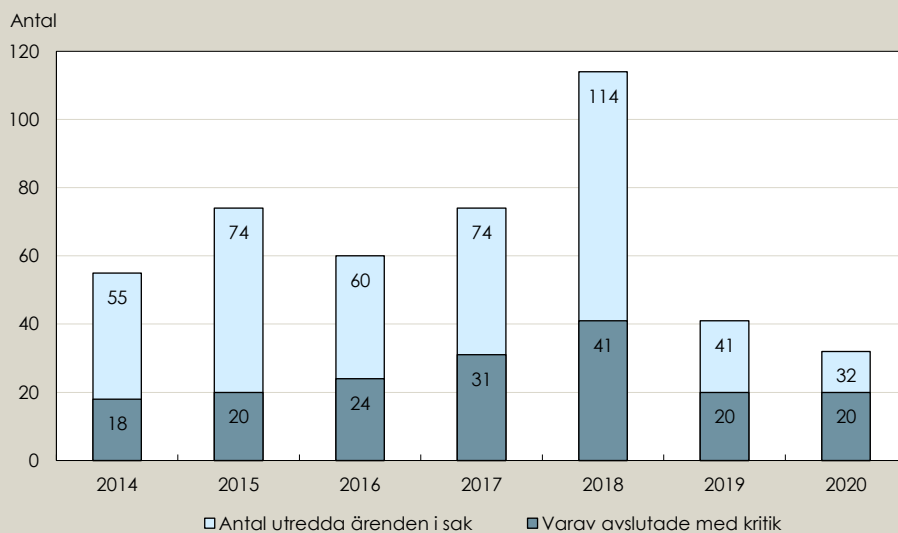
Inom hemsjukvård i ordinärt boende utreddes 32 ärenden, varav 20 avslutades med kritik (figur 22).

⁴⁹ Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården.

⁵⁰ Ett klagomål kan gälla en eller flera åldersgrupper; det finns även 8 ärenden där ålder inte är specificerat. I beslutade ärenden kan ålder kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet ärenden specificerat på åldersgrupper kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

Figur 22. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) inom hemsjukvård i ordinärt boende

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen inom hemsjukvård i ordinärt boende, antal utredda i sak samt antal avslutade med kritik, 2014–2020.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2020.

Av de klagomål på hälso- och sjukvården som kom in till IVO var 235 covid-19-relaterade, och det fattades beslut i drygt 70 procent av ärendena. Fyra ärenden utreddes i sak. Flest beslutade ärenden gällde primärvård⁵¹ och äldreomsorg. Det var 86 ärenden som gällde personer som fyllt 65 år.^{52,53}

Klagomål på socialtjänstens äldreomsorg

Personer som anser att det finns brister inom socialtjänstens äldreomsorg kan anmäla dem till IVO. IVO har dock ingen skyldighet att utreda allt som anmäls.

År 2020 beslutade IVO i 1 122 ärenden som gällde klagomål på socialtjänstens äldreomsorg, vilket är en ökning från 2019, då beslut togs i 808 ärenden. Av de ärenden som beslutades ledde 10 procent (116 ärenden) till fortsatt tillsyn i nytt ärende, jämfört med 22 procent (179 ärenden) 2019. Ärendena gällde i störst utsträckning särskilt boende, och oftast omsorg och omvårdnad.⁵⁴

Det kom in 349 covid-19-relaterade klagomål, och IVO fattade beslut i 337 ärenden. 27 ärenden ledde till fortsatt tillsyn i nytt ärende.⁵⁵

Lex Sarah-anmälningar

Under 2020 inkom 1 104 lex Sarah-anmälningar till IVO, en minskning med 86 ärenden jämfört med 2019.⁵⁶ Antalet anmälningar 2020 är i nivå med de senaste åren: det har varierat mellan 1 157 och 1 204 med undantag för år

⁵¹ Primärvård utom hemsjukvård.

⁵² Uppgifter från Inspektionen för vård och omsorg 2021-01-21.

⁵³ Det är 12 ärenden där ålder inte är specificerat.

⁵⁴ Ett klagomål till IVO kan gälla ett eller flera verksamhetsområden, och en eller flera händelskategorier.

⁵⁵ Uppgifter från IVO 2021-01-21.

⁵⁶ Avser alla inkomna anmälningar. Enbart äldreomsorg kan inte specificeras.

2017 då antalet anmälningar var något högre, 1 294 stycken. Antalet beslutade ärenden var 1 128 stycken, varav 424 gällde äldreomsorg.⁵⁷ De vanligaste besluten gällande äldreomsorg 2020 handlade om beviljad insats som inte utförts, beviljad insats som hade utförts felaktigt, och bemötande. Det liknar bilden från tidigare år. Besluten gällde oftast särskilt boende följt av hemtjänst.

Det skedde 37 covid-19-relaterade lex Sarah-anmälningar, och IVO fattade beslut i 32 ärenden. Äldreomsorg var det verksamhetsområde med flest beslutade ärenden, 23 stycken.⁵⁸

Anmälningar av allvarliga vårdskador, lex Maria

År 2018 minskade vårdgivarnas lex Maria-anmälningar jämfört med tidigare år. En orsak till minskningen är en förändrad anmälningsskyldighet som trädde i kraft den 1 september 2017.⁵⁹

Under 2020 kom 2 170 lex Maria-anmälningar in till IVO, en minskning med 100 anmälningar jämfört med 2019. IVO fattade beslut i 2 104 ärenden, och 1 005 beslut gällde personer i gruppen 65 år och äldre.⁶⁰ Flest beslut gällde vård och behandling, följt av diagnostisering och läkemedelshantering. Inom äldreomsorg var det vanligast med vård- och behandling, läkemedelshantering och fall/fallskada. Inom hemsjukvård i ordinärt boende gällde flest beslut läkemedelshantering.

För äldreomsorgen beslutade IVO i 212 ärenden och för hemsjukvård i ordinärt boende i 116 ärenden. Det är en minskning jämfört med 2019, då antalet var 222 respektive 140. Fem ärenden ledde till fortsatt tillsyn.

Det kom in 44 covid-19-relaterade lex Maria-anmälningar, och IVO fattade beslut i 24 ärenden. Äldreomsorg var det verksamhetsområde med flest beslutade ärenden, 9 stycken.⁶¹

Brister i bemanning och kompetens

Äldreomsorgen fungerar i många delar bra, men IVO såg under verksamhetsåret 2019 också tydliga tecken på att huvudmännen hade svåra utmaningar med bl.a. bemanning och kompetens [90].

En hög andel av lex Maria-anmälningarna i hemsjukvården handlade om brister i läkemedelshanteringen, medan andelen var lite lägre i äldrevården. Personal med delegering var inblandad i flera av de lex Maria-anmälningar som rörde vårdskador p.g.a. felaktig hantering av läkemedel. Legitimerad

⁵⁷ I beslutade ärenden kan verksamhetsområdet och vad ärendet avser kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet för ett verksamhetsområde respektive vad ett ärende avser kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

⁵⁸ Uppgifter från IVO 2021-01-21.

⁵⁹ 50 Fram till den 1 september 2017 förelåg enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria en anmälningsskyldighet om en patient hade begått suicid i samband med undersökning, vård eller behandling, eller inom fyra veckor efter en vårdkontakt, och detta kommit till vårdgivarens kännedom. I samband med att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete trädde i kraft och SOSFS 2005:28 upphävdes, föreligger inte längre någon obligatorisk anmälningsskyldighet enligt bestämmelserna om lex Maria vid suicid.

⁶⁰ I 62 ärenden specificerades inte ålder. I beslutade ärenden kan ålder kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet ärenden specificerat på åldersgrupper kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

⁶¹ Uppgifter från IVO 2021-01-21.

personal delegerar hantering av läkemedel till personal som inte har tillräcklig erfarenhet, kunskap eller språklig kompetens för att kunna utföra uppgiften på ett säkert sätt. IVO anger flera orsaker till felaktiga delegeringar, exempelvis att vårdgivaren kan sakna lokala rutiner för delegering. Men också att vårdgivaren använder delegering av läkemedel för att få vardagen att fungera.

Bristande kunskap om hjälpmedel och förflyttningsteknik medför att äldre personer riskerar att utsättas för olyckor och skada sig allvarligt när personalen använder hjälpmedel på fel sätt eller förflyttar äldre på ett osäkert sätt. Orsaker till bristerna kan bl.a. vara

- otillräcklig utbildning
- bristande instruktioner
- avsaknad av skriftliga beskrivningar
- personalbrist som medför att lyft och vändningar görs på egen hand där det hade krävts dubbelbemanning.

Antalet ej verkställda beslut som rörde äldre personer ökade och många äldre personer fick vänta på insatser som de hade rätt till. De senaste årens trend med färre ej verkställda beslut vände: antalet ökade med 24 procent 2019 jämfört med samma period år 2018 [90].⁶²

Hygienrutiner och klädregler följs i högre grad

Följsamhet av hygienrutiner och klädregler är en viktig indikator på kompetens. Arbetsgivaren behöver se till att det finns tid och andra förutsättningar för hygienrutiner och klädregler på arbetsplatsen, samt att timavlönad personal har kunskap om och följer reglerna och rutinerna. En viktig insats för att undvika smittspridning är att personal som har fysisk kontakt med den som får vård följer basala hygienrutiner och klädregler. 2020 genomfördes två punktprevalensmätningar⁶³ av hur hygienrutiner och klädregler efterlevs. Antalet kommuner som medverkade i höstens mätning var 162, jämfört med 71 kommuner i vårens mätning. På hösten skedde 19 760 observationer, medan mätningen i vecka 11–12 hade 7 800 observationer.

Efterlevnaden av samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler var 64 procent, jämfört med 59 procent i vårens mätning. Det var en stor spridning mellan kommunerna, från 18 till 100 procent, och spridningen har ökat jämfört med tidigare mätningar. Efterlevnaden av de fyra stegen för basala hygienrutiner ökade från 66 procent till 69 procent, medan andelen klädregler som följdes ökade från 86 procent till 89 procent. Att klädreglerna följs i högre grad är en bild som även ses i regionernas resultat.

Användning av handskar och plastförkläde vid risk för kontakt med kroppsvätskor var 96 procent respektive 89 procent. Desinfektion av händer direkt efter patientnära arbete låg på 93 procent. Ett förbättringsområde är desinfektion före patientnära arbete som var 77 procent.

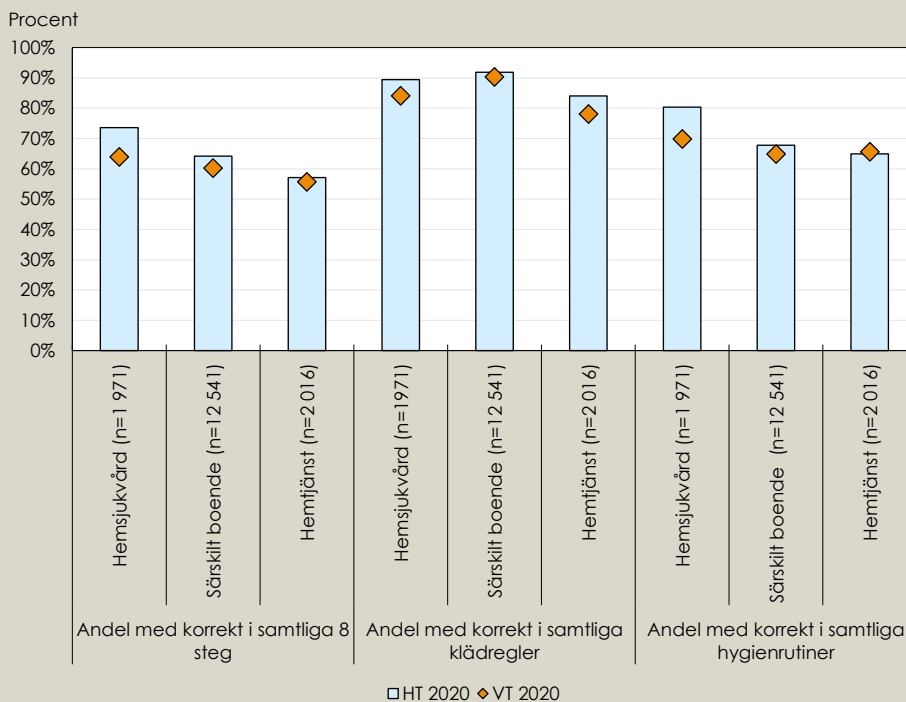
⁶² Januari till och med september år 2019 jämfört med samma period 2018.

⁶³ Mätningen genomfördes vid en bestämd tidpunkt och var en observationsstudie som omfattade efterlevnad av åtta steg. De åtta stegen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg. Vårens mätning genomfördes vecka 11–12 och höstens mätning vecka 40–41 2020.

Efterlevnaden av samtliga åtta steg varierade beroende på verksamhetstyp (figur 23) och yrkeskategori (figur 24). Sjuksköterskor hade högst efterlevnad, 79 procent, medan motsvarande siffra för gruppen Övriga (bl.a. vårdbiträden) var den lägsta, 59 procent.

Figur 23. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler per verksamhetsområde, kommuner

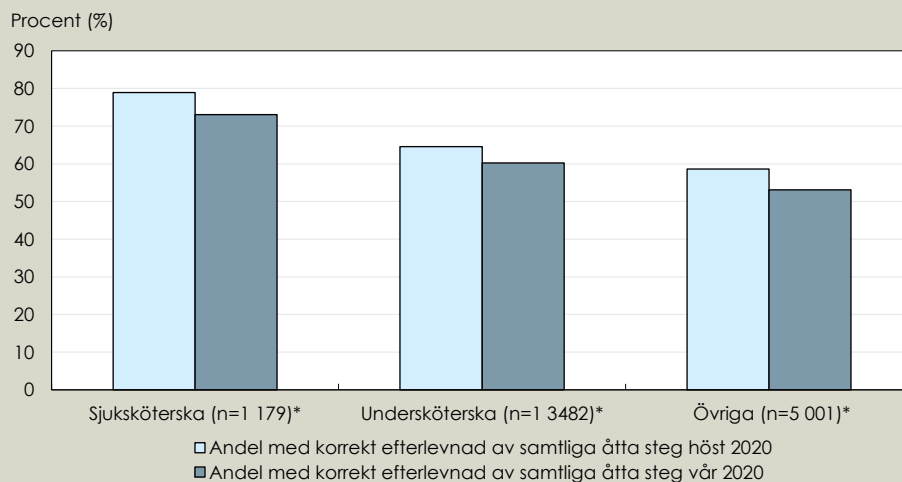
Punktprevalensmätning våren respektive hösten 2020.



Källa: SKR, 2020.

Figur 24. Följsamhet till samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler per yrkeskategori, kommuner 2020

Punktprevalensmätning BHK i kommuner våren respektive hösten 2020. Andel (%) med korrekt efterlevnad av samtliga åtta steg sam andel med korrekt efterlevnad av samtliga klädregler, uppdelat på yrkeskategori.



*n= antal observerade hösten 2020.

Källa: SKR, 2020.

Framgångsfaktorer i några av de kommuner som har förbättrat sina resultat har exempelvis varit utbildning, regelbunden uppföljning, dialog med linjechefer och stöd från ledningen [118]. Att få full efterlevnad av basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser. Det är av stor vikt att kommunerna vidtar ytterligare åtgärder för att förbättra resultaten.

Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 inom hemtjänst och särskilda boenden för äldre

Våren 2020 genomförde IVO tillsyn av drygt 1 000 verksamheter inom hemtjänst, särskilt boende för äldre (SÄBO) och LSS [119]. Det var 490 särskilda boenden för äldre och 388 hemtjänstverksamheter som ingick. Cirka 900 verksamheter var utan anmärkning, och fortsatt tillsyn gjordes vid cirka 100 verksamheter, kring bl.a. basal hygien och smittspridning [119]. Ett av syftena med tillsynen var att sprida kunskap mellan verksamheter för att bidra till en minskad smittspridning.

IVO fann att det hade genomförts mycket förbättringsarbete för att begränsa smittspridningen, exempelvis övningsrum, corona-kit⁶⁴ och personalplaneringsverktyg. Identifierade problem var bl.a. bemanningssvårigheter, efterlevnad av rutiner om basal hygien och oro hos personalen att smitta eller bli smittad. Det var stora regionala skillnader [119].

Tillsyn av särskilda boenden för äldre för minskad smittspridning av covid-19

Samtliga verksamheter uppgav att de sett över efterlevnaden av de basala hygienrutinerna [120]. Exempel på åtgärder för att förhindra smittspridning var utbildning i basala hygienrutiner, och komplettering av skrivna instruktioner med exempelvis filmer som praktiskt visar hur skyddsutrustning ska användas. En stor andel uppgav att samarbetet med sjuksköterskorna hade ökat och betonade sjuksköterskors betydelse för att utbilda och instruera övrig personal.

Vidare framkom betydelsen av nära och tät dialog samt stor tydlighet mellan enhetschef och medarbetare, och att ha ett öppet klimat där personalen vågade ställa frågor och påminna varandra om rutiner och regler. Den närmsta chefens roll och agerande lyftes som särskilt viktigt för att bl.a. hantera medarbetarnas oro.

Arbetsättet och organiseringen av arbetet hade förändrats. Exempel:

- mindre arbetsteam med tät kommunikation
- ökat samarbete med andra verksamheter för att minska personalens rörlighet och slippa ta in timanställda
- vikarier knutna till endast en avdelning
- digitala läkarronder och andra digitala samverkansmöten
- förstärkta städrutiner.

⁶⁴ Pärmar med information om Covid-19 och boxar med skyddsutrustning.

Vidare hade antalet personer som rörde sig på boenden begränsats, och de boende erbjöds tillgång till alternativa aktiviteter utan nära kontakt med andra boende, samt möjlighet till besök utomhus [120].

Tillsyn av hemtjänst för minskad smittspridning av covid-19

Faktorer och exempel som verksamheterna betonade som särskilt viktiga för att minska risken för smittspridning var bl.a. att prata om och utbilda i basala hygienrutiner på olika sätt:

- demonstrationer och övningstillfällen för medarbetarna
- information på flera språk
- foton och filmer på hur skyddsutrustning ska användas
- samverkan med sjukvården för att ta fram rutiner för att hindra smittspridning [121].

De flesta verksamheterna hade förändrat sitt arbete med personalplanering för att hålla kontinuitet i personalgruppen, exempelvis att omfördela personal från stängd dagverksamhet till att jobba i hemtjänsten. Andra exempel var förändrad introduktion, extra utbildning för timanställda och vikarier samt covid-19-kompetens samlad i särskilda team.

Närvarande chefer som på olika sätt möter personalens oro framhölls som oerhört viktigt. Det fanns exempel på att ledningen hade haft jour så att medarbetare alltid kunde nå en chef. Att cheferna förmedlade information och lyfte fram det viktigaste i informationsflödet och anpassade det till den egna verksamheten sågs också som betydelsefullt.

Många verksamheter framhöll också behovet av lösningar och stöd för brukare som blev mer isolerade p.g.a. inställda aktiviteter på dagverksamhet samt utebliven eller utglesad fysisk kontakt med närstående. Exempel på lösningar var digitala möten med närstående och informationsblad till närstående [121].

Fördjupad tillsyn av landets samtliga särskilda boenden för äldre

Efter vårens tillsyn genomförde IVO en tillsyn av landets samtliga 1 700 särskilda boenden för äldre (SÄBO). Syftet var att granska om de äldre hade fått vård och behandling utifrån sina egna behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19, och att ta reda på förutsättningarna för att de som inte bedömdes vara i behov av sjukhusvård hade fått adekvat vård och behandling på det särskilda boendet.⁶⁵

Boendena hade i stor utsträckning kunnat tillgodose behoven av vård och behandling. I några regioner förekom inledningsvis generella bedömningar om vårdbehov, vårdnivå och behandlingsbegränsningar för personer på SÄBO. I de fall patientens hälsoläge hade förändrats hade det även gjorts nya

⁶⁵ IVO har genomfört 329 intervjuer med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (eller motsvarande) i landets samtliga kommuner och vid ett antal privata vårdgivare samt hälso- och sjukvårdsdirektörer eller annan som dessa utsett i 21 regioner.

bedömningar vid fysiska besök, digitalt eller via telefon i samråd med sjuksköterska. Regionerna hade växlat upp vårdkapaciteten i form av mobila team, utökade uppdrag om avancerad sjukvård i hemmet samt ökad tillgång till läkarkontakter för boendena. Förutsättningarna för individuell bedömning och behandling bedömdes generellt som relativt goda.

Samverkan mellan kommuner och regioner hade intensifierats och i många fall förbättrats. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna beskrev dock behov av att få bättre kontakt med och stöd från regionen. För ett mindre antal kommuner och boenden fanns indikation på att vård och behandling inte alltid hade genomförts på rätt sätt, eller att det fanns betydande risk för detta [122].

Allvarliga brister i regionernas vård av äldre på särskilda boenden

IVO fortsatte med en fördjupad granskning av 98 SÄBO [122]. Granskningen riktades mot regioner och privata utförare med syfte att se om äldre på SÄBO hade fått vård och behandling utifrån sina individuella behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19.⁶⁶

Granskningen visade att ingen region hade tagit sitt fulla ansvar för att säkerställa en behovsanpassad medicinsk vård för personer på SÄBO under covid-pandemin. IVO bedömde att lägstanivån i regionernas övergripande sätt att ta sitt medicinska ansvar var för låg [123, 124].⁶⁷

Cirka en femtedel av patienterna i de granskade fallen hade inte fått någon individuell läkarbedömning. Av dessa hade 40 procent inte heller fått någon bedömning av sjuksköterska. Endast i 5–7 procent av de granskade fallen hade en fysisk bedömning gjorts; annars var det framför allt distansbedömningar där en läkare gjort en bedömning över telefon med sjuksköterskan. Det hade även förekommit medicinsk bedömning i tre steg, där boendepersonal kontrollerat vitalparametrar, därefter informerat sjuksköterska som via telefon meddelat läkare som gjort bedömningen [122].

Inte heller hade någon region fullt ut nått de lagstadgade kraven på kvalitet i brytpunktsamtal, behandling enligt ordination och dokumentation. Äldre på särskilt boende och deras närstående hade inte fått information eller gjorts delaktiga i vården och behandlingen. Ställningstaganden om och genomförande av vård i livets slutskede hade inte skett i enlighet med gällande regelverk. Vidare gick det inte att följa vården och behandlingen av de äldre på SÄBO som haft misstänkt eller konstaterad smitta av covid-19 p.g.a. brister i primärvårdens patientjournaler.

Under våren 2021 avser IVO att genomföra ytterligare journalgranskningar, följa upp förbättringsarbetet och kontrollera att personer på SÄBO får vård utifrån sina individuella behov [122].

⁶⁶ I den fördjupade tillsynen ingår granskning av boendens och primärvårdens journaler för smittade och avlidna av covid-19 under perioden februari till juni 2020 samt djupintervjuer med bland andra verksamhetschefer läkare och sjuksköterskor.

⁶⁷ Besluten i denna del av granskningen riktar sig inte mot enskilda läkare eller andra enskilda personer utan hur regionerna tagit sitt övergripande ansvar inom befintlig lagstiftning på systemnivå.

Förutsättningar för god vård och behandling på särskilt boende saknas och leder till brister

I IVO:s granskning av om äldre på SÄBO har fått vård och behandling utifrån individuella behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19, har myndigheten fattat beslut för 55 kommuner och privata utförare som omfattats av den fördjupade journalgranskningen [125].

IVO konstaterar att både kommuner och privata utförare har brustit i sin del av ansvaret. Det är framför allt brister kring bemanning och kompetens som gjort att förutsättningar för en god och nära vård och behandling utifrån det individuella behovet saknats på särskilda boenden. Bristerna handlar bl.a. om att de ansvariga inte har säkerställt en acceptabel bemanning och tillgång till medicinsk utrustning. I vissa fall har antalet sjuksköterskor varit alltför lågt, eller så har storleken på sjuksköterskans geografiska ansvarsområde i praktiken omöjliggjort bedömning av patienters tillstånd på plats på boendena i tillräcklig utsträckning. Det har även varit brist på omvårdnadspersonal. Det har resulterat i allvarliga brister i vården och omsorgen i livets slutskede, men också inneburit svårigheter att tillgodose att patienterna får de insatser och den behandling som läkare ordinerat. Dessa problem är kända sedan tidigare, men de har blivit tydligare i och med pandemin [125].

Det fanns också tydliga brister i journalföringen, och IVO konstaterar att journalernas kvalitet måste hålla en högre lägstanivå för att inte riskera att vårdskador inträffar.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop

Grunden för den hälsofrämjande arbetsplatsen med hög patientsäkerhet är ett väl fungerande systematiskt arbete med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Ett integrerat ledningssystem för de områdena kan ge bättre beslutsunderlag i frågor som berör dem båda.

År 2020 reviderade Sveriges Kommuner och Regioner vägledningen *Patientsäkerhet och arbetsmiljö* [126]. I vägledningen beskrivs och illustreras likheterna i lagrummen⁶⁸ samt tips och goda exempel.

En grundläggande e-utbildning i patientsäkerhet har tagits fram

Webbplatsen *Samlat stöd för patientsäkerhet* nylanserades i april 2020 med en ny struktur, navigering och design som är anpassad efter användarnas behov [124]. Målet med stödet är att förebygga vårdskador genom att öka kunskapen och medvetenheten inom området och framhålla vikten av att arbeta förebyggande. Webbplatsen innehåller information om patientsäkerhet och länkar till andra aktörer med ansvar inom området. Här beskrivs även den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, hur det nationella patientsäkerhetsarbetet samordnas och vem som gör vad.

⁶⁸ Systematiskt arbetsmiljöarbete AFS 2001:1 och Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659.

Under 2020 har en grundläggande e-utbildning i patientsäkerhet tagits fram, kopplad till webbplatsen [124]. Den vänder sig till medarbetare samt chefer och ledare i hälso- och sjukvården, och innehåller fakta om patientsäkerhet samt filmatiserade fallstudier och reflektionsövningar. Utbildningen har tagits fram i dialog med företrädare för hälso- och sjukvården samt från läkar- och sjuksköterskeprogram och patientsäkerhetsexperter. Lanseringen sker under våren 2021.

Arbetskläder inom omsorgen

Socialstyrelsens kartläggning av hur arbetskläder inom omsorgen tillhandahålls, hanteras och finansieras i kommunala och privata verksamheter⁶⁹ visade att de i stor utsträckning (70–80 procent) hade uppdaterat sina rutiner kring arbetskläder och/eller sina basala hygienrutiner i samband med covid-19 [127, 128].

Nästan samtliga kommuner och privata utförare uppgav att arbetsgivaren förser den personal som omfattas av föreskriften med arbetskläder i samtliga särskilda boenden för äldre (SÄBO) samt inom hemtjänsten. I boenden för personer med funktionsnedsättning fick arbetstagaren i något mindre utsträckning arbetskläder. Det vanligaste var att arbetsgivaren köpte arbetskläder till personalen följt av att arbetsgivaren leasade arbetskläder.

⁶⁹ Verksamheter som sedan den 1 januari 2016 inkluderas i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg. Här avses hemtjänst i ordinärt boende, särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre enligt 5 kap. 5 § SoL (SÄBO), bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt 5 kap. 7 § SoL, bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS samt bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. I detta kapitel beskrivs olika aspekter av jämlik vård, inklusive äldres munhälsa och vård av äldre med psykisk sjukdom.

Sammanfattande iakttagelser

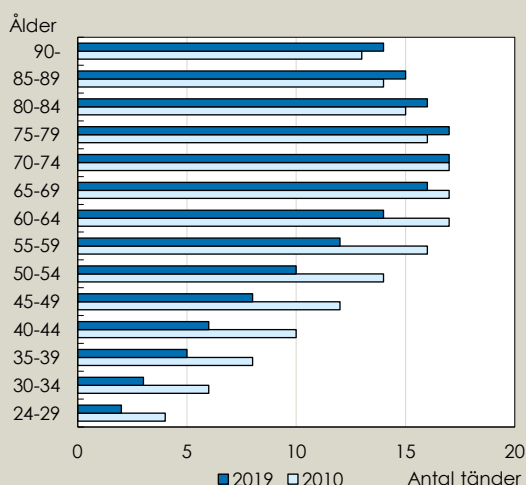
- Antalet besök till tandvården minskade kraftigt i samband med pandemins utbrott, mest bland personer i gruppen 70 år och äldre, och för kvinnor något mer än för män. Personer 80 år och äldre hade en mer uttalad minskning av sina besök till tandvård än personer 70 år och äldre. Minskningen av besök till tandvården för personer 70 år och äldre är dubbelt så stor som för personer mellan 24 och 69 år. Minskningen av besök är också mer uttalad för personer, 70 år och äldre, med förgymnasial utbildningsbakgrund.
- Under 2020 minskade inte riskbedömningarna för munhälsa relativt sett mer än andra riskområden som undernäring, fallrisk och trycksår, vilket tyder på att omvårdnaden om munnen har haft hög prioritet även vid den pressande situation som vården och omsorgen genomgick under pandemin.
- Förekomsten av psykisk sjukdom bland äldre är minst lika hög som i den övriga befolkningen. Därför borde äldre återfinnas inom den specialiserade psykiatri i minst samma utsträckning som yngre. Socialstyrelsens analys visar dock att det sker en gradvis minskning av andelen personer 65 år och äldre som vårdats för psykisk sjukdom inom den specialiserade öppenvården i takt med en ökande ålder. När personer i gruppen 85 år och äldre vårdades för psykisk sjukdom skedde det i drygt 40 procent av fallen vid en psykiatrisk klinik.
- Många äldre med psykiatrisk problematik, särskilt med depressioner och ångestsjukdomar, vårdas inom primärvården. 2019 stod primärvården för merparten av all förskrivning av psykofarmaka till äldre, i synnerhet till de allra äldsta.
- Analyser av vissa delar av den palliativa vården visar att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl regioner som kommunerna. Några av dem är att fler personer behöver få brytpunktssamtal och smärtskattas i livets slutskede.
- Under 2020 tog Socialstyrelsen fram en vägledning för dagverksamhet för personer med demenssjukdom samt nya indikatorer och målnivåer gällande vård och omsorg vid demenssjukdom. Målnivåerna anger hur stor andel av personer med demenssjukdom som bör erbjudas en specifik åtgärd eller insats enligt de nationella riktlinjerna för personer med demenssjukdom. Enligt Svenska demensregistret fick cirka 75 procent av personerna med nydiagnostiserad demenssjukdom genomgå en fullständig basal

demensutredning, men enligt Socialstyrelsens målnivåer bör minst 90 procent av de nydiagnostiserade patienterna få den åtgärden.

Munhälsa hos äldre

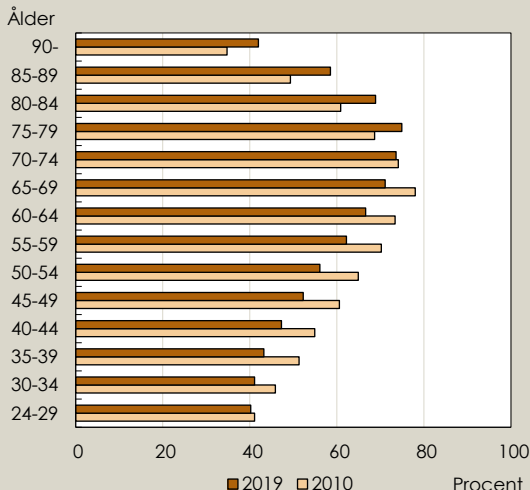
En god munhälsa har betydelse för god hälsa och välbefinnande under hela livet. Tidiga erfarenheter av ohälsa i munnen följer med under hela livet, vilket gör att sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa får större betydelse med stigande ålder. Antalet ej intakta tänder⁷⁰ minskade mellan 2010 och 2019 i åldersgruppen 24–69 år och ökade bland dem som var 75 år eller äldre (figur 25). Det är få äldre personer som helt saknar egna tänder: andelen äldre med 20 egna tänder eller mer är hög i en internationell jämförelse, och en stor andel av de äldre i befolkningen besöker tandvården regelbundet (figur 26) [129, 130].

Figur 25. Medianen av ej intakta tänder bland personer som besökte tandvården 2010 och 2019



Källa: Socialstyrelsen, tandhälsoregistret

Figur 26. Andel personer som besökt tandvården någon gång under det senaste året 2010 och 2019



Under 2010 var det åldersgruppen 65–69 som gjorde flest besök, och 10 år senare var det åldersgruppen 75 till 79 år som besöker tandvård i störst utsträckning i befolkningen (figur 26). Fördelningen av besök till tandvård bland olika åldersgrupper förändrades endast marginellt under 10-årsperioden 2010–2019. Det är personer som är födda under 1940-talet som är den åldersgrupp som både besöker tandvård oftare än andra och har flest ej intakta tänder (figur 25). Detta mönster kvarstod från 2010 till 2019.

Det allmänna tandvårdsbidraget dubblerades den 15 april 2018 för att stimulera regelbundna tandvårdsbesök. Det innebär att tandvårdsbidraget höjdes från 300 kr till 600 kr per år för åldersgrupperna 24–29 år och minst 65 år. Alla andra fick en höjning från 150 kr till 300 kr per år. Besöken ökade också, men framför allt bland personer som var 75 år eller äldre.

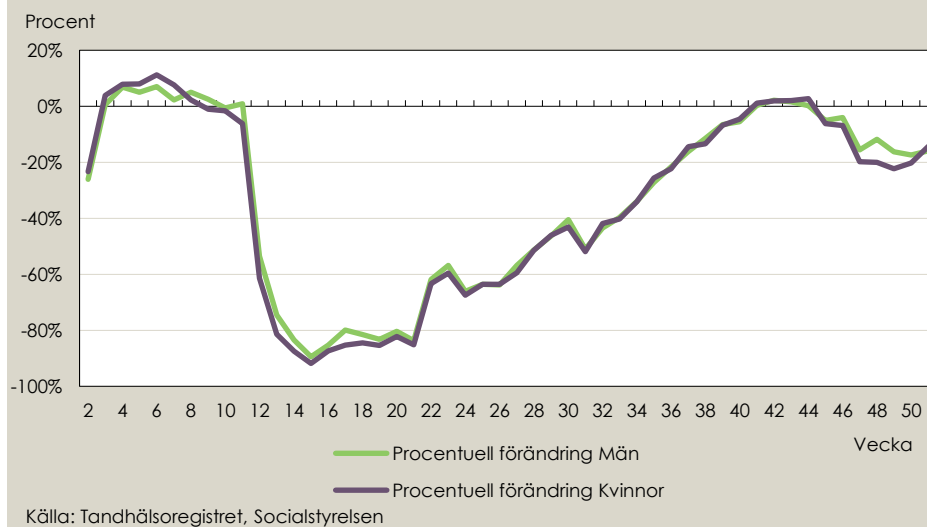
⁷⁰ En intakt tand saknar skador såsom karies, fyllningar eller frakturer.

Covid-19 och tandvård för personer 70 år och äldre

Antalet besök till tandvården minskade kraftigt i samband med pandemins utbrott, mest bland personer i gruppen 70 år och äldre, och för kvinnor något mer än för män. Personer 80 år och äldre hade en mer uttalad minskning av sina besök till tandvård än personer 70 år och äldre. De minskade besöken till tandvården korrelerade väl med Folkhälsomyndighets rekommendationer till allmänheten om att undvika trängsel på offentliga platser och kommunala färdmedel som kommunicerades ut under utbrottet av covid-19. Tandvården tog också initiativ till att vänta med planerad tandvård under våren och i viss mån även under hösten då besöken återgick till en mer normal situation.

För personer 70 år och äldre utgjorde besöken under pandemin till större del av tanduttagningar och en större andel av de som besökte tandvården fick antibiotika förskrivet av tandläkare. Under hösten 2020 kvarstod en effekt av pandemin på tandvården, bl.a. i ett mindre antal besökare. Antalet personer som besökte tandvården för en basundersökning återgick till en nivå liknande föregående års men föll tillbaka igen efter att en ny våg av covid-19 konstaterades (figur 27) [131, 132]. Minskningen av besök till tandvården för personer 70 år och äldre är dubbelt så stor som för personer mellan 24 och 69 år. Minskningen av besök är också mer uttalad för personer, 70 år och äldre, med förgymnasial utbildningsbakgrund [133].

Figur 27. Procentuell förändring i antal basundersökningar per arbetsdag i respektive vecka år 2019 och 2020 bland personer 70 år och äldre



Tandvård för äldre med kommunal hälso- och sjukvård

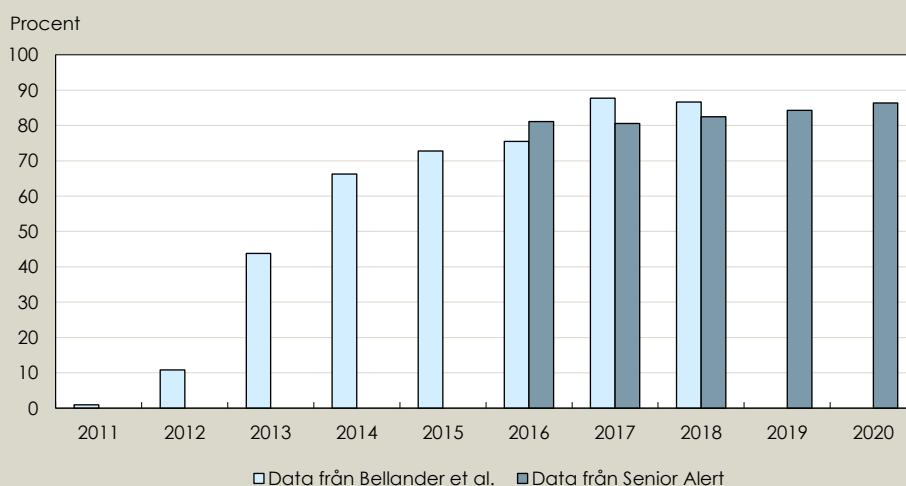
Personer på särskilt boende för äldre minskade kraftigt sina besök till tandvården, liksom andra i gruppen 70 år och äldre i samband med pandemin. Äldre på särskilt boende har generellt en sämre hälsa och större hälsorisker, inklusive högre risk för nedsatt munhälsa jämfört med personer utan kommunal hälso- och sjukvård inom åldersgruppen. Detsamma gäller för många äldre i ordinärt boende med insatser från hemtjänsten.

Ett nationellt besöksförbud på särskilda boenden för äldre infördes den 1 april 2020, vilket minskade möjligheterna för tandvårdspersonal att göra planerade tandvårdsbesök där. En fungerande daglig omvårdnad om munhälsan fick därmed stor vårdpreventiv betydelse, och ett större ansvar för att uppmärksamma munhälsan och munvården föll på personalen, anhöriga, närstående samt individen själv. Akuta tandvårdsbesök och andra besök som inte kunde anstå prioriterades som tidigare genom god efterlevnad av basala hygienrutiner samt skyddsutrustning. Socialstyrelsen gav ut ett stöd till den kommunala hälso- och sjukvården med syftet att ge konkret och kortfattade vägledning i den situation som uppstått. I stödet *Arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19*, som publicerades i juni 2020, ingick ett stöd kring munhälsa och munvård [134]. Besöksförbudet hävdes den 1 oktober 2020. Regeringen gav Folkhälsomyndigheten möjlighet att besluta om tillfälliga besöksförbud på särskilda boenden för äldre, om det behövs för att förhindra spridning av covid-19 [135].

Kvalitetsregistret Senior Alert innehåller bl.a. uppgifter om riskbedömningar för munhälsa som genomförs av anslutna enheter. Uppgifter om munhälsorisker är frivilliga att rapportera i registret, till skillnad från data om andra riskområden som undernäring, fallrisk och trycksår. Data för 2020 visar en viss nedgång av antalet riskbedömningar totalt inom samtliga riskområden. Riskbedömningarna för munhälsan minskade relativt sett inte mer än andra områden, vilket tyder på att omvårdnaden om munnen har haft hög prioritet även vid den pressande situation som vården och omsorgen genomgick under pandemin (figur 28).

En nyligen publicerad forskningsrapport har också visat en positiv utveckling över tid av det vårdpreventiva arbetet med munhälsa inom särskilda boenden för äldre (figur 28) [136, 137].

Figur 28. Andel (%) riskbedömningar munhälsa (ROAG) i relation till annan obligatorisk riskbedömning på särskilda boenden 2011–2020



Källa: Bellander m.fl. (2021) och Senior Alert, hämtat 2021-01-27.

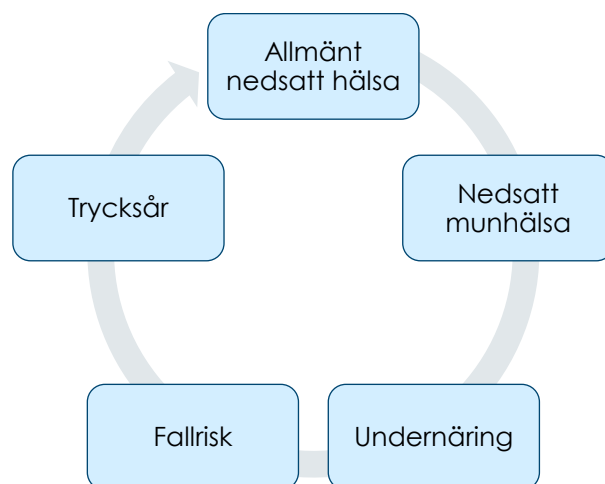
Sambandet mellan hälsorisker och munhälsa

Utvecklingen av tandhälsan bland äldre är nära förknippad med den allmänna hälsoutvecklingen. Sammantaget visar statistiken för tandhälsa och tandvårdsbesök bland äldre att behovet av en god egenvård och regelbundna tandvårdsbesök har ökat hos personer i gruppen 70 år och äldre under perioden 2010–2019 (figur 25 och 26) [129, 130].

När hälsa och funktionsförmåga sviktar hos äldre med omfattande tandsättningar blir det också svårare att själv bibehålla en god munhälsa och göra nödvändiga tandvårdsbesök när man har många tänder och flera av dessa har lagningar, dvs. ej intakta tänder (figur 25). Utan adekvata insatser finns det risk för snabb försämring av munhälsan. Detta behöver uppmärksammas mer vid planering av insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt tandvård, eftersom den äldre andelen av befolkningen förväntas öka och eftersom ohälsa i munnen också kan bidra till andra hälsorisker.

Ohälsa i munnen utvecklas gradvis och inte sällan med en anpassning hos individen som ofta är omedveten om sitt tillstånd [138]. Det kan därför vara svårt att själv beskriva en nedsatt munhälsa eller relatera den till en nedsatt förmåga att tala, tugga och svälja. Därför är det viktigt att vård- och omsorgspersonal har kunskap och rutiner för att uppmärksamma symtom på nedsatt munhälsa och förändrade matvanor. Dålig munhälsa är en riskfaktor för ofrivillig viktfrörlust och undernäring hos äldre och sjuka individer. Förmågan att tugga och svälja minskar vid långvarig näringsbrist eftersom muskelmassa och muskelstyrka avtar även i det orofaciala området, oral sarkopeni [139]. Detta dubbelriktade förhållande bidrar till en ond cirkel som behöver brytas (figur 29).

Figur 29. Riskområden med nära relation till varandra



Källa: Senior Alert.

Att förebygga undernäring och ohälsa i munnen kan också bidra till att minska andra allvarliga risker för ohälsa, som fallrisk och trycksår. En god munhälsa ger också förutsättningar för välbefinnande och ökar möjligheterna till goda måltidsmönster.

Genom att vara observant på mun-, tand- och svalgförhållanden i samverkan med tandvårdspersonal kan vård- och omsorgspersonal bidra till att energi- och näringsintag balanserar kroppens behov och förhindrar att kroppens depåer av näringsämnen bryts ner (tabell 13). Tidiga förebyggande insatser hos äldre med sviktande hälsa och funktionsnedsättning är ett prioriterat område. På senare tid har också munhälsan givits tydligare fokus genom att ohälsa i munnen registreras i kvalitetsregister och på så vis också prioriterats i de vårdpreventiva processerna.

Tabell 13. Orsaker till ohälsa i munnen

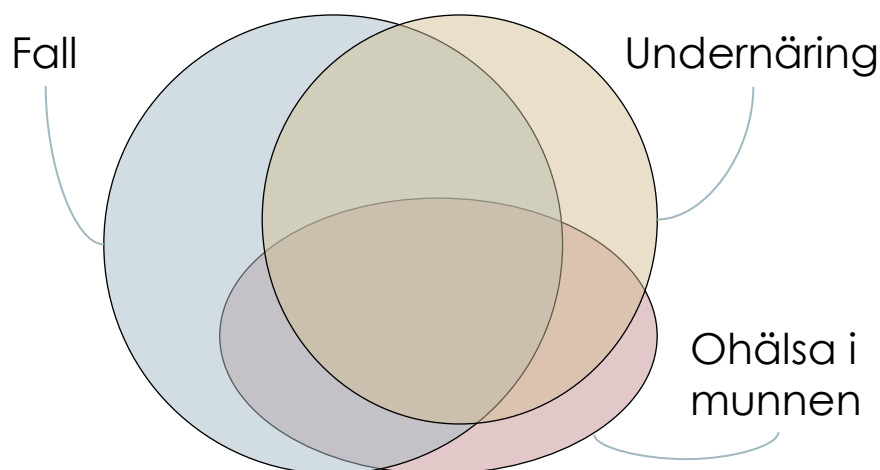
Undernäring kan kopplas till flera problemområden med ohälsa i munnen.

Problem	Möjlig orsak
Matvägran	Svampinfektion
Svårigheter att tugga	Illasittande proteser, löst sittande tänder, smärta i munnen, nedsatt oral motorik
Svårigheter att svälja	Muntorrhet, nedsatt oral motorik
Undviker kall eller varm mat	Skadade eller ilande tänder
Undviker starkt kryddad mat	Infekterade munslemhinnor
Mat ansamlas i munnen efter måltider	Nedsatt oral motorik

Källa: Senior Alert och ref Gerodonti.

Data från kvalitetsregistret Senior Alert ger möjlighet att undersöka hur olika risker förhåller sig till varandra (figur 30). I Senior Alert finns också stöd för de vårdpreventiva processerna i verksamheten, med förslag på åtgärder vid ökad risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen [140].

Figur 30. Överlappande riskområden



Källa: Senior Alert.

Vård av äldre med psykisk sjukdom

Inom ramen för årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att göra en särskild fördjupning i psykiatrisk vård för personer i gruppen 65 och äldre, i syfte att öka kunskapen om målgruppen. Innehållet utgår delvis från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser samt nya analyser särskild framtagna för den här rapporten.

Många pågående arbeten inom området psykisk ohälsa

Olika former av psykisk ohälsa orsakar både stort mänskligt lidande och omfattande individuella och samhällsekonomiska konsekvenser. Psykiska besvär, framför allt olika psykiatriska tillstånd, medför stora konsekvenser för både dem som har drabbats och deras anhöriga och närstående, med konsekvenser som många gånger är långvariga och ibland livslånga.

Konsekvenserna av olika former av psykisk ohälsa är också stora utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv. Psykisk hälsa är en av samhällets stora framtidsutmaningar och är därför en högt prioriterad fråga på nationell nivå. Under de senaste fem åren har regeringen gjort satsningar inom området psykisk hälsa, innefattande stimulansmedel till kommuner och regioner via överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), uppdrag till olika myndigheter och fördelning av statsbidrag.

Under 2020 hade Socialstyrelsen ungefär 70 olika pågående arbeten inom området psykisk hälsa, bl.a.

- framtagning av kunskapsstöd
- olika analyser och kartläggningar
- fördelning av statsbidrag
- samverkan i olika former med olika myndigheter och organisationer.

(Läs mer i *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2021.*)

Pandemins påverkan på psykisk hälsa

Befolkningens psykiska välbefinnande påverkas på olika sätt av covid-19-pandemin, men det finns redan många indikationer på att kvinnor och män påverkats olika [23]. Den omfattande sociala distanseringen i samhället har medfört ökad risk för psykisk ohälsa [141]. Den har också fått stor inverkan på situationen för äldre med bl.a. ensamhet och minskad fysisk aktivitet som följd. Enligt internationella studier tycks psykiska besvär som oro och symptom på ångest och depression öka, samtidigt som tillförlitlig information om covid-19 tycks kunna lindra besvären [142].

Kontinuitet och samverkan

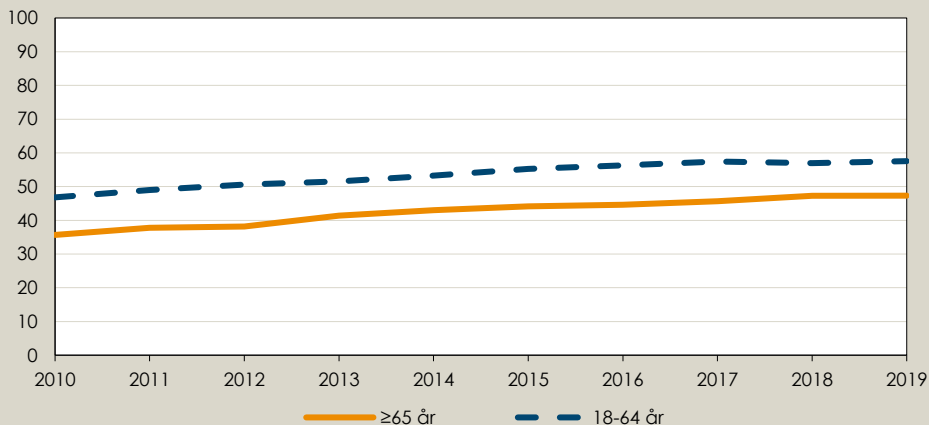
Kontinuitet i vårdförloppet bidrar till en god och individanpassad vård. Tidig kontakt med öppenvården efter utskrivning från slutenvård kan vara ett tecken på en väl fungerande samverkan mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och uppföljning ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet och minskar behovet av slutenvård.

Andelen personer i gruppen 65 år och äldre som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård ökade från 36 procent 2010 till 47 procent 2019. Åldersgruppen 18–64 år ligger hela tiden högre än gruppen 65 år och äldre (figur 31).

Figur 31. Riket. Kontinuitet och samverkan

Andel (%) personer 18-64 respektive 65 år och äldre som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning till ordinärt boende från sluten psykiatrisk vård 2010-2019.* Inskrivningar och besök med huvuddiagnos demens ingår inte.

Procent



* För år 2019 omfattas utskrivningar under perioden 1 januari till 5 november

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

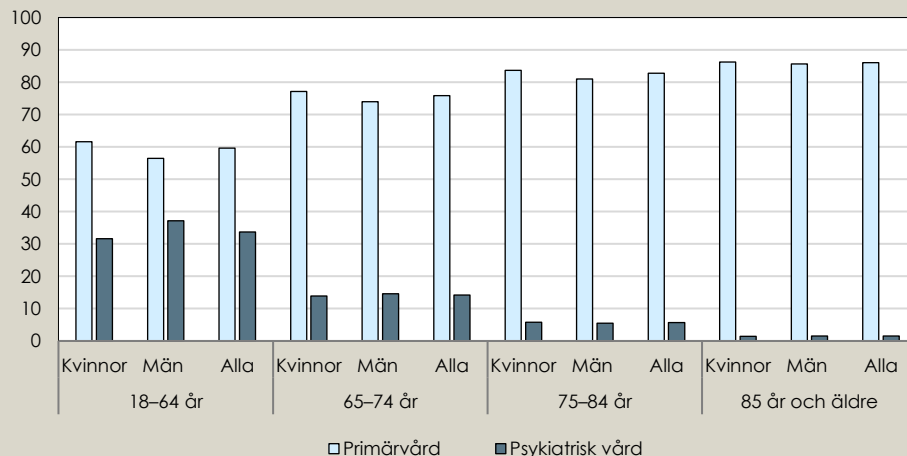
Var sker förskrivningen?

Många äldre med psykiatrisk problematik, särskilt med depressioner och ångestsjukdomar, vårdas precis som yngre personer inom primärvården [143, 144]. I de fall specialiserad öppenvård eller heldygnsvård blir aktuellt sker vården av äldre med psykisk sjukdom i mindre omfattning vid en psykiatrisk klinik jämfört med yngre personer. I figur 32 redovisas andelen av alla förskrivningar av psykofarmaka som skedde inom primärvården till olika åldersgrupper. Primärvården stod för merparten av all förskrivning av psykofarmaka till äldre, i synnerhet till de allra äldsta.

Figur 32. Andel (%) av antidepressiva läkemedel 2019 som förskrevs inom primärvården och inom psykiatrisk vård i respektive åldersklass och kön.

Uttag (%) av antidepressiva läkemedel under 2019 (ATC: N06A) fördelat på verksamhetsområde, ålder och kön.

Procent



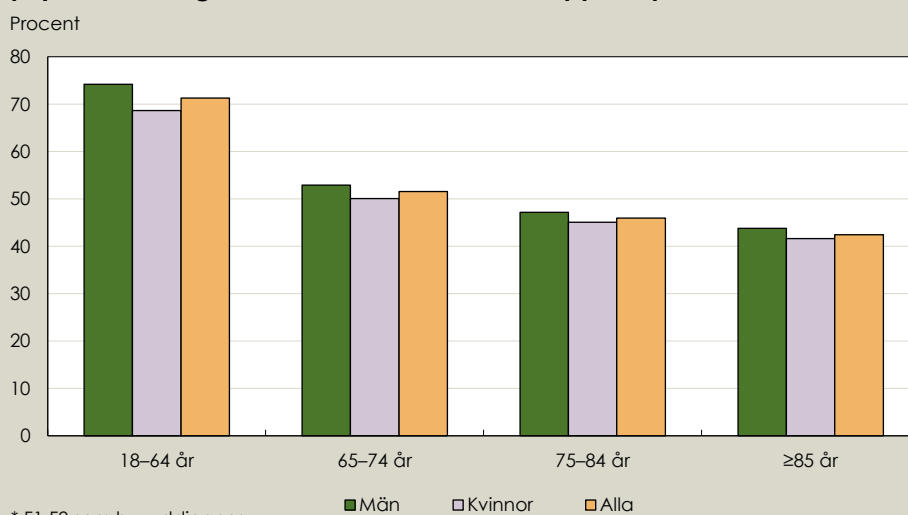
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Få äldre med psykisk sjukdom vårdas inom den specialiserade psykiatrin

Flera studier visar att förekomsten av psykisk sjukdom bland äldre är minst lika hög som i den övriga befolkningen. Därför borde äldre återfinnas inom den specialiserade psykiatrin i minst samma utsträckning som yngre [145].

Resultaten som visas i figur 33 visar dock att andelen personer som under 2019 vårdades för en psykisk sjukdom inom den specialiserade öppen- eller slutenvården var lägst bland dem som var 65 år eller äldre (figur 33). Det sker en gradvis minskning av andelen personer i gruppen 65 år och äldre som vårdats för psykisk sjukdom inom den specialiserade öppen- eller slutenvården i takt med ökande ålder. När exempelvis personer i gruppen 85 år och äldre vårdades för psykisk sjukdom, skedde det i drygt 40 procent av fallen vid en psykiatrisk klinik.

Figur 33. Andel (%) personer som vårdas 2019 för första gången med psykiatrisk diagnos* inom slutenvård och öppen specialiserad vård**



* F1-F9 som huvuddiagnos

**psykiatrisk klinik: mvo=900-999

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Förekomsten av ångestsyndrom och depression är hög bland äldre, både i Sverige och internationellt [146-148]. Äldre som har depressioner eller ångestsjukdomar har i större omfattning än övriga äldre en stor samsjuklighet i svårare somatiska sjukdomar som hjärtsjukdomar och kroniska sjukdomar i luftvägarna. Trots ett stort somatisk vårdbehov får inte äldre med psykisk sjukdom ett lika gott somatisk omhändertagande som övriga äldre [15].

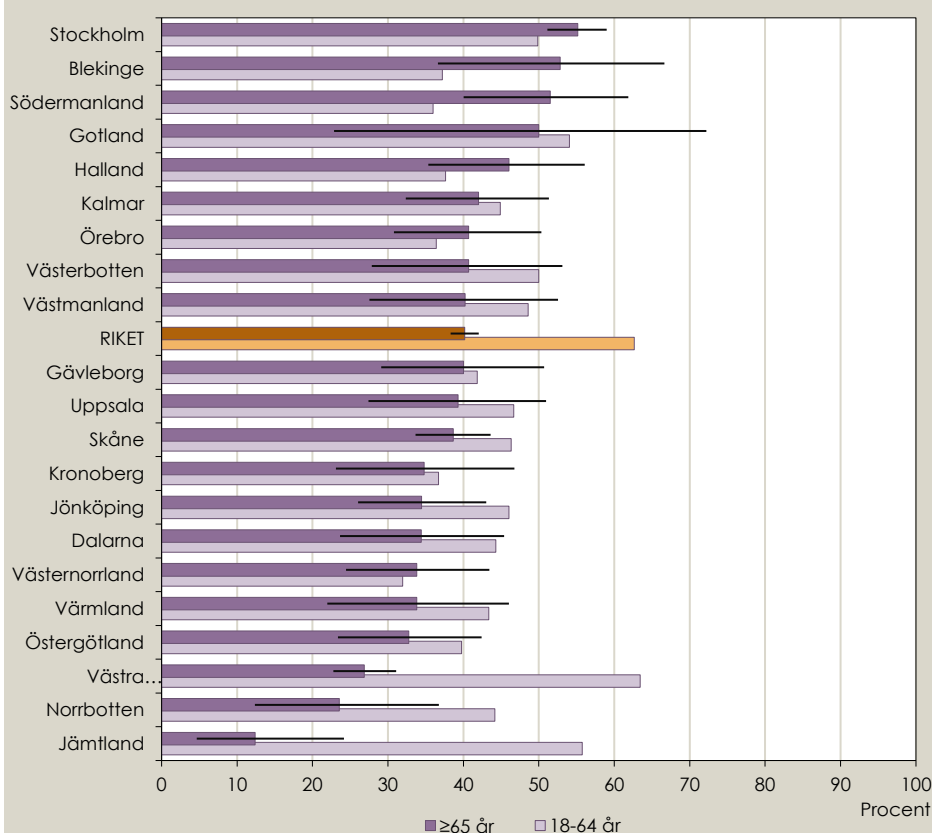
Öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård kan minska risken för återinsjuknande och återinskrivning. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda en

aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom [149].

Som figur 34 visar är i de flesta regioner andelen kvinnor i gruppen 65 år och äldre som inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvården haft ett öppenvårdsbesök lägre än för kvinnor i åldersgruppen 18–64 år. Bland de kvinnor som är 65 år eller äldre varierar den andel som gör ett öppenvårdsbesök inom fyra veckor mellan 12 och 55 procent bland regionerna. Bland yngre kvinnor varierar andelen mellan 36 och 64 procent.

Figur 34. Kvinnor. Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression eller ångestillstånd

Andel (%) kvinnor 18–64 år respektive 65 år och äldre, slutenvårdade för F32-F34, F40-F45 som inom 4 veckor haft ett öppenvårdsbesök, redovisat per region, 2018–2019*. Inskrivningar med huvuddiagnos demens ingår inte.



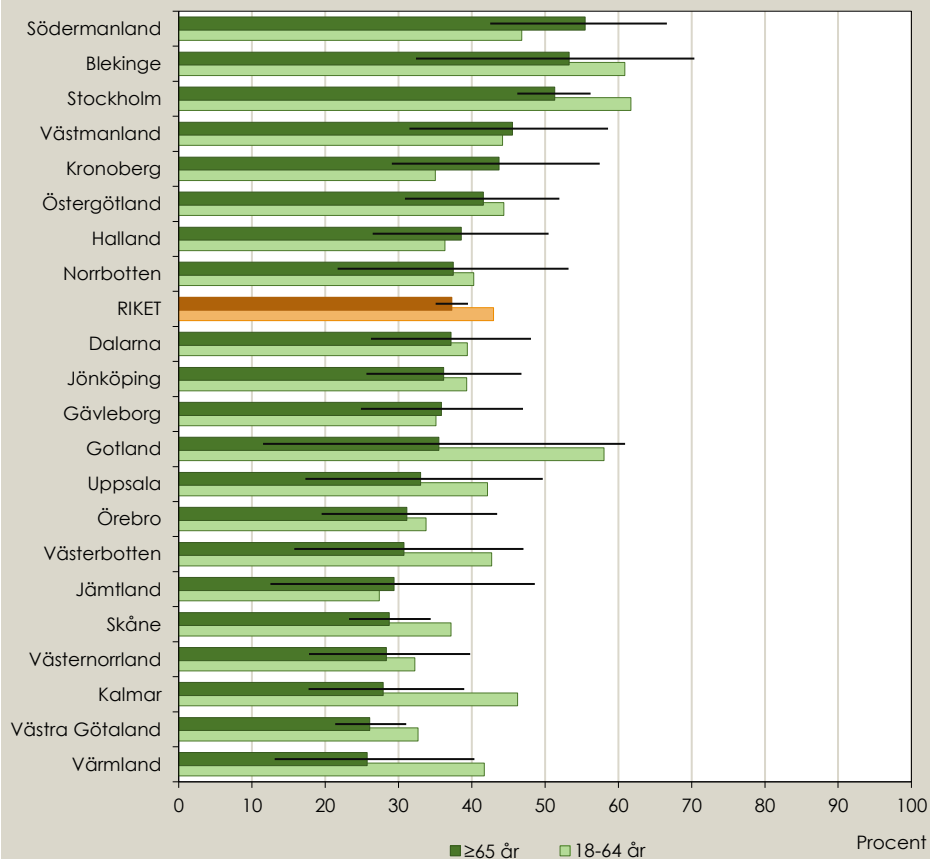
* För år 2019 omfattas utskrivningar under perioden 1 januari till 3 december

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

För män 65 år och äldre varierar andelen som inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvård haft ett öppenvårdsbesök mellan 26 och 55 procent. I riket var andelen äldre män som haft ett öppenvårdsbesök inom fyra veckor 37 procent 2019, jämfört med 43 procent för män 18–64 år. För yngre män varierar andelen för regionerna mellan 27 och 62 procent, vilket framgår av figur 35.

Figur 35. Män. Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression eller ångesttillstånd

Andel (%) män 18–64 år respektive 65 år och äldre, slutenvårdade för F32-F34, F40-F45 som inom 4 veckor haft ett öppenvårdsbesök, redovisat per region, 2018–2019*. Inskrivningar med huvuddiagnos demens ingår inte



* För år 2018 omfattas utskrivningar under perioden 1 januari till 3 december

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

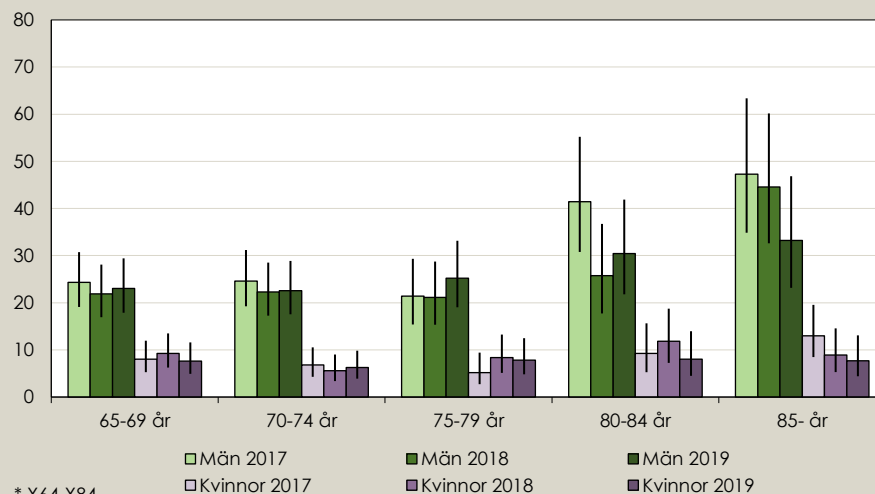
Andelen suicid minskar bland män

Nästan 400 kvinnor och drygt 870 män begick suicid under 2019. Ytterligare nästan 320 personer dog av skadehändelser där det inte gick att fastställa om personen hade för avsikt att begå suicid. Högsta andelen suicid finns bland män som fyllt 80 år (figur 36).

Figur 36. Riket. Suicid bland personer 65 år och äldre

Antal suicid per 100 000 invånare för personer 65 år och äldre för år 2017 till 2019, uppdelat efter kön och ålder.

Antal per 100 000 invånare



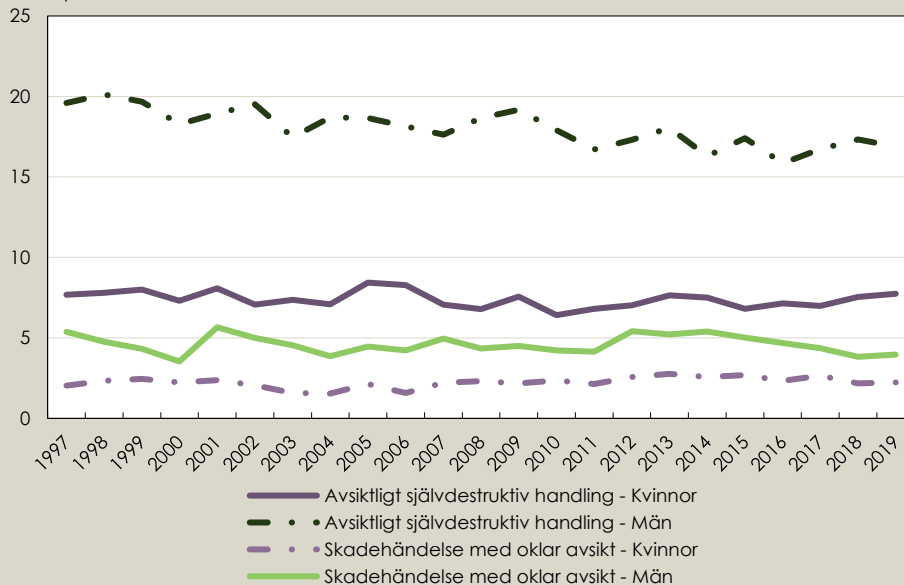
* X64-X84

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Under de senaste 30 åren har andelen suicid totalt sett minskat men minskningen har varit mindre under 2000-talet. 2019 var antalet suicid per 100 000 invånare knappt 17 för män och knappt 8 för kvinnor. För drygt 30 år sedan, år 1987, var motsvarande antal 26 suicid för män och 11 suicid för kvinnor. Den nedåtgående utvecklingen är tydligast för män, vilket framgår av figur 37 nedan.

Figur 37. Suicid respektive dödsfall till följd av skadehändelse med oklar avsikt

Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Personer som var 65 år eller äldre hade i betydligt lägre grad än yngre vårdats för psykisk sjukdom ett halvt år före suicid (tabell 14). Hos de allra äldsta hade 9 procent av männen och 10 procent av kvinnorna vårdats för psykisk sjukdom, medan vårdtillfällena hos de yngre uppgick till cirka 47 procent.

Tabell 14. Andel (%) personer i olika åldersgrupper som vårdats på en psykiatrisk klinik 0–180 dagar före suicid

Andel (%) personer som avled 2015–2019 med avsiktlig självdestruktiv handling som underliggande dödsorsak och hade vårdats upp till 180 dagar innan dödsdatumet på en psykiatrisk klinik inom slutenvård eller öppen specialiserad vård, uppdelad efter kön och ålder.

Ålder vid dödsfallet	Män	Kvinnor	Alla
18–64 år	42 %	57 %	47 %
65–74 år	27 %	43 %	31 %
75–84 år	19 %	38 %	24 %
85 år och äldre	9 %	10 %	9 %

Källa: Patientregistret, öppen- och slutenvård, Socialstyrelsen.

Palliativ vård

Med palliativ vård avses hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvalitet för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Det palliativa vårdbehovet tillgodoses med hjälp av allmän eller specialiserad palliativ vård. Patienter som vårdas i livets slutskede finns i olika vårdformer inom regioner och kommuner. Av dem som avlider i Sverige under ett år beräknas omkring 80 procent dö en förväntad död och skulle därför kunna erbjudas palliativ vård [150].

En förutsättning för palliativ vård är ett palliativt förhållningssätt. Det innebär att en professionell bedömning av patientens tillstånd, behov och önskemål görs utifrån en helhetssyn med utgångspunkt i fysiska, psykologiska, sociala och existentiella perspektiv [151].

Vård i livets slutskede

År 2019 avled drygt 88 800 personer (samtliga åldrar) i Sverige, vilket är det lägsta antalet döda under ett enskilt år sedan 1977. Antalet döda under ett år beror till stor del på hur många personer det finns i de äldsta åldersgrupperna. Av alla som avled 2019 var cirka 78 660 personer 65 år eller äldre, medelåldern var 82 år för kvinnor och 77,2 år för män [152].

Bland de avlidna som fyllt 65 år var 50 100 personer inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården när de avled, vilket är färre än föregående år (tabell 15).

Tabell 15. Kommunal hälso- och sjukvård och boende bland avlidna personer 65 år och äldre

Avlidna personer 65 år och äldre fördelade efter insatser från kommunal hälso- och sjukvård (KHSV), boendeform respektive om de avled på sjukhus, 2017–2019. Antal och procent.

	2017			2018			2019		
	Antal avlidna	Varav avled på sjukhus		Antal avlidna	Varav avled på sjukhus		Antal avlidna	Varav avled på sjukhus	
		Antal	%		Antal	%		Antal	%
Med insatser från KHSV	58 420	17 690	30,3	57 000	17 220	30,2	50 100	14 790	29,5
Varav bodde i:									
- ordinärt boende	32 240	13 660	42,4	31 760	13 460	42,4	27 780	11 370	40,9
- särskilt boende enl. SoL eller bostad med särskild service enl. LSS	26 180	4 030	15,4	25 240	3 760	14,9	22 320	3 420	15,3
Utan insatser från KHSV	22 950	13 350	58,2	24 660	13 520	54,8	28 560	14 460	50,6

Källa: Dödsorsaksregistret, register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och register enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Kvalitetsregister för vård i livets slutskede

Svenska palliativregistret (SPR) är ett nationellt kvalitetsregister för vård i livets slutskede, baserat på Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård och Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede. SPR innehåller resultat från nationella indikatorer för ”god palliativ vård i livets slutskede” redovisade på verksamhets-, kommun-, region- eller riksnivå. Registrering i kvalitetsregister kräver verksamheter med hälso- och sjukvårdsansvar. Majoriteten av behöriga användare för registrering i SPR är legitimerade sjuksköterskor [150].

Antal vårdgivare inom regioner och kommuner som registrerar i Svenska palliativregistret har ökat de senaste tre åren, och totalt registrerades dödsfall av 5 329 vårdgivare under 2019. Däremot har täckningsgraden, dvs. hur stor andel av samtliga avlidna som registrerats i kvalitetsregistret, försämrats (tabell 16).

Tabell 16. Vårdgivare inom regioner och kommuner som registrerar i Svenska palliativregistret, samt täckningsgrad* (%)

Antal vårdgivare inom regioner och kommuner som registrerar i Svenska palliativregistret, och täckningsgrad 2017–2019.

Svenska palliativregistret	2017	2018	2019
Anslutna vårdgivare (antal)	4 249	4 622	5 329
Täckningsgrad* beräknat på samtliga dödsfall (%)	63	61	60

* Täckningsgraden bygger på folkbokföringskommun och är fördelad på de 290 kommunerna och anger hur stor andel av samtliga avlidna som registrerats i Svenska palliativregistret. Observera att täckningsgradssiffran är en sammanslagning av regioners och kommuners rapportering.
Källa: Årsrapport Svenska palliativregistret 2019.

Totalt registrerades drygt 53 200 dödsfall i alla åldrar i SPR under 2019. Drygt 25 830 dödsfall⁷¹ var personer med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre (SÄBO), på korttidsplats och med hemsjukvård i ordinärt boende [153]. Antalet avlidna i gruppen 65 år och äldre med insatser

⁷¹ Av de avlidna under 65 års ålder hade drygt 570 personer insatser från kommunal hälso- och sjukvård.

från kommunal hälso- och sjukvård var 50 100, vilket uppskattningsvis motsvarar att drygt hälften registrerats i SPR (tabell 15).

För kommunal hemsjukvård är täckningsgraden⁷² drygt 3 procent, för SÄBO drygt 23 procent och för korttidsboende cirka 6 procent.

Av samtliga registrerade patienter i gruppen 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård (totalt 25 256 personer) i SPR, hade 77 procent av patienterna eller närstående fått möjlighet till brytpunktssamtal⁷³ – 77 procent av kvinnorna och 78 procent av männen. Drygt 52 procent erhöll dokumenterad smärtskattning vid något tillfälle med Visuellt analog skala (VAS), Numerisk skala (NRS) eller ett annat smärtskattningsinstrument under sista veckan – 53 procent av kvinnorna och 51 procent av männen. Andelen patienter som erhöll dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan var 55 procent – 56 procent av kvinnorna och 54 procent av männen. Tabell 17 visar jämförelser med föregående års resultat för god palliativ vård.

Att erbjuda efterlevandesamtal till närstående efter någons bortgång är en viktig del för en god palliativ vård. Andelen avlidna patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården vars närstående erbjöds efterlevandesamtal var 73 procent, vilket är på samma nivå som föregående år då 72 procent erbjöds efterlevandesamtal.

Tabell 17. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer som registrerats i Svenska palliativregistret

Andel (%) personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende med hemsjukvård som registrerats i Svenska palliativregistret och fått brytpunktssamtal, smärtskattning respektive munhälsobedömning i livets slutskede, uppdelat på kön, 2018–2019.

Indikatorer	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
	2018 / 2019	2018 / 2019	2018 / 2019
Brytpunktssamtal	73 / 77	75 / 78	74 / 77
Smärtskattning	50 / 53	49 / 51	50 / 52
Munhälsobedömning	55 / 56	52 / 54	54 / 55

Källa: Svenska palliativregistrets utdataportal, 2020.

I rapporten *Öppna jämförelser 2020–Vård och omsorg om äldre* omfattar indikatorerna *brytpunktssamtal* och *smärtskattning sista levnadsveckan* även tidsperioden innan coronapandemin hade brutit ut [154]. Andra studier som omfattar en kortare tidsperiod under 2020 i samband med coronapandemin, visar att andelen äldre som fått brytpunktssamtal och smärtskattning minskade vid tidpunkten då coronapandemin tog fart och månaderna närmast efter, jämfört med 2019. Kommunala enheter har bättre resultat än sjukhus för indikatorerna [155–157]. Före coronapandemin har indikatorerna *brytpunktssamtal* och *smärtskattning sista levnadsveckan* visat en långsam, men positiv utveckling sedan 2012 [150].

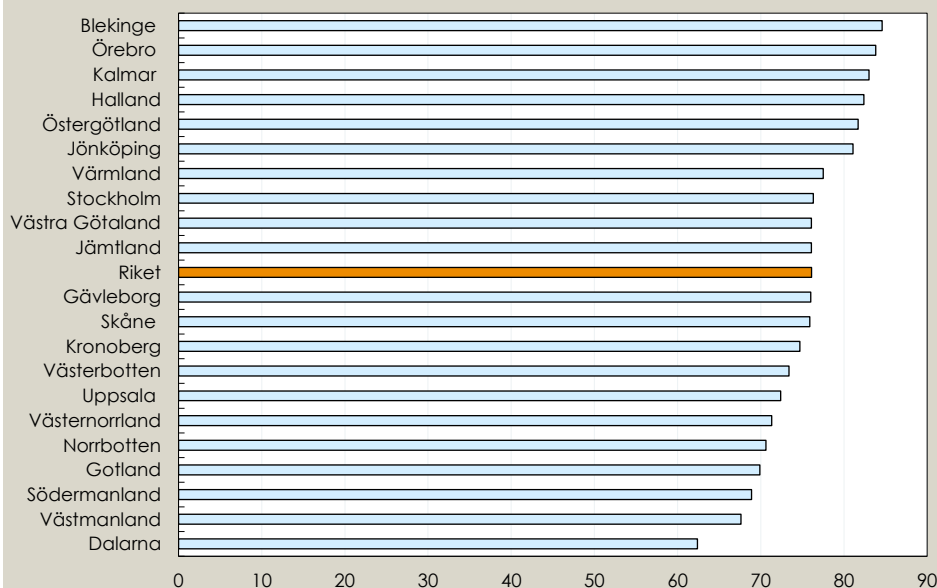
Figur 38 visar andel personer 65 år och äldre i ordinärt och särskilt boende som fått dokumenterat brytpunktssamtal under mätperioden juli 2019–juli 2020, fördelat per län.

⁷² Täckningsgraden beräknat på samtliga dödsfall och andel avlidna som registrerats i SPR för patienter med kommunal hemsjukvård respektive personer på SÄBO och på korttidsboende visar stora skillnader mellan de kommunala verksamheterna.

⁷³ Beräknat utifrån antal väntade dödsfall.

Figur 38. Brytpunktssamtal i livets slutskede

Andel (%) personer 65 år och äldre i ordinärt boende och särskilt boende som fått dokumenterat brytpunktssamtal, juli 2019-juli 2020, fördelat per län.



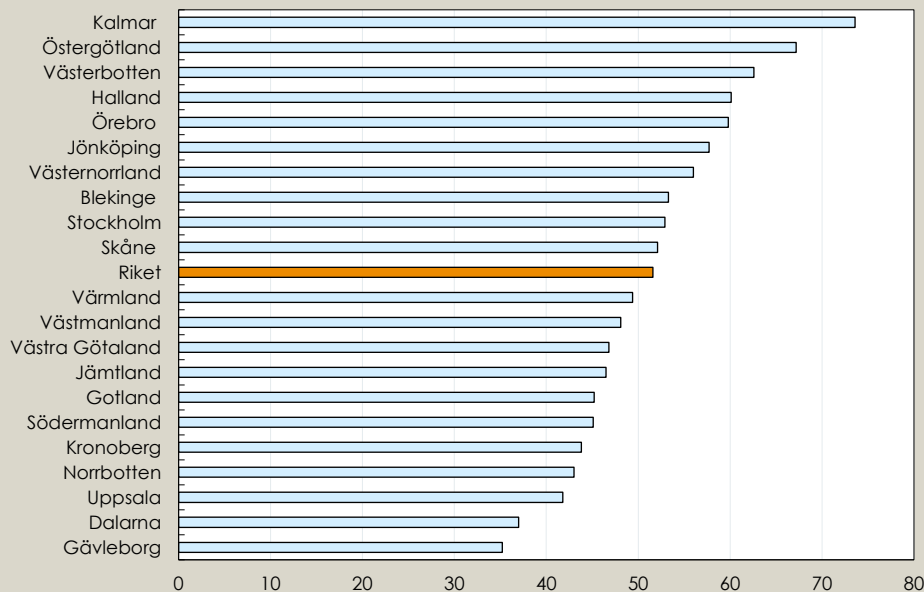
Urval: Särskilt boende/vård- och omsorgsboende, korttidsboende och ordinärt boende med allmän hemsjukvård.

Källa: Svenska palliativregistret, juli 2019- juli 2020. Data hämtad december 2020.

Figur 39 visar andel personer 65 år och äldre i ordinärt och särskilt boende som fått smärtskattning sista levnadsveckan under mätperioden juli 2019-juli 2020, fördelat per län.

Figur 39. Smärtskattning sista levnadsveckan

Andel (%) personer 65 år och äldre i ordinärt boende och särskilt boende som fått smärtskattning sista levnadsveckan, juli 2019-juli 2020, fördelat per län.



Urval: Särskilt boende/vård- och omsorgsboende, korttidsboende och ordinärt boende med allmän hemsjukvård, juli 2019-juli 2020.

Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad december 2020.

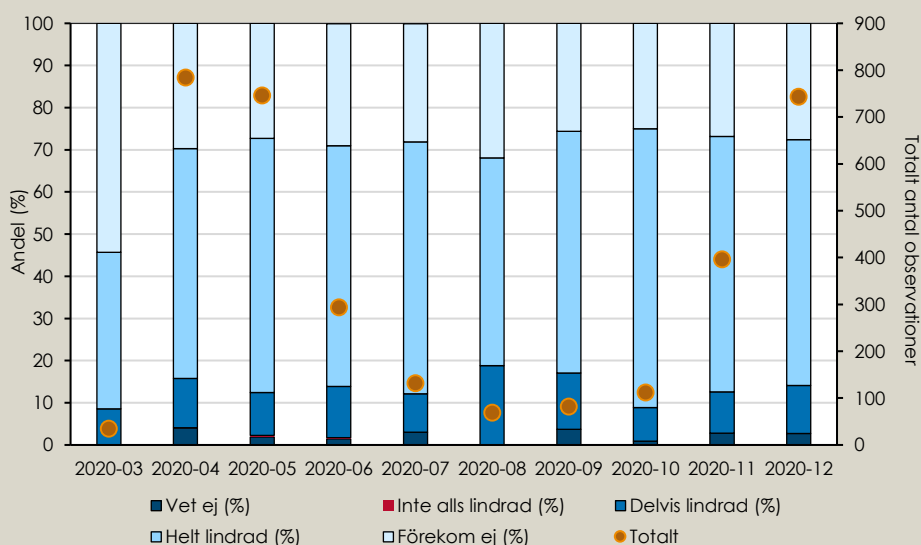
Användningen av kvalitetsregister varierar mellan län, mellan kommuner inom samma län och bland enheter inom kommunerna. Användningen påverkas av styrning inte bara på länsnivå utan också på kommunal förvaltningsnivå [158].

Smärtskattning och brytpunktssamtal för personer som avled till följd av covid-19

Att utföra smärtskattningar regelbundet har visat sig vara kopplat till förbättrat smärtlindring i livets slut. Figur 40 visar andelen personer 65 år och äldre i ordinärt och särskilt boende som avled till följd av covid-19 och som smärtskattades sista levnadsveckan. Andel personer som var helt lindrad varierar mellan 37 procent i mars 2020 och som mest till 66 procent i oktober 2020. Även antalet personer som smärtskattades varierar under den studerade perioden. Flest smärtskattningar registrerades i april och maj. Figur 41 redovisar andelen personer 65 år och äldre i ordinärt boende och särskilt boende som har fått smärtskattning sista levnadsveckan. Generellt ses att andelen personer som var helt lindrad varierar obefintligt i den här gruppen, mellan som lägst 58 procent i augusti upp till 63 procent i oktober.

Figur 40. Smärtskattning vid covid-19 sista levnadsveckan

Andel (%) och antal personer 65 år och äldre i ordinärt boende och särskilt boende med genomgången covid-19 infektion som har fått smärtskattning sista levnadsveckan, mars 2020–december 2020.

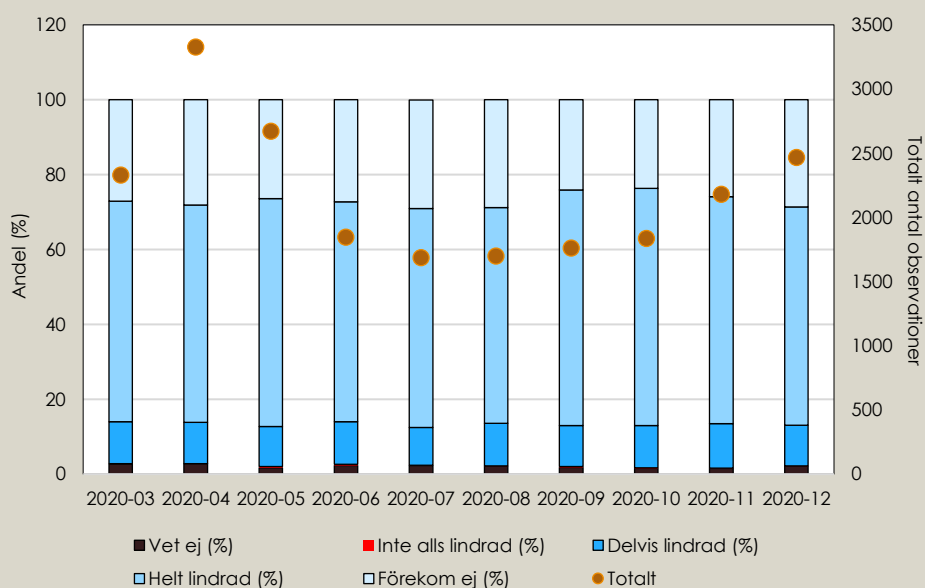


Urval: Särskilt boende/vård- och omsorgsboende, korttidsboende och ordinärt boende med allmän hemsjukvård, genomgången covid-19 infektion, mars 2020–dec 2020.

Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2021-02-11.

Figur 41. Smärtskattning sista levnadsveckan

Andel (%) och antal personer 65 år och äldre i ordinärt boende och särskilt boende som har fått smärtskattning sista levnadsveckan, mars 2020–december 2020.



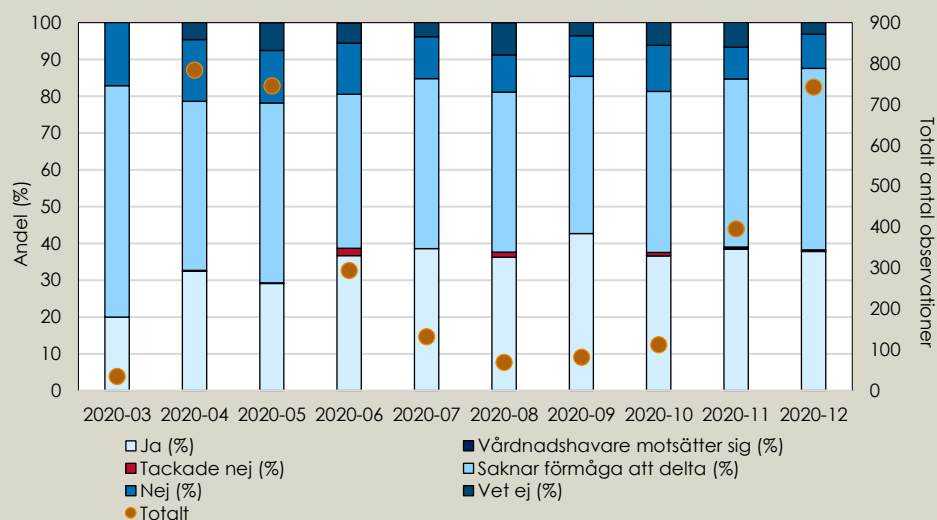
Urval: Särskilt boende/vård- och omsorgsboende, korttidsboende och ordinärt boende med allmän hemsjukvård, mars 2020–dec 2020.

Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2021-02-11.

Andel personer 65 år och äldre i ordinärt och särskilt boende som avled med konstaterad covid-19 och som fått dokumenterat brytpunktssamtal varierar från 20 procent i mars till nästan 43 procent i september, figur 42. I genomsnitt fick 35 procent av personer 65 år och äldre med genomgången covid-19 infektion dokumenterat brytpunktsamtal, det något lägre än gruppen alla 65 år och äldre med dokumenterat brytpunktsamtal som i genomsnitt ligger på 47 procent av alla som registrerades, figur 43.

Figur 42. Brytpunktsamtal vid covid-19 sista levnadsveckan

Andel (%) och antal personer 65 år och äldre i ordinärt boende och särskilt boende med genomgången covid-19 infektion som fått dokumenterat brytpunktsamtal, mars 2020–december 2020.

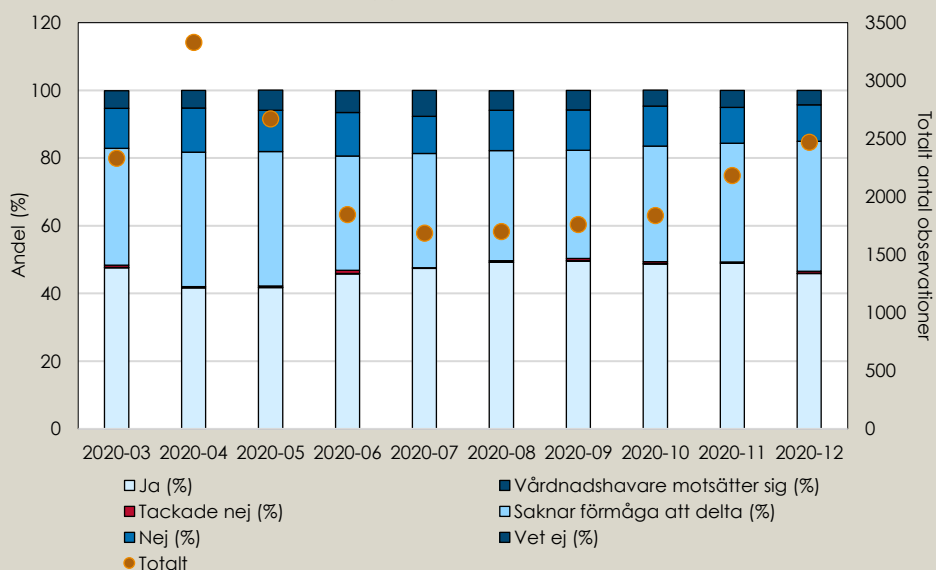


Urval: Särskilt boende/vård- och omsorgsboende, korttidsboende och ordinärt boende med allmän hemsjukvård, genomgången covid-19 infektion, mars 2020–december 2020.

Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2021-02-11.

Figur 43. Brytpunktsamtal sista levnadsveckan

Andel (%) och antal personer 65 år och äldre i ordinärt boende och särskilt boende som fått dokumenterat brytpunktsamtal, mars 2020–december 2020.



Urval: Särskilt boende/vård- och omsorgsboende, korttidsboende och ordinärt boende med allmän hemsjukvård, mars 2020–december 2020.

Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2021-02-11.

Stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriga

I de nordiska länderna har troligen fler än en halv miljon människor en demenssjukdom eller lindriga kognitiva störningar. Antalet personer med demens förväntas öka kraftigt efter 2020 när efterkrigstidens generation uppnår hög ålder. I gruppen ingår även många äldre utlandsfödda, som kom till Norden på 1960-, 1970- och 1980-talet [159].

Det finns idag cirka 130 000–150 000 personer med demenssjukdom i Sverige, och i takt med att vi lever allt längre förväntas antalet nästan fördubblas fram till 2050 [160]. Sett ur ett internationellt perspektiv har Sverige både en framstående forskning och utvecklade registerdata på området [161].

Socialstyrelsen arbetar för att vården och omsorgen ska få förutsättningar att ge bra vård, omsorg och stöd till personer med demenssjukdom. Demens påverkar även i hög grad livet för de anhöriga, och därför behöver även deras situation uppmärksammas. Myndigheten har tagit fram följande publikationer på området:

- De första nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom kom 2010 [162], och en ny version publicerades 2017 [163].
- Våren 2018 publicerades en utvärdering av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom [160].
- På regeringens uppdrag tog Socialstyrelsen fram en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnostisering av demenssjukdom, publicerad våren 2019 [164].
- En vägledning för dagverksamhet för personer med demenssjukdom publicerades i juni 2020 [101].
- I september 2020 publicerades nya indikatorer och målnivåer gällande vård och omsorg vid demenssjukdom [165, 166].

Covid-19-pandemins spridning i Sverige har tydliggjort utmaningar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården, och därmed för en stor del av vården och omsorgen av personer med demenssjukdom.

Demens och migration

Många av dem som invandrade till Sverige mellan 1960 och 1990 har nu blivit gamla – och med högre ålder ökar risken för demenssjukdomar. Personer med utländsk bakgrund löper lika stor risk att utveckla en demenssjukdom som de som är födda i Sverige, men färre utnyttjar vård- och omsorgstjänster som dagverksamheter, hemtjänst och äldreomsorg [159, 167].

Orsakerna till den låga användningen av sådan service bland äldre födda utomlands har ofta samband med

- att utbudet inte är kulturellt eller språkligt anpassat
- att information om utbudet av tjänster inte är tillräckligt tillgänglig
- att förtroendet är lågt för det offentliga vård- och omsorgsutbudet samt för vård- och omsorgspersonal
- att personen med demenssjukdom eller dennes anhöriga har bristande språkkunskaper och hälsokompetens

- att en demensdiagnos uppfattas som stigmatiserande
- att det anses vara familjens plikt och glädje att själv ta hand om den äldre generationen [168, 169].

I mars 2020 gav Nordiskt demensnätverk, som koordineras av Nordens välfärdscenter på uppdrag av Nordiska ministerrådet, ut en handbok för medarbetare inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom [159]. Syftet med publikationen är att ge bättre förutsättningar för personcentrerad vård och omsorg för den växande gruppen svenskar som har migrantbakgrund och lever med demenssjukdom.

Urfolk och demens i Norden

Nordens välfärdscenter har visat på behovet av att systematisera kunskaps- och erfarenhetsutbyte om vård och omsorg för samer med demens. I rapporten *Urfolk och demens* sammanfattas slutsatser och förslag från den första nordiska konferensen om urfolk och demens, anordnat av Nordiskt välfärdscenter i samarbete med Region Jämtland Härjedalen 2018 [170].

I rapporten slår man fast att det saknas samlad forskning eller kunskap såväl om situationen för nordiska samer med demens, som om deras användning av välfärdstjänster. Det handlar om relativt små grupper som finns i flera länder, där man i stor utsträckning har samma utmaningar med en åldrande befolkning, personalbrist och stora geografiska avstånd.

Förståelsen av demens kan vara annorlunda i olika kulturer. Demenssymptom upplevs inte alltid som problematiska eller relaterade till sjukdom, utan snarare som en del av det naturliga åldrandet. Majoritetssamhällets diagnostiseringsverktyg, informationsinsatser, organisering av vården och stöd till anhöriga fungerar inte utan kulturanpassning.

I rapporten beskrivs att utvecklingen mot personcentrerad äldre- och demensvård de senaste åren har gjort att en större del av vården utgår ifrån individen och individens bakgrund, vilket kan göra att det samiska perspektivet får en naturlig plats för personer med samisk identitet. Detta försvåras av lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk (minoritetsslagen) och de nationella minoritetsfrågorna är lågt prioriterade bland såväl ledning som personal i kommuner och regioner, att det förekommer fördomar och att det saknas förståelse för varför de nationella minoriteterna har särskilda rättigheter. Minoritetslagen tolkas på olika sätt av olika kommuner och regioner.

En annan utmaning är brist på språk- och kulturkompetens i kommunerna, där ett systematiskt arbete med att rekrytera personal med rätt kunskaper saknas. Ytterligare en svårighet är att språk- och kulturanpassade verktyg för diagnostisering och information i många fall saknas. Just när det gäller de samiska grupperna kan det finnas vinster i att sammanföra kunskaper, verktyg och praktiker från omsorgen i hela Sápmi (dvs. Sameland i Sverige, Norge och Finland).

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom erbjuder deltagarna en meningsfull tillvaro, samtidigt som deras anhöriga får en stunds avlösning.

Socialstyrelsen har tagit fram exempel på hur dagverksamheten kan utvecklas, t.ex. hur man kan underlätta för enskilda att ta sig till och från dagverksamheten – antingen på egen hand eller med stöd av personalen från dagverksamheten [101]. Det ges beskrivningar av hur dagverksamhet kan bidra till att tillgodose behov som personer med demenssjukdom kan ha. Särskilt fokus läggs på hur personalen i dagverksamheter för personer med demenssjukdom kan arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt och ett rehabiliterande arbetssätt. Vägledningen harmonierar med stora delar av arbetssättet. Individens behov i centrum. Dagverksamhet har förutsättningar att spela en viktig roll för anhöriga och närstående, och i vägledningen har därför anhörigperspektivet integrerats.

Målnivåer

Socialstyrelsen har tagit fram målnivåer som anger hur stor andel av personer med demenssjukdom som bör erbjudas en specifik åtgärd eller insats enligt de nationella riktlinjerna för dessa personer [165]. Målnivåerna är kopplade till indikatorer som utarbetats inom ramen för de nationella riktlinjerna. Indikatorerna används för att studera efterlevnaden av dessa riktlinjer och hur de påverkar praxis, men också för att kunna följa utvecklingen och förbättringen av kvaliteten i vården och omsorgen. Indikatorerna kopplas främst till de centrala rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, men även t.ex. till förändringar i utredningstider som är viktiga att följa över tid [165].

Enligt Svenska demensregistret fick cirka 75 procent av alla med nydiagnostiserad demenssjukdom genomgå en fullständig basal demensutredning, men enligt Socialstyrelsens målnivåer bör minst 90 procent av de nydiagnostiserade patienterna få den åtgärden.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det ska vara lätt att få kontakt med en verksamhet och att få vård och omsorg inom rimlig tid. Det innebär också att alla som behöver vård och stöd kan ta del av verksamheten och använda dess tjänster. I det här kapitlet redogörs för tillgängligheten till vård och omsorg för personer i gruppen 65 år och äldre med fokus på bl.a. på boende och andra socialtjänstinsatser samt välfärdsteknik.

Sammanfattande iakttagelser

- Allt fler kommuner inför modeller för att förenkla kommunernas biståndsbedömning av hemtjänstinsatser. År 2020 fick 1 624 personer hemtjänst genom förenklad biståndsbedömning i 17 kommuner, jämfört med 298 personer i 14 kommuner 2019.
- I förhållande till behov och återstående livslängd får äldre personer vänta relativt länge på att flytta till ett särskilt boende (SÄBO). Jämfört med 2019 minskade dock väntetiden till SÄBO efter biståndsbeslut med 3 dagar, och låg 2020 på 64 dagar.
- Andelen äldre personer som bor på SÄBO minskade från 8 procent 2014 till 7,1 procent 2020. Då bodde drygt 82 000 personer i särskilt boende, år 2020 har siffran sjunkit till drygt 78 000. Rikets mediantid för vård på SÄBO är 25 månader, men tiden varierar mellan kommunerna. Ett halvt år efter inflyttningen till särskilt boende har i genomsnitt 23 procent av männen och 17 procent av kvinnorna avlidit, oavsett inflyttningsålder. Medelålder vid inflyttning till SÄBO varierar mellan länen. På riksnivå är kvinnor 85,6 år och män 82,9 år gamla i genomsnitt.
- Covid-19-pandemin har påverkat hur personer i gruppen 65 år och äldre har sökt och fått socialtjänstinsatser verkställda. Under pandemin har betydligt färre äldre än vanligt sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången. Minskningen var tydligast under månaderna mars till maj 2020, från 324 personer till 209 personer per 100 000 invånare. Under hösten började antalet personer med hemtjänst öka igen, men det ligger fortfarande på lägre nivå än medelvärdet för motsvarande period 2014–2019. Fler personer valde också att avsluta hemtjänst under perioden april–juni jämfört med medelvärdet för motsvarande period 2014–2019, och avbeställningarna ökade med 66 procent i november.
- Liknande effekt av pandemin som sågs i hemtjänstens märktes även på SÄBO. En klar minskning konstaterades under ungefär samma period, när tecken på allmän smittspridning började visa sig. Minskningen var från 336 personer till 209 personer per 100 000 invånare under månaderna mars till maj 2020. I juni 2020 började antalet personer som flyttade in på SÄBO öka igen, men det ligger fortfarande på mycket lägre nivå än medelvärdet för motsvarande period 2014–2019. Mönstret följer smittspridningen i samhället.

- Allt fler äldre började använda internet under 2020. Av de internetanvändare som var 76 år och äldre hade nära 7 av 10 nyttjat någon digital vårdtjänst.
- Användningen av välfärdsteknik fortsätter öka inom äldreomsorgen. Kommunerna har dragit störst nytta av tekniken. Under perioden 2016–2020 skedde den största ökningen inom samordnad individuell plan med video-stöd (SIP), natttillsyn med digital teknik och GPS-larm.

Allmänhetens förtroende för äldreomsorgen

Under våren 2020 följde Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) kontinuerligt befolkningens förtroende för hur bl.a. äldreomsorgen hanterade situationen med en pandemi [171]. Mätningen började med perioden 5–9 april och därefter följde fem mättillfällen fram till 21–24 maj. Under tidsperioden ses en tydlig nedgång från att 36 procent av de tillfrågade hade förtroende för äldreomsorgens arbete under pandemin, till 18 procent i mitten av maj. Samtidigt var förtroendet för hälso- och sjukvårdens sätt att hantera pandemin högt – drygt 80 procent – och därmed hamnar hälso- och sjukvården högst i förtroende av samtliga aktörer som ingår i mätningen.

I oktober 2020 visade undersökningen att förtroendet för äldreomsorgen varierar med ålder och beror på om man själv har äldreomsorg eller inte [171]. Personer i gruppen 86 år och äldre i undersökningen hade ett signifikant högre förtroende för äldreomsorgen än de mellan 80 och 85 år: 42 procent respektive 33 procent. Intervjupersoner som själva har någon form av äldreomsorg har ett signifikant högre förtroende (54 procent) för äldreomsorgen än de som inte har det (33 procent).

Det finns behov av att återställa förtroendet till äldreomsorgen. Ett lågt förtroende kan innebära en risk för att:

- personer med behov av stöd och äldreomsorg inte ansöker om insatser
- anhöriga tar på sig mer av det som det offentliga ska göra – dels för att verksamheter temporärt dragit ner på sin verksamhet, t.ex. dagverksamheter, dels för att anhöriga och brukare velat undvika risken att smittas av coronaviruset och därför avstått från insatser
- personer som har äldreomsorg och som fått ökade behov inte uppmärksamats eller ansökt om utökade insatser.

Samtidigt har situationen under våren 2020 medfört nya rutiner för att minska smittspridningen. Exempel är bra personalkontinuitet och hygienrutiner som även fungerar när det gäller andra typer av smitta som influensa och vinterkräksjuka. Det är viktigt att de rutinerna består.

Banken SEB har under flera år publicerat Valfärdsbarometern [172]. Den senaste mätningen från våren 2020 visar att förtroendet för äldreomsorgen är lågt bland befolkningen. Förtroendeindexet har – på en skala mellan 0 och 100 – legat runt 40 under de senaste 10 åren. I början av 2020 hade indexet sjunkit 4 enheter sedan 2019. Noteringen för hälso- och sjukvården (vårdkva-

litetsindex) var i början av 2020 65, dvs. betydligt högre än för äldreomsorgen. Medborgarnas tilltro till vården har under hela perioden 2011–2020 legat högre än för äldreomsorgen. Mätningarna genomfördes i februari fram till början av mars 2020, varför eventuella förändringar som har med utbrottet och hanteringen av covid-19 inte avspeglas i resultaten [172].

Äldres upplevelse av trygghet med hemtjänst och på särskilda boenden

Trygghet är ett samlingsbegrepp för både fysiska, psykiska och existentiella aspekter på välbefinnande. Både individuella och generella faktorer påverkar tryggheten. Kontinuitet och pålitlighet samt att få information om och kunna påverka förändringar kan bidra till trygghet. Bemötande med respekt, hänsyn, lyhördhet och vänlighet medverkar också till att skapa en känsla av trygghet.

I rapporten *Öppna jämförelser 2020 – Vård och omsorg om äldre* mäter indikatorn *trygghet* i hemtjänst respektive särskilda boenden (SÄBO) andelen personer i gruppen 65 år och äldre som uppgett att det känns mycket tryggt eller ganska tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten, respektive att det känns mycket eller ganska tryggt på SÄBO [154]. Indikatorn bygger på data från undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* 2020 [173].

Resultatet visar att totalt 86 procent av dem som har hemtjänst känner sig mycket eller ganska trygga att bo hemma med stöd av hemtjänst, vilket är oförändrat sedan 2019 [154, 174]. Män känner sig tryggare, 87 procent, jämfört med 85 procent bland kvinnorna. Bland kommunerna varierar andelen mellan 68 och 100 procent. Bland boende på SÄBO är det totalt 87 procent som känner sig mycket trygga eller ganska trygga på sitt äldreboende. Andelen varierar mellan 73 och 100 procent bland kommunerna [154].

Respondenterna i 2020 års undersökning liknar dem som svarat i tidigare års undersökningar beträffande kön och ålder. Detta tyder på att resultatet är jämförbart med tidigare år, men det bör ändå tolkas med försiktighet eftersom en större andel av årets respondenter har angett att de svarat själva (utan mer eller mindre hjälp). Samhällsspridningen av covid-19 ledde till råd om att undvika att träffa andra människor och besöksförbud på SÄBO under den större delen av svarsperioden, vilket hindrade många anhöriga från att hjälpa till med att besvara enkäterna. Undersökningen har också som väntat ett större bortfall än 2019.

Socialtjänstinsatser för äldre personer

Kontinuitet i äldreomsorgen handlar om flera aspekter som är viktiga för att de äldre ska få möjlighet till sammanhang mellan insatser utifrån sina samlade behov, och vid utförandet av insatserna. En viktig del av kontinuiteten är att en person har möjlighet att få omsorg av samma personal, vilket kan ge trygghet och möjlighet att bygga upp en ömsesidig relation.

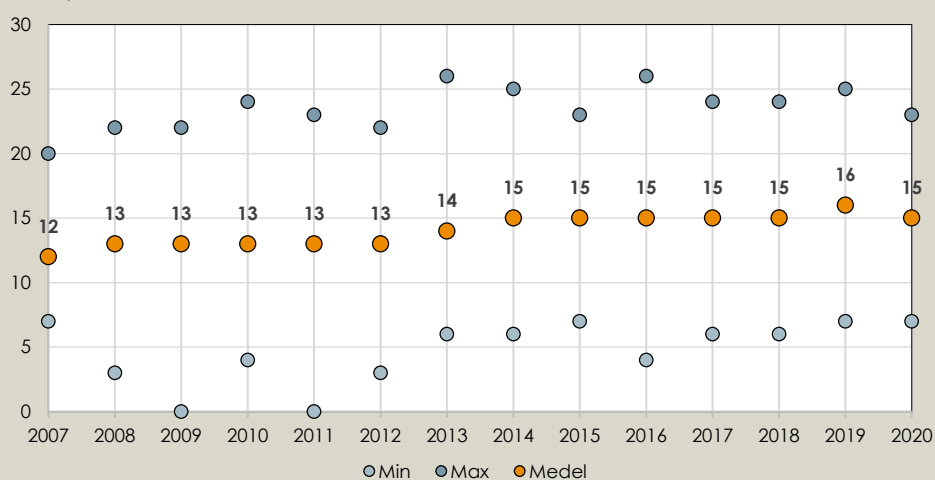
Många personer med hemtjänst möter i sin vardag personal från olika yrkesgrupper, verksamheter och utförare. Personalkontinuiteten i hemtjänsten

kan utrönas med måttet ”antal olika hemtjänstpersonal som hjälper den äldre personen under 14 dagar”. Uppgifterna, som bygger på kommunernas frivilliga redovisning i Kolada [175], gäller personer med behov av minst två insatser under tiden 07.00–22.00 veckans alla dagar. Personalkontinuiteten försämrades nationellt under perioden 2007–2020, från 12 till 15 olika personal för hemtjänsten som en äldre person möter under en fjortondagarsperiod, vilket visas i figur 44. Utvecklingen har stabiliserats de senaste åren, men det finns betydande variationer i personalkontinuitet mellan kommunerna.

Figur 44. Riket. Personalkontinuitet för personer 65 år eller äldre med hemtjänst

Samtliga rapporterande kommuner 2007–2020, under en 14-dagarsperiod. Medeltal.

Antal personal



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada, 2021-01-23.

Fler kommuner inför förenklad biståndsbedömning

Den 1 juli 2018 trädde en ny bestämmelse i kraft, 4 kap. 2 a § SoL. Enligt bestämmelsen kan socialnämnden i en kommun erbjuda hemtjänst till äldre personer utan föregående behovsprövning.⁷⁴ Bestämmelsen är frivillig för kommunen att använda, och det är upp till kommunen att avgöra vilka typer av hemtjänstinsatser, och i viken omfattning de ska erbjudas äldre personer enligt den nya bestämmelsen. Kommuner som väljer att tillämpa 4 kap. 2 a § SoL är skyldiga att informera den äldre personen om i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon kan påverka utförandet av insatserna, på vilket sätt kommunen följer upp insatserna samt att den äldre personen alltid har rätt att ansöka om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Om den som handlägger ärendet bedömer att den äldre personen inte förmår tillgodogöra sig informationen ska en utredning göras enligt 11 kap. 1 § SoL avseende rätten till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.⁷⁵

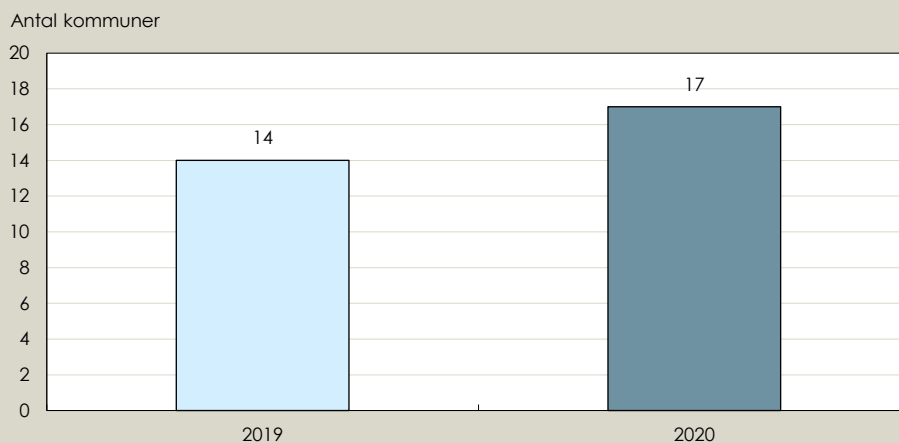
Allt fler kommuner inför modeller för att förenkla kommunernas biståndsbedömning av hemtjänstinsatser. Trenden är tydlig att allt fler äldre personer beviljas hemtjänst genom förenklad biståndsbedömning. År 2020 fick 1 624

⁷⁴ Prop. 2017/18:106, bet. 2017/18:SoU:32, rskr.2017/18:308

⁷⁵ Prop. 2017/18:106 s. 21.

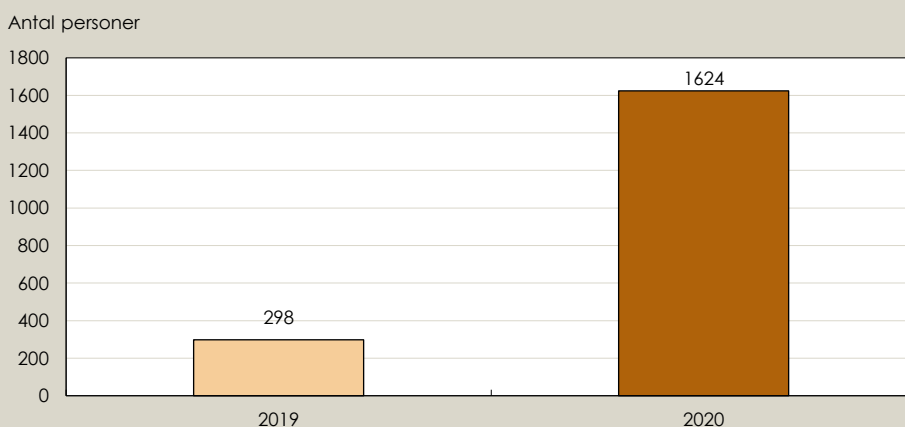
personer hemtjänst genom förenklad bostadsbedömning i 17 kommuner, jämfört med 298 personer i 14 kommuner 2019 (figur 45 och 46).

Figur 45. Riket. Antal kommuner med förenklad hemtjänst, 2019–2020



Källa: Socialstyrelsen.

Figur 46. Riket. Antal individer med förenklad hemtjänst 65 år och äldre, 2019–2020



Källa: Socialstyrelsen.

Tid mellan beslut och verkställighet

Den som beviljats plats på särskilt boende (SÄBO) 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 även påverka de närstående negativt. Enligt socialtjänstlagen har kommunerna en skyldighet att omedelbart verkställa gynnande bostadsbeslut.⁷⁶ IVO kan utkräva en särskild avgift från kommunen om väntetiden är oskäligt lång.

Under januari till och med september 2019 rapporterade kommunerna 4 458 ej verkställda beslut till IVO [90]. Antalet ökade med 24 procent jämfört med motsvarande period år 2018, vilket bröt den minskande trend som sågs under åren dessförinnan. Den insats som de flesta äldre personer fick vänta på under 2019 var SÄBO, liksom under tidigare år. I drygt 40 procent

⁷⁶ 16 kap. 3 § SoL.

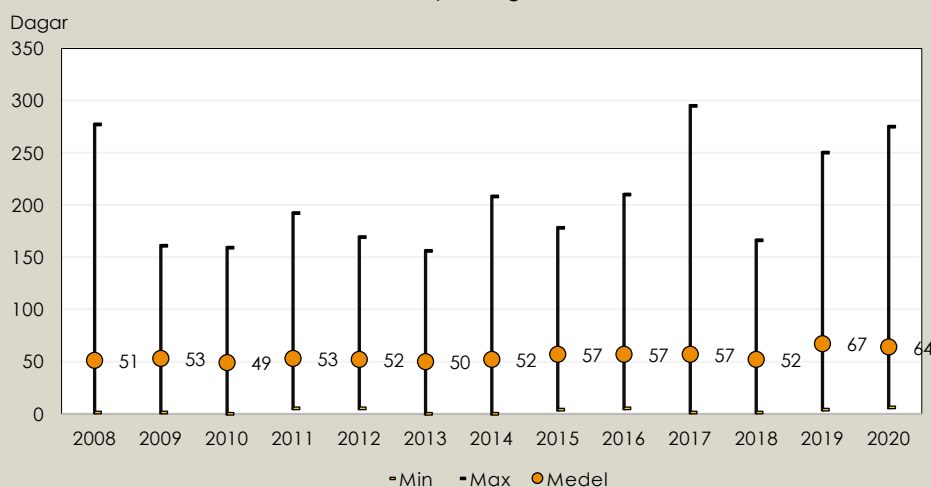
av dessa ärenden var det personen själv som bidrog till den långa väntetiden genom att avböja den erbjudna platsen. Detta kan exempelvis bero på att personen inte vill bo på det boende där det finns en ledig plats, eller att hen inte anser sig behöva en bostad vid det aktuella tillfället. I drygt 50 procent av ärendena angav kommunen resursbrist (att tillgången inte matchar efterfrågan på platser) som anledning till att den äldre fick vänta länge på sin bostad. Det är en ökning med 46 procent jämfört med 2018.

Pandemin har medfört att antalet ej verkställda beslut har ökat stort. Bara inom hemtjänsten gällde drygt 2 100 ärenden äldre år 2020 (februari–december), och majoriteten var direkt covid-19-relaterade.⁷⁷ För SÄBO handlade det om 4 570 ärenden, varav knappt 460 ärenden var relaterade till covid-19-pandemin.

Väntetiden till SÄBO ökade från 51 dagar 2008 till 64 dagar 2020 (figur 47). Dock är det en minskning med tre dagar jämfört med 2019. Spridningen mellan kommunerna har varit stor. Sedan 2015 finns information om väntetider könsuppdelad. År 2015–2020 fick kvinnor i genomsnitt vänta 62 dagar, jämfört med 57 dagar för män.

Figur 47. Väntetid från beslut om särskilt boende för äldre till erbjudande om inflyttning

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde. Riket samt spridning, år 2008–2020.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2020-01-19.

Tid på särskilt boende för äldre

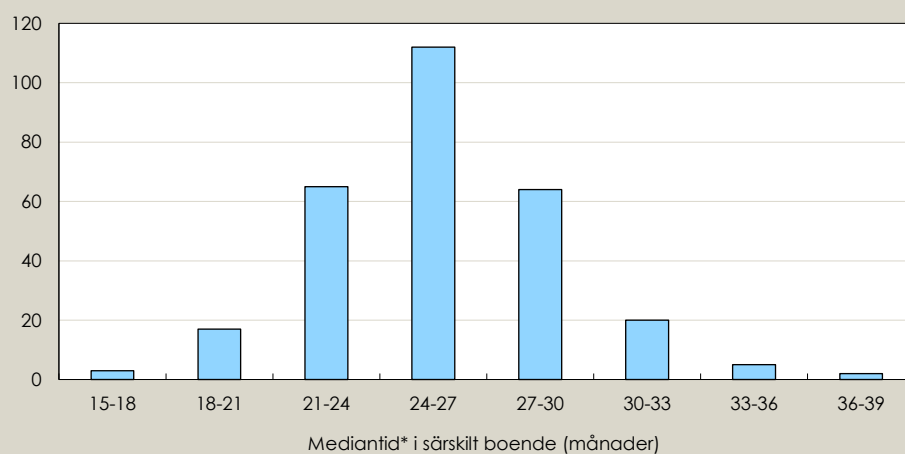
Medianvistelsetid i SÄBO varierar mellan kommunerna. En längre medianvårdtid innebär i regel att fler platser krävs i särskilt boende eftersom de äldre bor där en längre tid. Kommunerna med kortast tid har en medianvårdtid på 15–18 månader (figur 48), medan den är över 36 månader i de kommuner som har längst medianvårdtid. De flesta kommuner har en medianvårdtid på 24–27 månader. Medianvårdtiden för riket är 25 månader.

⁷⁷ IVO:s interna ärendestatistik. Datafilen uttagen 2021-01-19.

Figur 48. Medianvistelsetid* i särskilt boende för äldre

Antal månader, för personer som fick beslut om särskilt boende under åren 2014–2017.

Antal kommuner



* Tid ifrån första verkställda beslut om särskilt boende tills hälften har avlidit.

Not. Kommuner som rapporterat mindre än 10 personer med särskilt boende under perioden ingår inte.

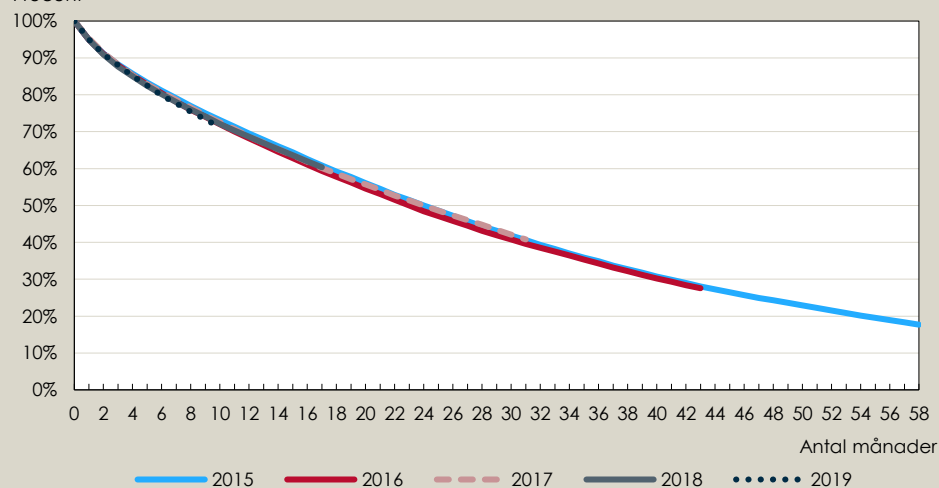
Källa: Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Ett halvt år efter inflyttningen till särskilt boende har i genomsnitt 20 procent av de nyinflyttade avlidit oavsett inflyttningsår (figur 49), 23 procent av männen och 17 procent av kvinnorna (figur 50).

Figur 49. Vistelsetid på särskilt boende för äldre efter inträdesår

Andel (%) personer, 65 år och äldre, som flyttade in på särskilt boende under 2015–2019 som bor kvar, redovisat på antalet månader sedan inflyttning.

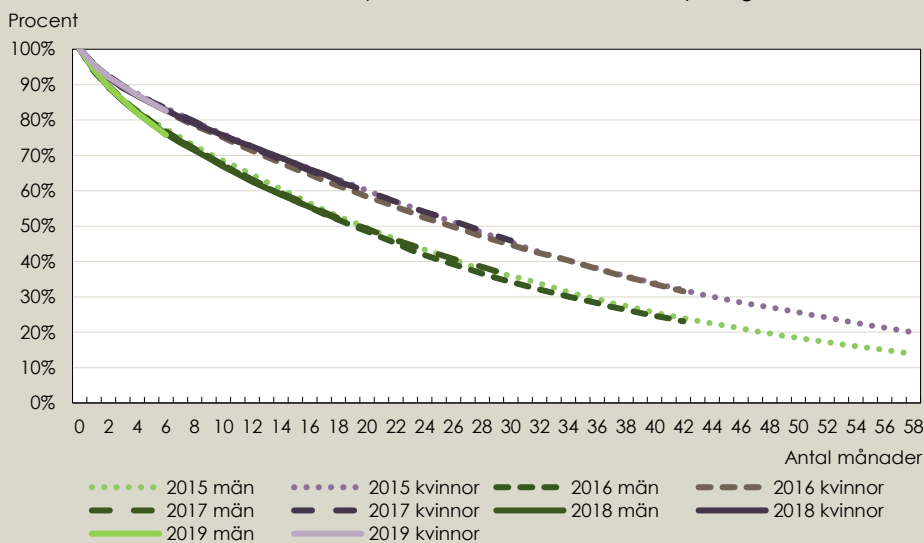
Procent



Källa: Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Figur 50. Vistelsetid på särskilt boende efter inträdesår, kön

Andel (%) kvinnor och män, 65 år och äldre, som flyttade in på särskilt boende under 2015–2019 som bor kvar, redovisat på antalet månader sedan inflyttning.



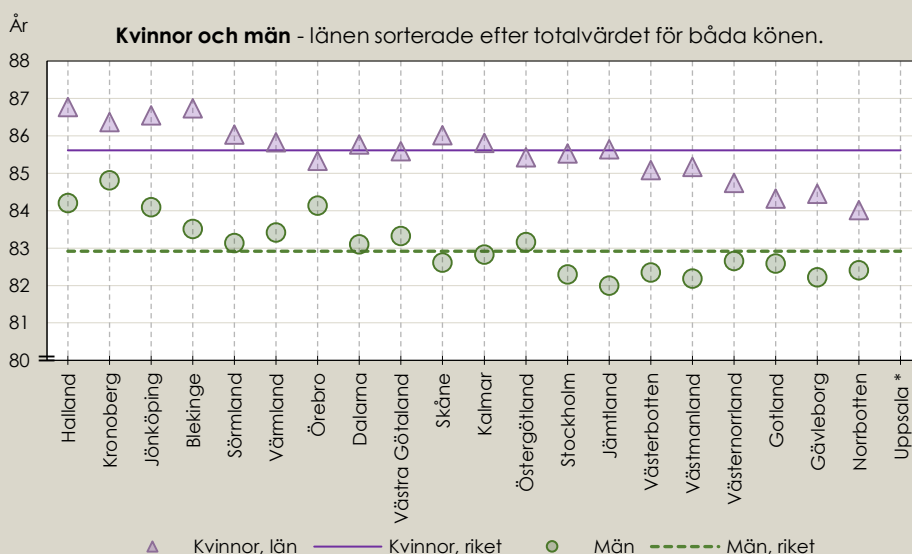
Källa: Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Varierande medelålder vid inflyttning till särskilt boende

Kvinnor är ofta äldre än män vid inflyttning till särskilt boende. På riksnivå är kvinnor 85,6 år och män 82,9 år gamla i genomsnitt. I alla län är medelåldern högre bland kvinnorna än bland männen. Men det finns också en betydande variation mellan länen, nästan 3 år för båda könen. I de län där inflyttningens ålder är högst är männen i nivå med kvinnorna i de län där inflyttningens ålder är lägst (figur 51).

Figur 51. Medelålder vid inflyttning till särskilt boende

Medelålder vid inflyttning till särskilt boende, januari–september 2020.



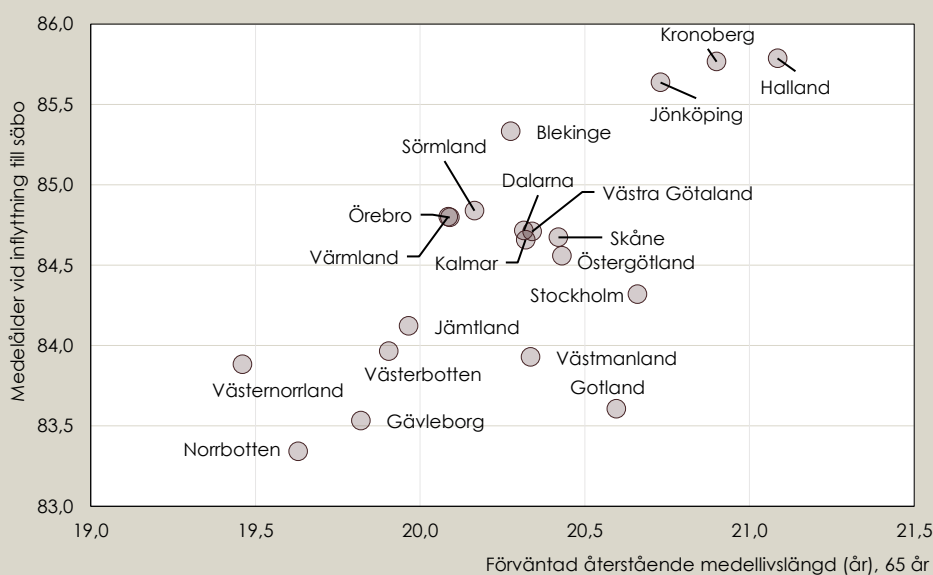
*Uppgifter för Uppsala län redovisas ej på grund av avvikande rapportering.

Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Tänkbara förklaringar till variationen kan vara faktorer som berör behov, efterfrågan och tillgänglighet. Exempelvis samvarierar medelåldern vid inflyttning med hälsoläget i befolkningen, såsom självrapporterad hälsa och förväntad medellivslängd. I de län där den förväntade kvarvarande medellivslängden vid 65 år var högre är även medelåldern vid inflyttning till särskilt boende högre (figur 52). De två län där den förväntade medellivslängden vid 65 års ålder är högst har också högst medelålder vid inflyttning till särskilt boende.

Figur 52. Medellivslängd vid 65 år och ålder vid inflyttning till säbo, län*

Medelålder vid inflyttning till särskilt boende (säbo) januari–september 2020 samt återstående förväntad medellivslängd vid 65 års ålder (medelvärde för könen) 2019.



*Uppgifter för Uppsala län redovisas ej på grund av avvikande rapportering.

Källa: Statistiska Centralbyrån samt Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Sedan 2014 har andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg minskat i samtliga insatsformer (tabell 18). I oktober 2020 bodde drygt 78 000 personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre och knappt 5 500 befann sig på en korttidsplats. Majoriteten bodde på ett särskilt boende och korttidsplats som drevs i kommunal regi.⁷⁸

Minskningen av särskilt boende borde öka behoven av hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet, men så är inte fallet. Drygt 236 000 äldre hade beviljad hemtjänst i ordinärt boende. Knappt 40 000 äldre hade hemtjänst utförd i enskild regi vilket motsvarar 17 procent. En av fyra hemtjänststimmar för äldre var utförd i enskild regi.

⁷⁸ Enskild regi – vård och omsorg som kommunen har det yttersta ansvaret för, men som utförs av annan än kommunen, t.ex. bolag (inkl. kommunala bolag), stiftelse eller kooperativ, på uppdrag av och mot ersättning av kommunen eller som kommunen köper platser i särskilt boende av. Kommunal regi – vård och omsorg som utförs i huvudsak av kommunalt anställd personal.

Tabell 18. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 65 år och äldre

Andel (%) personer 65 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, 2014–2020.

Årtal	Hemtjänst ¹			Särskilt boende			Korttidsboende			Dagverksamhet		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2014	9,9	5,8	8,0	5,4	2,9	4,3	0,3	0,4	0,3	0,5	0,3	0,4
2015	9,9	5,9	8,1	5,3	2,9	4,2	0,3	0,4	0,3	0,5	0,3	0,4
2016	9,6	5,9	7,9	5,3	2,9	4,2	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,4
2017	9,3	5,7	7,6	5,2	2,9	4,1	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
2018	9,2	5,7	7,6	5,0	2,9	4,0	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
2019	9,1	5,8	7,6	4,9	2,8	4,0	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
2020	8,5	5,4	7,1	4,6	2,6	3,7	0,2	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3

Not. Befolkningen i september månad respektive år har använts eftersom data för oktober 2020 inte var tillgängliga vid framställningen. (SCB Matris 000003O5, hämtad 2020-12-04).

Not. 1 begreppet "Hemtjänst" exkluderas här hemtjänstbeslut som endast består av trygghetslarm och/eller matdistribution.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, december 2020, samt befolkningstabell från SCB (se not).

Vidare analys av gruppen 80 år och äldre visar att socialtjänstinsatser har minskat även i den här åldersgruppen, trots att både antalet och andelen personer i den åldersgruppen har ökat sedan 2014 (tabell 19). Det innebär att även den gruppens nyttjande av hemtjänst minskar, trots att de i högre grad lever i ordinärt boende.

Tabell 19. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 80 år och äldre

Andel (%) personer 80 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, 2014–2020.

Årtal	Hemtjänst ¹			Särskilt boende			Korttidsboende			Dagverksamhet		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2014	24,7	16,9	21,7	15,1	9,1	12,8	0,8	1,0	0,9	1,3	0,9	1,1
2015	24,8	17,1	21,8	15,0	8,9	12,7	0,8	1,0	0,8	1,2	0,9	1,1
2016	24,2	16,6	21,2	15,0	8,9	12,6	0,6	0,9	0,8	1,1	0,8	1,0
2017	23,3	16,0	20,5	14,7	8,7	12,3	0,6	0,9	0,8	1,1	0,8	1,0
2018	23,2	15,9	20,3	14,3	8,5	12,0	0,6	0,9	0,8	1,1	0,8	1,0
2019	22,8	15,7	19,9	13,9	8,2	11,6	0,6	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0
2020	21,3	14,4	18,5	12,9	7,4	10,6	0,5	0,7	0,6	0,9	0,6	0,8

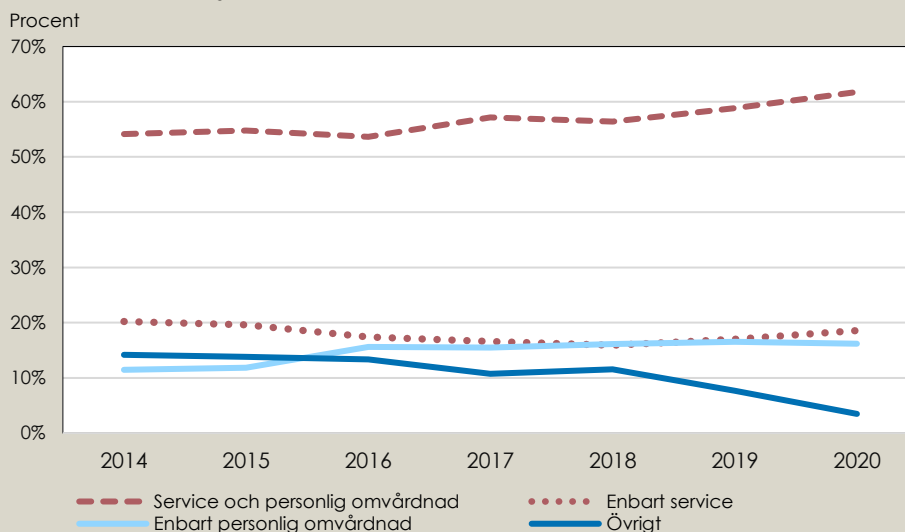
Not. Befolkningen i september månad respektive år har använts eftersom data för oktober 2020 inte var tillgängliga vid framställningen. (SCB Matris 000003O5, hämtad 2020-12-04).

Not. 1 begreppet "Hemtjänst" exkluderas här hemtjänstbeslut som endast består av trygghetslarm och/eller matdistribution.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, december 2020, samt befolkningstabell från SCB (se not).

Skillnaden blir än tydligare vid en jämförelse av de insatser personer med hemtjänst fick i form av service och personlig omvårdnad 2014 jämfört med 2020 (figur 53). Jämförelsen visar att andelen personer med enbart personlig omvårdnad har ökat stadigt, men har sedan några år stabiliserat sig och ligger på samma nivå som andelen personer med enbart service.

Figur 53. Andel (%) olika typer av insatser bland personer 80 år och äldre med hemtjänst mellan 2014 och 2020



Not. I begreppet "Hemtjänst" exkluderas hemtjänstbeslut som endast består av trygghetslarm och/eller matdistribution.

Not. "Övrigt" består till överväldigande del av personer som fått hemtjänsttimmar utan vidare specificering av insats. "Övrigt" består till mindre del av ledsagning och avlösning samt beslut var ingen insats är specificerad och även uppgift om timmar saknas.

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

Utvecklingen vad gäller de olika socialtjänstinsatserna säger egentligen inget om behoven hos åldersgruppen, utan beskriver snarare en utveckling där allt fler får sina behov tillgodosedda i ordinärt boende. Samtidigt kan möjligen den minskade andelen med enbart service delvis förklaras av att allt fler använder sig av t.ex. ruttjänster, får hjälp via närstående eller väljer att inte ansöka om hjälp, alternativt får avslag när det gäller små och tidiga insatser. (Se även avsnittet *Äldres användning av rutavdraget*.)

Biståndsbedömt trygghetsboende

I april 2019 trädde ändringar i SoL i kraft som förtydligar kommunernas möjlighet att inrätta särskilda boendeformer för äldre som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service, och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. Boendeformen benämns biståndsbedömt trygghetsboende och regleras i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL. Det är frivilligt för kommunen att inrätta denna. Den 31 december 2020 hade det till IVO kommit in 11 ansökningar om tillstånd från privata aktörer för biståndsbedömt trygghetsboende. Alla har fått beslut om bifall förutom en som återkallade sin ansökan.

Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilt boende för äldre

Färre i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten under pandemin

De allra flesta äldre klarar sig själva eller med hjälp av närstående och har därmed inga socialtjänstinsatser. Med stigande ålder ökar sannolikheten att drabbas av olika sjukdomar som kan påverka livskvaliteten, den fysiska funktionsförmågan och behovet av vård och omsorg. Ofta är den första kontakten med äldreomsorgen orsakad av stödbehov i form av trygghetslarm eller hjälp med vardagliga uppgifter som städning eller matlagning.

Resultaten som redovisas baseras främst på inrapporterade uppgifter från socialtjänsten till Socialstyrelsens nationella register.⁷⁹ Myndigheten har även använt sig av statistik från Folkhälsomyndigheten.⁸⁰ I denna analys definieras hemtjänstinsatser som personlig omvårdnad och service i ordinärt boende (enbart trygghetslarm ingår inte). I analyserna av nystartade⁸¹ och avslutade hemtjänstinsatser ingick personer som var 70 år och äldre vid årets början (1 januari).

Figur 54 visar andelen personer som för första gången fått en hemtjänstinsats beviljad och utförd i ordinärt boende under pågående covid-19-pandemi i jämförelse med medelvärdet för motsvarande period under åren 2014 till 2019. En tydlig minskning kan noteras, under ungefär den period när tecken på allmän smittspridning började visa sig. Minskningen var tydligast under månaderna mars till maj 2020, från 324 personer till 209 personer per 100 000 invånare. Mellan åren 2014 och 2019 skedde ingen motsvarande minskning under den tidsperioden. I juni 2020 började antalet personer med hemtjänst öka igen, men det ligger fortfarande på lägre nivå än medelvärdet för motsvarande period 2014–2019.

Det är viktigt att poängtera att när pandemin under april drabbade Sverige som kraftigast fanns inte förutsättningar för en bred provtagning som kom igång först efter halvårsskiftet.

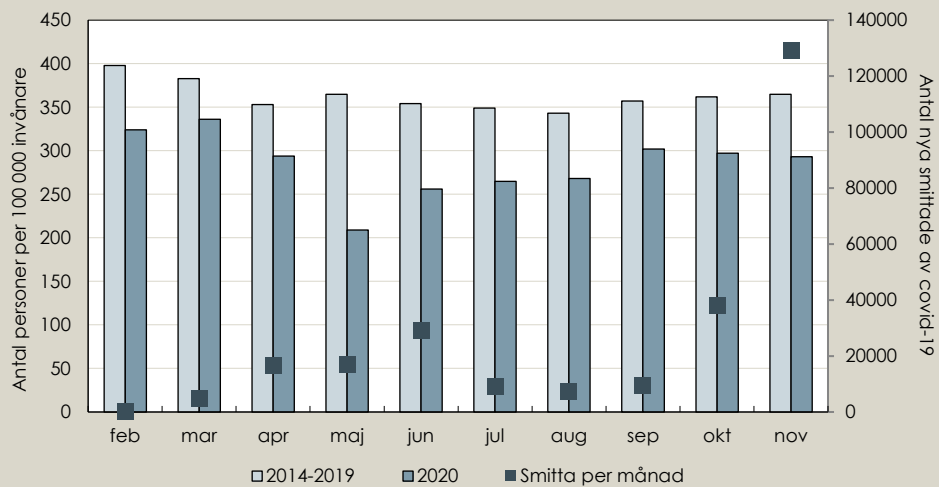
⁷⁹ Socialtjänstregistret, befolkningsregistret och dödsorsaksregistret.

⁸⁰ Folkhälsomyndigheten, smittspridning av coronaviruset: <https://fohm.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/68d4537bf2714e63b646c37f152f1392>

⁸¹ Personen har aldrig tidigare haft en hemtjänstinsats.

Figur 54. Andel äldre som fick hemtjänst för första gången

Andel av 100 000 personer, 70 år och äldre, som för första gången fick hemtjänst^{1,2} i ordinärt boende under februari–oktober 2020 jämfört med medelvärdet 2014–2019.



¹ Hemtjänst i form av enbart trygghetslarm är exkluderat.

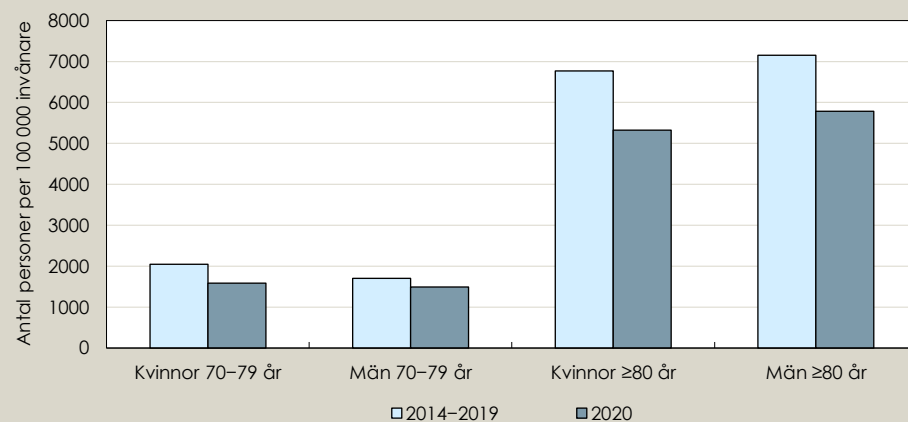
² Hemtjänstinsatsen är beviljad och utförd.

Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret. Folkhälsomyndigheten.

Andel personer som får hemtjänst för första gången ökar med stigande ålder, och den högsta frekvensen ses hos personer i gruppen 80 år och äldre (figur 55). Av figuren framgår att andelen bland kvinnor är något högre än bland män i den lägre åldersgruppen, medan det är tvärtom i den högre åldersgruppen. Det är tydligt att de som är 80 år och äldre i mycket större utsträckning får hemtjänstinsatser för första gången än personer under 80 år, ett mönster som ser likadant ut för de båda mätperioderna. Figuren visar också att det är just i den äldre åldersgruppen som minskningen var som störst i jämförelse med medelvärdet 2014–2019. Detta syntes för både kvinnor och män, som minskade med 21 respektive 19 procent.

Figur 55. Andel äldre per kön och åldersgrupp som fick hemtjänst för första gången

Antal personer 70 år och äldre per 100 000 invånare som för första gången fick hemtjänst^{1,2} i ordinärt boende under februari–november 2020 jämfört med medelvärdet 2014–2019. Uppdelat på ålder och kön.



¹ Hemtjänst i form av enbart trygghetslarm är exkluderat.

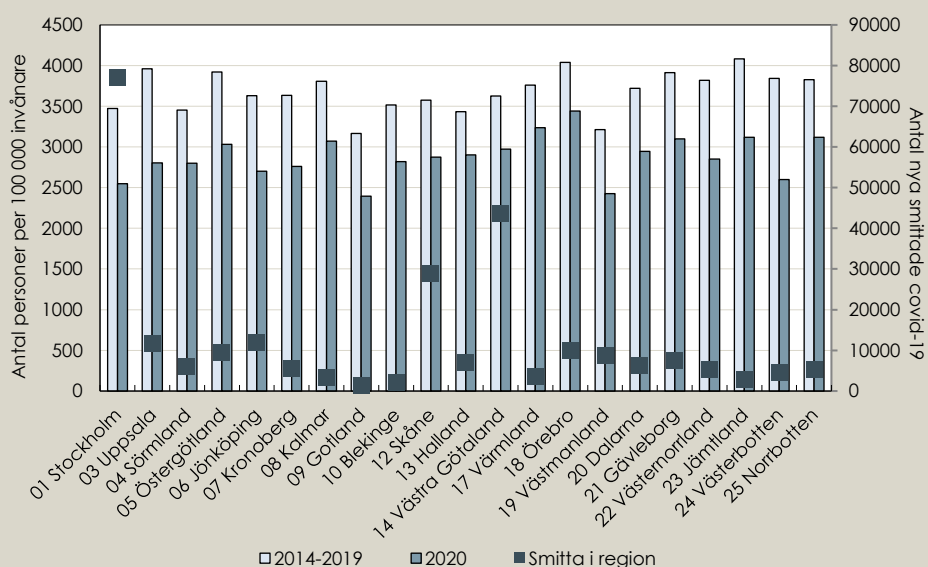
² Hemtjänstinsatsen är beviljad och utförd.

Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret. Folkhälsomyndigheten.

Även om smittspridningen har sett olika ut i olika delar av landet, syns i samtliga regioner en minskning av antalet äldre som fått en hemtjänstinsats för första gången (figur 56). Minskningen skiljer sig dock åt mellan regionerna och ett visst samband kan kopplas till smittspridningen i regionerna. Region Västerbotten och region Uppsala uppvisade den tydligaste relationen mellan utbrottet av coronaviruset och andelen personer med en hemtjänstinsats för första gången. Minskningen var 32 respektive 29 procent år 2020 jämfört med medelvärdet för år 2014–2019. Den minsta minskningen sågs i region Värmland, där andelen var 14 procent lägre än medelvärdet.

Figur 56. Andel äldre per region som fick hemtjänst för första gången

Antal personer 70 år och äldre per 100 000 invånare som för första gången fick hemtjänst^{1,2} i ordinärt boende under februari–november 2020 jämfört med medelvärdet 2014–2019.



¹ Hemtjänst i form av enbart trygghetslarm är exkluderat. ² Hemtjänstinsatsen är beviljad och utförd.
Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret. Folkhälsomyndigheten.

Socialstyrelsen har i den här analysen inte kunnat undersöka närmare vad som är orsaken till att färre personer har fått hemtjänstinsatser för första gången i ordinärt boende. Det är rimligt att anta att rädsla för att bli smittad kan vara en betydande orsak som gör att en person drar sig för att söka nya socialtjänstinsatser.

En annan delförklaring kan vara det som statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar. Pandemin medförde att antalet ej verkställda beslut ökade stort. Hemtjänsten ställdes in för drygt 2 100 äldre år 2020 (februari–december), och majoriteten var direkt covid-19-relaterade. För SÄBO handlar det om 4 570 ärenden, varav knappt 460 ärenden var relaterade till covid-19-pandemin. (Se även avsnittet *Tid mellan beslut och verkställighet*.)

Enligt socialtjänstlagen har kommunerna en skyldighet att omedelbart verkställa gynnande biståndsbeslut.⁸² En lång väntan på viktiga hemtjänstinsatser kan få negativa konsekvenser för den äldres hälsa, och kan påverka de närstående negativt.

⁸² 16 kap. 3 § SoL.

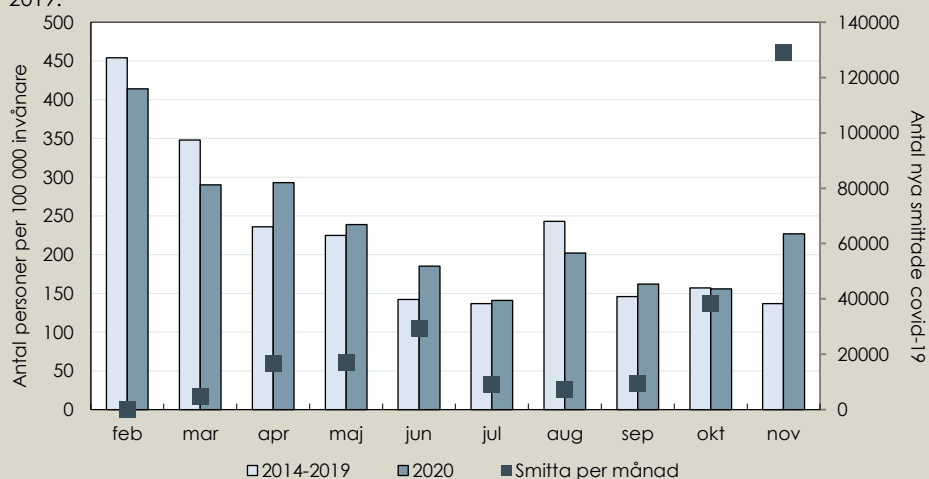
Socialstyrelsen har inte heller kunnat undersöka om, och hur, de äldre som undvikit att söka en insats eller fått vänta på beslut har fått sina behov tillgodosedda på annat sätt.

Avslutade hemtjänstinsatser i ordinärt boende

Socialstyrelsen har även studerat antalet personer 70 år och äldre som hade hemtjänstinsatser i januari, innan den allmänna smittspridningen, men som valde att avsluta dem under de följande månaderna.⁸³ Under perioden april–juni ses en ökning i avslutade hemtjänstinsatser, jämfört med motsvarande period 2014–2019,⁸⁴ följt av ett par månader utan något tydligt mönster, varefter avbeställningarna ökade med 66 procent i november. Mönstret följer smittspridningen i samhället (figur 57). Uppdelning på kön eller region förändrade inte heller detta, även om regionerna sinsemellan uppvisade olika förändringar.

Figur 57. Antal äldre som hade avslutad hemtjänst

Andel av 100 000 personer i ordinärt boende, 70 år och äldre i januari, som avslutade hemtjänsten* under februari–november. Jämförelse av 2020 med medelvärdet 2014–2019.



* Hemtjänst i form av enbart trygghetslarm är exkluderat.

Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, Folkhälsomyndigheten

Färre äldre flyttade in på särskilt boende under pandemin

Figur 58 visar andelen personer som flyttade in på SÄBO under pågående covid-19-pandemi i jämförelse med medelvärdet för motsvarande period under åren 2014 till 2019. Liknande effekt av pandemin som visades i föregående avsnitt om hemtjänst märks även på SÄBO. En klar minskning konstaterades under ungefär samma period, när tecken på allmän smittspridning började visa sig. Minskningen var från 336 personer till 209 personer per 100 000 invånare under månaderna mars till maj 2020. Mellan åren 2014 och 2019 fanns ingen motsvarande minskning för tidsperioden. I juni 2020 bör-

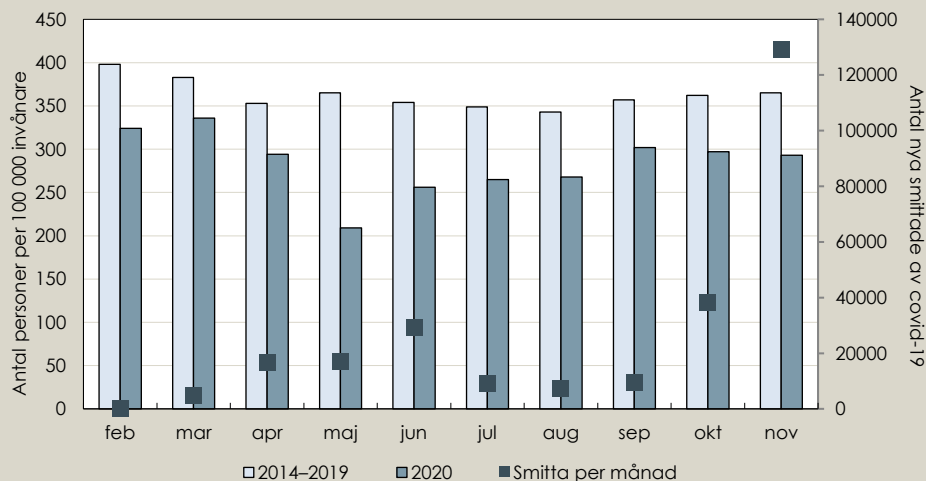
⁸³ Personer som har avlidit under februari–november 2020 ingår inte i analysen.

⁸⁴ Medelvärdet av antalet personer 70 år och äldre med hemtjänstinsatser per 100 000 invånare februari–november 2014–2019.

jade antalet personer som flyttade in på SÄBO öka igen, men det ligger fortfarande på mycket lägre nivå än medelvärdet för motsvarande period 2014–2019.

Figur 58. Andel äldre som flyttade in på särskilt boende för äldre (SÄBO)

Andel av 100 000 personer, 70 år och äldre, som flyttade in på SÄBO under februari–november 2020 jämfört med medelvärdet 2014–2019.

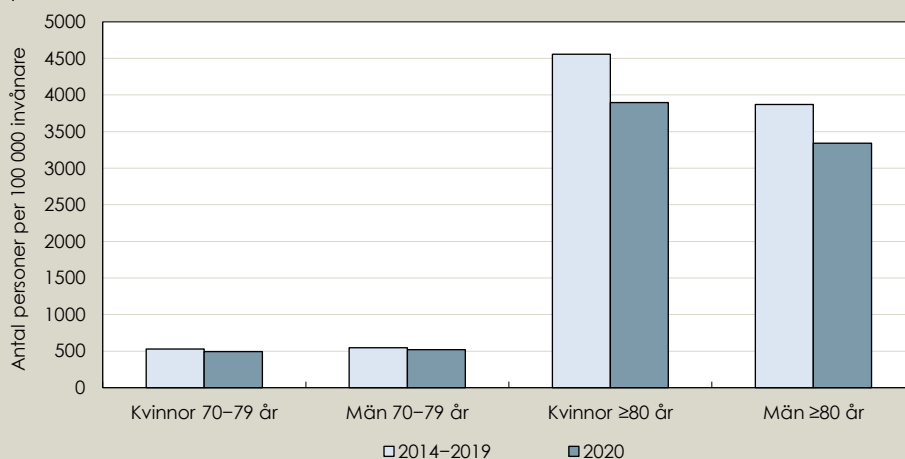


Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, Folkhälsomyndigheten.

Andelen personer som flyttar in på SÄBO ökar med stigande ålder, och den högsta frekvensen ses hos personer 80 år och äldre (figur 59). Av figuren framgår att det inte är någon större skillnad mellan män och kvinnor i den lägre åldersgruppen, medan andelen kvinnor är högre än andelen män i den högre åldersgruppen. Det är tydligt att de som är 80 år och äldre i mycket större utsträckning flyttar in på SÄBO än personer under 80 år, ett mönster som ser likadant ut för de båda mätperioderna. Figuren visar också att det är just i den äldre åldersgruppen som minskningen var som störst i jämförelse med medelvärdet 2014–2019. Detta syntes för både män och kvinnor, som båda minskade med 14 procent.

Figur 59. Andel äldre per kön och åldersgrupp som flyttade in på särskilt boende för äldre

Antal personer 70 år och äldre per 100 000 invånare som flyttade in på särskilt boende för äldre under februari–november 2020 jämfört med medelvärdet 2014–2019. Uppdelat på ålder och kön.

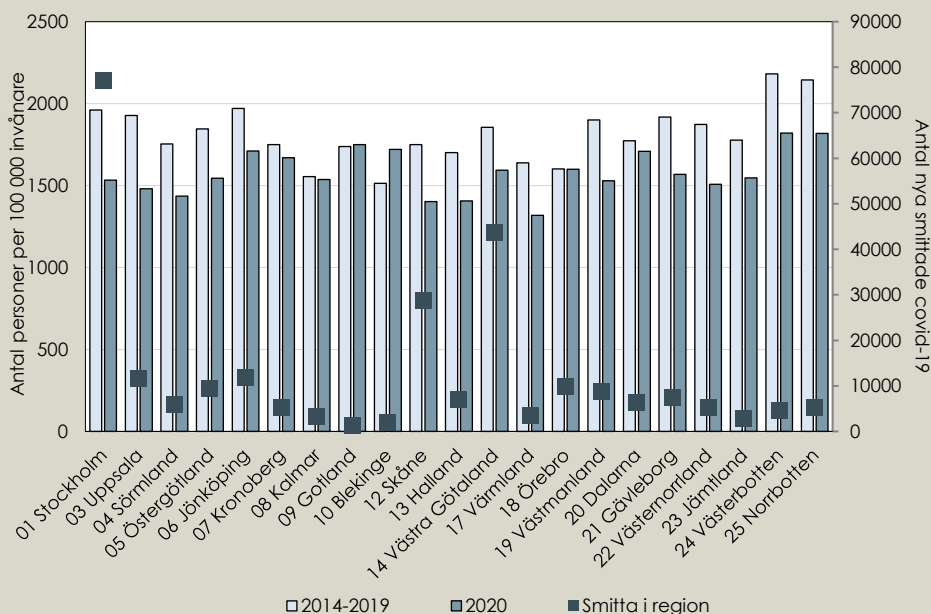


Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret. Folkhälsomyndigheten.

Även om smittspridningen har sett olika ut i olika delar av landet, syns en minskning av antalet äldre som flyttade in på SÄBO i alla regioner, utom i region Blekinge, där flera äldre flyttade in på SÄBO under februari till november 2020 jämfört med medelvärdet för år 2014–2019 (figur 60). Ökningen där var 14 procent. Tydligast samband med smittspridningen har regionerna Stockholm och Uppsala, där minskningen av andelen äldre som flyttade in på SÄBO var 22 respektive 23 procent jämfört med medelvärdet.

Figur 60. Andel äldre per region som flyttade in på särskilt boende för äldre

Antal personer 70 år och äldre per 100 000 invånare som har flyttat in på särskilt boende för äldre under februari–november 2020 jämfört med medelvärdet 2014–2019.



Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret. Folkhälsomyndigheten.

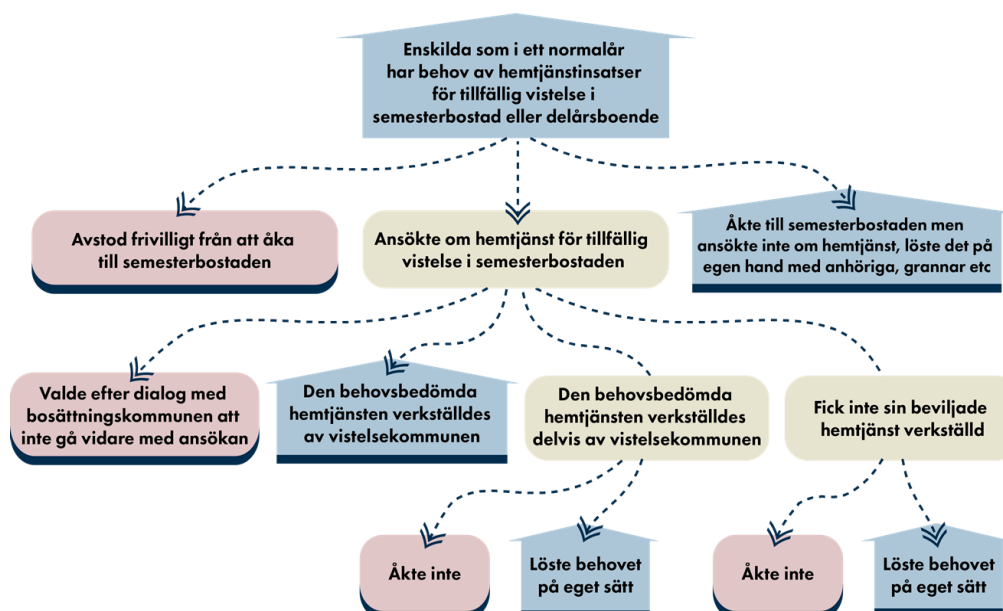
Kartläggning av hur utbrottet av covid-19 påverkade enskildas möjlighet till stöd och hjälp under semestervistelse

Under våren 2020 aktualiserades frågan om kommunernas möjlighet att kunna erbjuda hemtjänst för personer i behov av insatser för en tillfällig vistelse i en annan kommun än i bosättningskommunen. Många kommuner var bekymrade över de egna förutsättningarna att kunna bistå personer som önskade hemtjänst för tillfällig vistelse eller delårsboende. Med anledning av en befarat ansträngd personalsituation fanns det en oro att inte kunna tillgodose behovet av insatser för de permanent boende i kommunen. Därför skickade ett flertal kommuner ut information till andra kommuner, vissa redan i april 2020, om att de inte hade möjlighet eller begränsade möjligheter att verkställa beslut enligt ansvarsbestämmelserna i 2 a kap. 6 § SoL.

Socialstyrelsen fick av regeringen i uppdrag att kartlägga hur utbrottet av covid-19 påverkade tillämpningen av ansvarsbestämmelserna i 2 a kap. SoL vad gäller enskildas rätt till hemtjänstinsatser från vistelsekommun vid tillfällig semestervistelse och s.k. delårsboende.⁸⁵ Kartläggningen omfattade även en beskrivning av hur samråd mellan bosättningskommun och vistelsekommun har gått till.

Samtliga intervjuade kommuner påtalade att det var ett betydligt lägre söktryck under 2020 jämfört med tidigare år [176]. Det kan delvis förklaras med att vissa p.g.a. den pågående pandemin valde att inte åka till sin semesterbostad eller sitt delårsboende. En annan förklaring kan vara att vissa löste situationen på egen hand, exempelvis med hjälp av anhöriga eller grannar (figur 61).

Figur 61. Flödesschema över tänkbara följder för den enskilde under pandemin



⁸⁵ Socialstyrelsen, dnr S2020/08253 (delvis).

Även om det totala antalet sökande har varit mindre jämfört med ett normalår så förekom det att enskilda precis som tidigare år ansökte om att få sina hemtjänstinsatser verkställda i en annan kommun än bosättningskommunen. Av kartläggningen framgår att de intervjuade bosättningskommunerna förde en dialog med de sökande [176].

Socialstyrelsen kan konstatera att det har förekommit att enskilda personer under pandemin inte har fått sina hemtjänster verkställda. Däremot kan myndigheten inte baserat på underlagen uttala sig om situationen i hela landet eller omfattningen. Intervjuerna med kommunerna tyder på att det finns förbättringspotential för samrådsrutiner även baserat på erfarenheter från tidigare år. Socialstyrelsen kan inte bedöma om samrådet fungerar bättre eller sämre under pandemin [176].

Boendesituationen för äldre

I Sverige finns inget nationellt verksamhetsregister över hemtjänstutförare eller särskilda boenden. Därför går det inte att veta exakt hur många särskilda boenden för äldre eller hemtjänstutförare det finns. Det påverkar också kunskapen om hur många platser det finns inom särskilt boende; denna information finns i respektive kommun, inte på nationell nivå.

Däremot finns det på nationell nivå information om hur många personer som har en biståndsbedömd insats om särskilt boende för äldre. I oktober 2020 hade drygt 78 000 personer (3,7 procent, tabell 18) jämfört med drygt 82 000 personer 2019 en sådan insats. Anledningen till att antalet personer som bor på särskilt boendet har minskat kan vara den allmänna smittspridningen av covid-19 som ledde till ett intagningsstopp till när det har funnits smitta på ett särskilt boende för äldre, det vill säga att ingen har fått flytta in, att fler äldre tackade nej till boendet, och att färre personer ville flytta in (läs även avsnittet *Minskning av äldre som flyttat in på särskilt boende för äldre under pandemin*).

Faktorer som påverkar behov av och tillgång till särskilt boende för äldre

Av Socialstyrelsens rapport *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre* framgår att det är flera faktorer som påverkar behov av och tillgång till SÄBO utöver den demografiska utvecklingen [177]. På lokal nivå har kommunerna förutsättningar att göra bedömningar av det framtida behovet av särskilda boendeformer eftersom de kan väga in lokala förutsättningar som har betydelse för när en person behöver och önskar flytta till en bostad i ett särskilt boende. Några exempel på faktorer som identifierades i rapporten:

- Hur den lokala demografiska utvecklingen ser ut för den äldre befolkningen.
- Hur hälsan är hos den äldre befolkningen lokalt.
- Om det finns förebyggande arbete och andra insatser för att förlänga kvarboendet, exempelvis anhörigstöd, mötesplatser, dagverksamhet m.m.
- Hur hemtjänsten är organiserad och hur välfungerande den är samt hur hemsjukvården fungerar.

- Hur mycket information kommunen har om hur äldre personer bor idag i kommunen och hur de vill bo i framtiden.
- Om kommunen har en dialog med bostadsbolag om vilka bostäder som finns i kommunen och hur tillgängliga dessa är och skulle behöva vara utifrån de äldre personernas behov.
- Hur den politiska inriktningen eller prioriteringen ser ut i kommunen.

I rapporten ger Socialstyrelsen flera förslag på hur SÄBO och antalet bostäder i dessa boenden kan följas över tid.

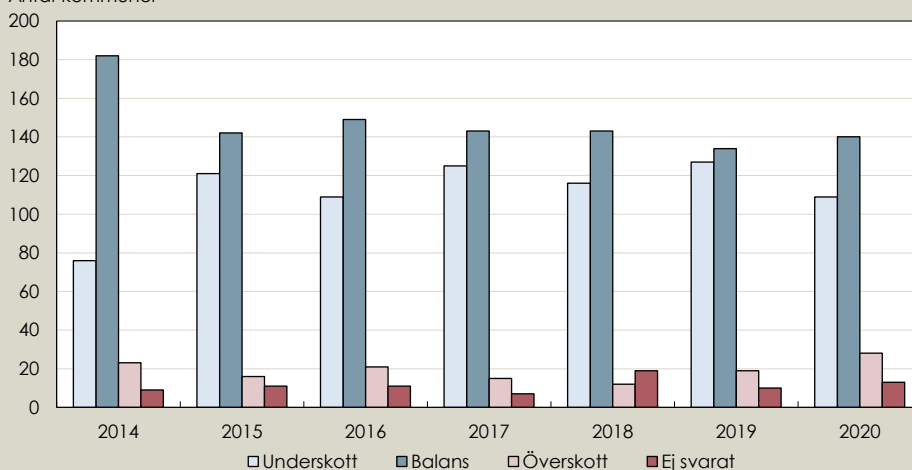
Bra boendeplanering allt viktigare

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2020 uppgav 109 kommuner att de hade ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. Det var 18 kommuner färre än 2019 (figur 62). Minskningen kan bero på ett ökat byggande av specialbostäder de senaste åren [178].

Figur 62. Kommunernas bedömning av utbudet av särskilda boendeformer för äldre i kommunen, 2014–2020

Kommunernas bedömning av utbudet av särskilda boendeformer för personer 65 år och äldre.

Antal kommuner



Källa: Boverkets bostadsmarknadsenkät 2020.

Underskottet är mest utbrett i Storstockholm och Storgöteborg där hälften av kommunerna uppger att de saknar tillräckligt med bostäder. Bäst är läget i Stormalmö, där drygt 80 procent av kommunerna uppger att de har balans i eller överskott på särskilda boendeformer för äldre.

Läget är ofta bättre i till invånarantalet små kommuner utanför storstadsområdena, trots att befolkningen i genomsnitt är äldre där. Drygt 60 procent av kommunerna i kommungruppen ”övriga kommuner med färre än 25 000 invånare” uppger att de har balans i eller överskott på särskilda boendeformer för äldre. 273 kommuner uppger att det finns knappt 85 300 särskilda boendeformer för äldre. Antalet platser på korttidsboenden är cirka 6 600 fördelat på 268 kommuner [178].

Förväntningarna på nya eller ombyggda bostäder skrivs ner för perioden 2020–2021 jämfört med 2019–2020. Bedömningen gjordes före covid-19-

pandemins utbrott, och det är osäkert hur pandemin kommer att påverka bostadsbyggandet. Trots de lägre förväntningarna på nya/ombyggda bostäder i särskilda boendeformer bedömde 70 procent av de kommuner som besvarade frågan att behovet av denna boendeform kommer att vara täckt om två år. Det är en större andel än året innan, då motsvarande siffra var 64 procent. På fem års sikt räknar 72 procent av kommunerna med att behovet av särskilda boendeformer kommer att vara täckt.

E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen

Det råder en samsyn kring att ny teknik, bättre samordning och kompetensutveckling är centrala inslag i utvecklingen mot en effektiv, personcentrerad vård. En av de grupper som har störst behov av välfärdstjänster är de som fyllt 80 år.

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att behålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Exempel på denna teknik är digitala nycklar eller sensorer som larmar vid avvikande rörelsemönster.

Välfärdsteknik kan även syfta till att lösa omsorgspersonalens behov. Exempel är olika typer av digitala planerings- och dokumentationsverktyg som stöd för schemaläggning och dokumentation i realtid. Det är viktigt att den personal som arbetar nära brukarna och tekniken känner till de juridiska ramarna för tekniken samt vet hur de ska använda tekniken för att den ska ge ett reellt mervärde.

Välfärdsteknik kan utveckla äldreomsorgen

I mars 2020 publicerade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapporten *Innovation efter funktion* om välfärdsteknikens effekter på enskilda och på omsorgspersonalen, samt hur välfärdstekniska lösningar påverkar kostnader och effektivitet i omsorgens organisation [179]. I rapporten dras följande slutsatser:

- Välfärdsteknik har övervägande positiva effekter för brukare, personal och närstående, men det finns risk för att tekniken leder till negativa effekter som minskad trygghet.
 - Välfärdsteknik kan stärka brukarens självständighet, trygghet, delaktighet, säkerhet, kommunikation och psykosociala välbefinnande samt leda till positiva hälsoeffekter.
 - Välfärdsteknik kan ge närstående trygghet och avlastning i det informella omsorgsarbetet.
 - Välfärdsteknik kan ge positiva effekter på personalens resursfördelning, arbetsmiljö och motivation.
- Med välfärdsteknik följer förändrade arbetssätt i hela omsorgsorganisationen, vilket ställer krav på organisatoriska anpassningar.
- Det finns potential att effektivisera resursanvändningen, men det är svårt att veta hur stor potentialen är och det kan vara svårt att förverkliga den.

- Kön verkar inte påverka attityder eller användning, varken bland personal eller bland brukare.
- Tre områden är särskilt viktiga för att fullt ut dra nytta av välfärdsteknik:
 - förstärkt personcentrering
 - kunskapsstöd och kunskapsstyrning
 - arbetsmiljöarbete.

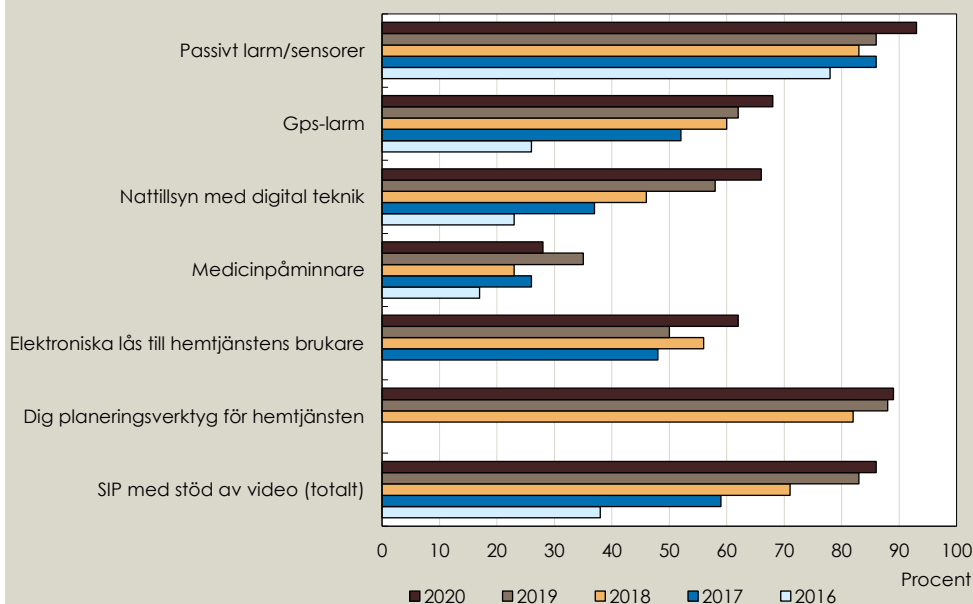
I arbetet med rapporten *Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa)*, som publicerades i februari 2020, identifierade E-hälsomyndigheten en rad behov och utmaningar som kommunerna står inför. Kommunerna har olika förutsättningar, som ekonomi, invånarantal, geografiskt läge och infrastruktur, vilka påverkar utvecklingstakten i de olika kommunerna.

Utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Resultaten från Socialstyrelsens uppföljning i kommunerna angående e-hälsa och välfärdsteknik visar en ökad användning av digital teknik inom de flesta områden som undersöktes [180]. Av figur 63 framgår att användningen av välfärdsteknik i ordinärt boende har ökat i kommunerna. Mest ökade samordnad individuell plan med videostöd (SIP), nattillsyn med digital teknik och GPS-larm under perioden 2016–2020.

Figur 63. Utveckling av välfärdsteknik i ordinärt boende

Andel (%) kommuner som erbjuder välfärdsteknik i ordinärt boende, 2016–2020.



Rapporten från maj 2020 visar följande:

- E-tjänster för försörjningsstöd ökar, men enligt forskning behandlas bara ett begränsat antal ansökningar automatiskt.

- Användningen av välfärdsteknik ökar i kommunerna, men många kommuner har svårigheter att breddinföra tekniken.
- Allt fler personalgrupper kan läsa och dokumentera digitalt när de utför arbete externt. Utvecklingen är särskilt tydlig inom hemtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.
- En majoritet av kommunerna (cirka 70 procent) har tagit fram styrande dokument i form av digitaliseringsplaner eller liknande för att kunna bedriva en planerad verksamhetsutveckling med digitalisering.
- Cirka 74 procent av kommunerna har tillsatt personalresurser för att driva utvecklingen av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering.
- Användningen av säker hantering av identiteter och behörigheter inom socialtjänsten ligger fortsatt på en låg nivå. Endast cirka 15 procent har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas.
- De flesta kommuner har anslutit sig till den nationella patientöversikten (NPÖ) för att kunna ta del av andra vårdgivares patientdokumentation. Få kommuner har dock anslutit sig till NPÖ för att dela journalinformation trots att användningen ökar, och fler användare gör fler sökningar i systemet.
- Cirka 77 procent av kommunerna erbjuder internettillgång på särskilda borden för äldre, i de enskilda lägenheterna.

Rapporten visar också att kommuner och privata utförare uttrycker behov av stöd från myndigheter och nationella aktörer, exempelvis SKR. Såväl E-hälsomyndigheten som Socialstyrelsen har genomfört analyser med syfte att bättre kunna bidra till nationella stödjande insatser.

En intervjustudie genomfördes med 13 kommuner, där syftet var att identifiera vilka hinder och framgångsfaktorer som kommunerna ser vid digitalisering inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Hindren kan sammanfattas i följande punkter:

- bristande ekonomiska förutsättningar i många kommuner
- brist på kompetens på flera nivåer
- rädsla för och motstånd mot ny teknik hos personalen
- kommunens organisation och arbetssätt
- hög personalomsättning i vården och omsorgen
- brist på teknisk interoperabilitet, som leder till att kommunen måste förhålla sig till många tekniska lösningar som inte kommunicerar med varandra
- brist på heltäckande och stabil infrastruktur – det saknas fibernät och mobila bredbandsnät på vissa orter och kommundelar
- svårt att hitta stöd från nationella aktörer.

Allt fler äldre uppkopplade under 2020

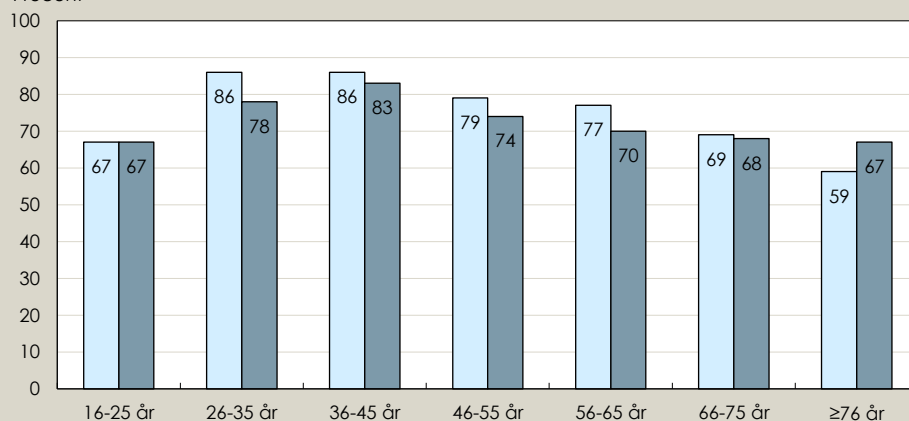
Under 2020 kom Internetstiftelsen med två rapporter [181, 182]. Båda visar att allt fler började använda internet under året när pandemin drabbade landet. Det var framför allt äldre som tog steget ut på internet, exempelvis genom att e-handla och ha videosamtal med släktingar och vänner, samt att börja använda sociala medier mer. De använde också digitala vårdtjänster

mer under pandemin, vilket särskilt gällde dem som var 76 år eller äldre (figur 64). Av alla internetanvändare i den åldersgruppen nyttjade nära 7 av 10 någon digital vårdtjänst. Samtidigt visar resultatet att äldre upplever sig som mer sociala via den ökande skärmtiden och överlag är positivt inställda till digitaliseringens möjligheter [181].

Figur 64. Andel av internetanvändarna som använt någon e-tjänst inom sjukvården

Andel (%) av internetanvändarna som använt någon e-tjänst inom sjukvården, uppdelat på ålder, år 2020 kvartal 1* och kvartal 3**.

Procent



* 2020 kvartal 1= januari-mars

** 2020 kvartal 3= juli-september

Källa: INTERNETSTIFTELSEN, Svenskarna och internet 2020.

Vidare framkommer i Internetstiftelsens fördjupade rapport om utanförskap att även om de som inte har tillgång till och använder sig av internet är en liten grupp, så finns det goda skäl att stödja dem [182]. De utmärks av att vara äldre, ensamstående, lågutbildade och ha begränsade ekonomiska resurser. Vidare bygger många äldres digitala engagemang på att de får stöd och hjälp. Så här skriver Internetstiftelsen i sin delrapport [182]:

- Nära 3 av 10 pensionärer behöver hjälp med att e-handla
- Ensamstående är i större behov av digital hjälp än de i en relation
- De äldsta är i störst behov av digital hjälp av alla
- 7 av 10 pensionärer får digital hjälp av barn och barnbarn [182]

Referenser

1. God vård [Elektronisk resurs]. Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. God kvalitet i socialtjänsten: om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
3. Regeringskansliet. Globala målen och Agenda 2030. 2021. Hämtad 2021-01-03 från: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
4. Lanzhou University/CNKI. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. Article in Chinese | ID: czh-933 2020; (02):145-151, 2020.
5. ECDC. Rapid Risk Assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK– ninth update. Stockholm: ECDC; 2020.
6. Docherty, AB, Harrison, EM, Green, CA, Hardwick, HE, Pius, R, Norman, L, et al. Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. BMJ (Clinical research ed). 2020; 369:m1985.
7. ECDC. Situation updates on COVID-19 2021. Hämtad 2021-02-02 European Centre for Disease Prevention and Control från: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates>
8. Zhou, F, Yu, T, Du, R, Fan, G, Liu, Y, Liu, Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet (London, England). 2020; 395(10229):1054-62.
9. ECDC. Rapid Risk Assessment: Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK Stockholm: ECDC; 2020.
10. ECDC. Rapid risk assessment: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – twelfth update. . Stockholm: ECDC; 2020.
11. ECDC. Rapid Risk Assessment: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – thirteenth update. Stockholm: ECDC; 2020.
12. Pramsten, S. Covid-19 oftast inte ensam dödsorsak bland äldre. Lakartidningen. 2020; 35-36/2020.
13. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2018 [Elektronisk resurs]; 2018.
14. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2019. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
15. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
16. Socialstyrelsen. Hur Covid-19 har påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt. 2020; 2020-10-6968.
17. Socialstyrelsen. Användning av antitrombotiska läkemedel och risken för att dö i covid-19. Stockholm; 2020.

18. Socialstyrelsen. Färre i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten Stockholm; 2020.
19. Socialstyrelsen. Statistik relaterad till covid-19. 2020. Hämtad 2020-11-17 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-relaterad-till-covid-19/>
20. Socialstyrelsen. Analys och utveckling av områden som påverkats av covid-19. 2021. Hämtad 2021-02-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/socialstyrelsens-roll-och-uppdrag/analys-och-utveckling/>
21. Folkhälsoguiden. Rapporter om covid-19. 2020. Hämtad 2020-10-15 från: <https://www.folkhalsoguiden.se/material/rapporter/rapporter-om-covid-19/>
22. Folkhälsoguiden. Coronapandemin och socioekonomiska skillnader, en prognos om kort- och långsiktiga effekter 2020. Hämtad 2020-10-15 från: https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-socioekonomiska-skillnader---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_.pdf
23. Jämställdhetsmyndighet. Psykisk ohälsa och andra aspekter av hälsa (2021-2). Göteborg; 2021.
24. Socialstyrelsen. Covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider. Stockholm; 2020.
25. Socialstyrelsen. Färre i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten. Stockholm; 2020.
26. Karolinska institutet. Covid-19 - hindra smittspridning och skydda personal som arbetar inom svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2020. Hämtad 2021-01-17 från: <https://utbildning.ki.se/covid-19-hindra-smittspridning-och-skydda-personal-som-arbetar-inom-svensk-halso-och-sjukvard-och>
27. Karolinska Institutet. Covid-19 - triage och användande av personlig skyddsutrustning 2020. Hämtad 2021-01-17 från: <https://utbildning.ki.se/covid-19-triage-och-anvandande-av-personlig-skyddsutrustning>
28. Socialstyrelsen. Hindra smittspridning och använda skyddsutrustning. Till dig som arbetar inom vård och omsorg -covid 19. 2020. Hämtad 2021-01-17 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/kompletteringsutbildning-var-domsorg-covid19.pdf>
29. Socialstyrelsen. Basala hygienrutiner i vård och omsorg 2020. Hämtad 2021-01-17 från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/263/basala-hygienrutiner-i-var-doch-omsorg>
30. Socialstyrelsen. Hindra att smitta kommer in och sprids på äldreboenden i covid-19-pandemin – checklista med reflektionsfrågor. Stockholm; 2020.
31. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin. HSLF-FS 2020:46. Stockholm; 2020.
32. SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin.

33. Socialstyrelsen. Analys av första covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Stockholm; 2020.
34. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 – Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. 2020.
35. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Kontinuitetshantering. 2020. Hämtad 2020-11-03 från:
<https://www.msb.se/kontinuitetshantering>
36. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 – Krisberedskap inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård. 2020.
37. WHO. World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
38. SCB. Sveriges framtida befolkning 2020–2070; 2020.
39. SCB. Prognos om avlidna och medellivslängd 2020. Demografiska rapporter 2020:4. 2020.
40. Folkhälsomyndigheten. Miljöhälsorapport 2017 [Elektronisk resurs]. Solna; 2017.
41. Socialstyrelsen. Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2018. Stockholm; 2019 2019.
42. Ellena, M, Ballester, J, Mercogliano, P, Ferracin, E, Barbato, G, Costa, G, et al. Social inequalities in heat-attributable mortality in the city of Turin, northwest of Italy: a time series analysis from 1982 to 2018. *Environmental health : a global access science source*. 2020; 19(1):116.
43. Rocklöv, J, Forsberg, B, Ebi, K, Bellander, T. Susceptibility to mortality related to temperature and heat and cold wave duration in the population of Stockholm County, Sweden. *Global health action*. 2014; 7:22737.
44. Nilson, F, Bonander, C, Runefors, M, Vylund, L, Lundgren, L. Bostadsbränder och äldre personer – tvärvetenskapliga framgångsfaktorer för reducering av döda och svårt skadade; 2019.
45. Nilson, F, Runefors, M, Lundström, FV, Frantzich, Bonander, CH. Framgångsfaktorer vid bostadsbränder. Sammanfattningsrapport.; 2017.
46. Nilson, F, Bonander, C. Household Fire Protection Practices in Relation to Socio-demographic Characteristics: Evidence from a Swedish National Survey. *Fire Technology*. 2019; 56 1077–98 (2020).
47. Gilbert, SW, Butry, DT. Identifying vulnerable populations to death and injuries from residential fires. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*. 2018; 24(5):358-64.
48. Eggert, E, Huss, F. Medical and biological factors affecting mortality in elderly residential fire victims: a narrative review of the literature. *Scars, burns & healing*. 2017; 3:2059513117707686.
49. MSB. Personalen kommer och går, systematiken består? - En nationell kartläggning av individanpassat brandskyddsarbete i Sverige. 2017.
50. MSB Socialstyrelsen. Brandsäker bostad för alla. Stärkt brandskydd för särskilt riskutsatta individer; december 2020.
51. MSB. Brandskydd. 2021-01-09. Hämtad från:
<https://www.msb.se/sv/amnesomraden/skydd-mot-olyckor-och-farliga-amnen/brandskydd/>
52. SOU. Rutavdrag för äldre [Elektronisk resurs] 2020.
53. SCB. Statistikdatabas. 2021. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/>

54. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor. 2020. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
55. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. . Socialstyrelsen 2017.
56. Guttormsson, U. Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2019. 2019. CAN Rapport 195; 2020.
57. Socialstyrelsen. Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2018 [Elektronisk resurs]; 2020.
58. Nadja Frederiksen, JG, Judit Hadnagy, Caroline Jonsson, Nina Karlsson, Oddrun Midtbø. Äldre och alkohol. Om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden: Nordens Välfärdscenter 2018.
59. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020-Äldreomsorg. Stockholm; 2020.
60. Hossain, MM, Sultana, A, Purohit, N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and health*. 2020; 42:e2020038.
61. Brooks, SK, Webster, RK, Smith, LE, Woodland, L, Wessely, S, Greenberg, N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* (London, England). 2020; 395(10227):912-20.
62. Ramboll. Alkohol-en riskfaktor vid samhällskriser; 2020.
63. Eliason, M. Alcohol-related morbidity and mortality following involuntary job loss: evidence from Swedish register data. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2014; 75(1):35-46.
64. de Goeij, MC, Suhrcke, M, Toffolutti, V, van de Mheen, D, Schoenmakers, TM, Kunst, AE. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Social science & medicine* (1982). 2015; 131:131-46.
65. Ramboll. Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser. 2019.
66. Socialdepartementet. Förordning (2020:193) om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19; 2020.
67. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten maj 2020 2020.
68. Socialstyrelsen. Satsningen Äldreomsorgslyftet. 2020. Hämtad 2020-12-14 från: <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/satsningen-aldreomsorgslyftet/>
69. Kammarkollegiet. Utbetalning av medel till kommunerna för att bidra till att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av spridningen av covid-19. 2020. Hämtad 2020-12-14 från: https://www.kammarkollegiet.se/download/18.5914338d172a255b3d665bb3/1593598841200/Kommuner%20motverka%20konsekvenserna%20isolering%20%C3%A4ldre%20S2020_05407_FS.pdf
70. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten oktober 2020 2020.
71. SCB. Arbetskraftsundersökningarna (AKU). 2020.
72. SKR. Fakta om äldreomsorgen. I ljuset av coronapandemin; 2020.
73. SCB. Yrkesregistret med yrkesstatistik 2018; 2020.
74. MYh. Hälso- och sjukvård samt socialt arbete. Områdesanalys och inriktning 2020. Västerås: Myndigheten för yrkeshögskolan; 2020.

75. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. 2020. Hämtad 2020-12-07 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6826.pdf>
76. 2020:19, S. God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
77. Socialstyrelsen. Kommunalt finansierad vård, förstudie. Stockholm; 2019.
78. Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019 [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2020.
79. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 – Kommunal hälso- och sjukvård; 2020.
80. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
81. Socialstyrelsen. Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2016.
82. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
83. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - utvärdering 2018: vård vid stroke : huvudrapport med förbättringsområden. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
84. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. Stockholm; 2021.
85. GBD. Global Burden of Disease Compare Data Visualization 2019. Hämtad 2021-01-31 från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
86. Socialstyrelsen. Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor 2019. Hämtad från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/17/Ettfall%C3%B6rteamet-enutbildningomatt%C3%B6rebyggafallolyckor>
87. Socialstyrelsen. Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2020.
88. IVO. Vad har IVO sett 2017? [Elektronisk resurs]: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
89. IVO. Vad har IVO sett 2018? [Elektronisk resurs]: Inspektionen för vård och omsorg; 2019.
90. IVO. Vad har IVO sett 2019. Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019 [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2020.
91. Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
92. Anders Wimo, ea. Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende – förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC projektet. SNAC; 2020.
93. Anhörigskap, anhörigomsorg och anhörigstöd, en nationell kartläggning 2018. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga; (i manus).

94. Anhöriga som ger omsorg till närstående: omfattning och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
95. Jegermalm, M, Sundström, G. Stereotypes about caregiving and lessons from the Swedish panorama of care [Stereotyper kring omsorgsgivare och det svenska omsorgspanoramát]. European Journal of Social Work Taylor & Francis; 2015.
96. Hanson, E, Sennemark, E, Magnusson, L. Anhörigas delaktighet och behov. I: Ekstedt M, Flink M, red. Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård. Stockholm: Liber 2019.
97. Magnusson, L. Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2016.
98. Ulmanen, P. Omsorgens pris i åtstramningstid: Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv [Doctoral thesis, comprehensive summary]. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet; 2015.
99. Stödet till anhörigaomsorgsgivare. rir 2014:9. Stockholm: Riksrevisionen; 2014.
100. Socialstyrelsen. Frågor och svar med anledning av covid-19. 2020. Hämtad 2021-01-07 från: www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/fragor-och-svar/
101. Socialstyrelsen. Dagverksamhet för personer med demenssjukdom: en vägledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
102. Mangoni, AA, Jackson, SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. Br J Clin Pharmacol. 2004; 57(1):6-14.
103. Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
104. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör Socialstyrelsen; 2012.
105. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
106. Socialstyrelsen. Läkemedelsanvändningen hos personer som intensivvårdats eller avlidit till följd av covid-19. 2020; Dnr 5.7-24819/2020.
107. Socialstyrelsen. Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre. Stockholm; 2021.
108. Socialstyrelsen. Nationell samordning genom samverkan och stöd. 2020. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationell-handlingsplan/nationell-samordning/>
109. SKR. Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 - december 2019, nationell nivå 2020.
110. SKR. Skador vid vård av covid-19 patienter. Lärdomar från markörbaserad journalgranskning av pandemivård mars-juni 2020. Stockholm; 2021.
111. SKR. Skador inom psykiatrisk vård 2019. Markörbaserad journalgranskning. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2020.
112. Senior alert. Punktprevalensmätningar (PPM) och resultat. PPM 2020. 2020. Hämtad 2020-12-20 från: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43943>
113. SKR. Mätning av trycksår i vården. 2020. Hämtad 2020-11-03 från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar.5208.html>

114. Folkhälsomyndigheten. Svenska HALT. 2020. Hämtad 2020-12-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vardhygien-och-wardrelaterade-infektioner/svenska-halt/>
115. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/foreskrifter-och-handbocker/hslf-fs-201740/>.
116. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 –Vård och omsorg om äldre Stockholm; 2021.
117. Patientnämnderna i Sverige. Pandemin och patienterna. Klagomål till patientnämnderna i Sverige 2020; Mars 2021.
118. SKR. Punktprevalensmätning hygienrutiner och klädregler. 2020. Hämtad 2020-11-23 från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner/resultatmatningbhhk.2277.html>
119. IVO. Genomförd tillsyn kring åtgärder för minskad smittspridning. 2020. Hämtad 2021-01-19 från: <https://ivo.se/tillsyn/tillsyn-aldreomsorgen-covid-pandemin/genomford-tillsyn-atgarder-minskad-smittspridning/>
120. IVO. Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre. 2020. Hämtad 2021-01-19 från: <https://ivo.se/publicerat-material/iakttagelser-i-korthet/tillsyn-for-minskad-smittspridning-av-covid-19--sarskilda-boenden-for-aldre/>
121. IVO. Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – hemtjänst. 2020. Hämtad 2021-01-19 från: <https://ivo.se/publicerat-material/iakttagelser-i-korthet/tillsyn-for-minskad-smittspridning-av-covid-19--hemtjanst/>
122. IVO. IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre. 2020. Hämtad 2021-01-19 från: <https://ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/ivo-fordjupar-granskningen-av-ward-och-behandling-pa-sarskilda-boenden-for-aldre/>
123. IVO. Beslut för privata vårdgivare om vård och behandling vid covid på särskilda boenden för äldre. 2020. Hämtad 2021-02-26 från: <https://ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/beslut-for-privata-wardgivare-om-ward-och-behandling-vid-covid-pa-sarskilda-boenden-for-aldre>
124. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. Hämtad 2021-01-09 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>
125. IVO. Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister. 2021. Hämtad 2021-02-06 från: <https://ivo.se/publicerat-material/nyheter/2021/forutsattningar-for-god-ward-och-behandling-pa-sabo-saknas-och-leder-till-brister/>
126. SKR. Patientsäkerhet och arbetsmiljö. En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö 2020.
127. Socialstyrelsen. Arbetskläder inom omsorg- en kartläggning av hur arbetskläder tillhandahålls, hanteras och finansieras. Stockholm; 2021.
128. Socialstyrelsen. Uppdaterade rutiner, utbildning i och ökad följsamhet till basala hygienrutiner i kommunerna utifrån covid-19. 2020; Art.nr: 2020-12-7110.
129. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2020. Stockholm; 2020.
130. Socialstyrelsen. Statistik om tandhälsa 2019 Stockholm; 2020.

131. Socialstyrelsen. Effekter av covid-19 på besök i tandvården. Stockholm; 2020.
132. Socialstyrelsen. Effekter av covid-19 på besök i tandvården – del 2 Stockholm; 2020.
133. Socialstyrelsen. Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna. Del 3. Stockholm; 2021.
134. Socialstyrelsen. Arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19. . Stockholm; 2020.
135. Folkhälsomyndigheten. Tillfälliga lokala besöksförbud på äldreboenden 2021.
136. Bellander, L, Andersson, P, Nordvall, D, Hägglin, C. Oral health among older adults in nursing homes: A survey in a national quality register, the Senior Alert. . Nursing open. 2021.
137. Alert, S. Publik rapport vårdprevention och utfall, 2020. 2021; 2021.
138. Volkert, D, Beck, AM, Cederholm, T, Cruz-Jentoft, A, Goisser, S, Hooper, L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2019; 38(1):10-47.
139. Hatta, K, Ikebe, K. Association between oral health and sarcopenia: A literature review. Journal of prosthodontic research. 2020.
140. Senior alert. Årsrapport 2019. ; 2020.
141. Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19 [Elektronisk resurs]. 2020.
142. Folkhälsomyndigheten. Påverkar covid-19-pandemin befolkningens psykiska hälsa? En snabb systematisk litteraturöversikt ("rapid review") Version 1.0. Artikelnummer: 20116 2020. Hämtad 2021-01-30 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/paverkar-covid-19-pandemin-befolkningens-psykiska-halsa/?pub=78907>
143. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
144. Åsbrig, N. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. Lakartidningen. 2014; 41:111.
145. WHO. Mental health of older adults. 2021. Hämtad 2021-02-08 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
146. Borjesson-Hanson, A, Waern, M, Ostling, S, Gustafson, D, Skoog, I. One month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2011; 19(3):284-91.
147. Andreescu, C, Lee, S. Anxiety Disorders in the Elderly. Advances in experimental medicine and biology. 2020; 1191:561-76.
148. Skoog, I. Psychiatric disorders in the elderly. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2011; 56(7):387-97.
149. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
150. Palliativregistret, S. Årsrapport för svenska palliativregistret 2019; 2020.
151. Socialstyrelsen. Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp [Elektronisk resurs]. 2018.
152. Socialstyrelsen. Statistik om dödsorsaker 2019 Stockholm; 2020.

153. Svenska palliativregistret. Svenska palliativregistrets utdataportal. hämtad 2020-12-15. Hämtad från: <https://palliativregistret.se/utdataportalen/>
154. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020– Vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
155. Strang, P, Bergstrom, J, Martinsson, L, Lundstrom, S. Dying From COVID-19 [Elektronisk resurs] Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals: A National Register Study. Journal of Pain and Symptom Management; 2020.
156. SKR. Palliativ vård i SÄBO. En värdig vård i livets slut; 2020.
157. Martinsson, L, Strang, P, Bergström, J, Lundström, S. Were Clinical Routines for Good End-of-Life Care Maintained in Hospitals and Nursing Homes During the First Three Months of the Outbreak of COVID-19? A National Register Study. Journal of pain and symptom management. 2021; 61(1):e11-e9.
158. Riksrevisionen. Äldresatsningen : effektiviteten i statens satsning på kvalitetsregister i äldreomsorgen. Stockholm: Riksrevisionen; 2020.
159. NVC. Demensomsorg för invandrare. En handbok. Nordens välfärdscenter; 2020.
160. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - Utvärdering 2018 - Vård och omsorg vid demenssjukdom - Sammanfattning med förbättringsområden [Elektronisk resurs]; 2018.
161. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
162. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 [Elektronisk resurs] : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
163. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
164. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom : en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
165. Socialstyrelsen. Vård och omsorg vid demenssjukdom: målnivåer för indikatorer. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
166. Socialstyrelsen. Vård och omsorg vid demenssjukdom: Indikatorer. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
167. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom. Halvtidsrapport; 2020.
168. Alzheimer_Europe. The development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups. Luxemburg: Alzheimer Europe; 2018.
169. Ingebretsen, R, Spilker, RS, Sagbakken, M. Eldre innvandrere og demens. Erfaringer fra eldre, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten. Oslo: NAKMI/NOVA; 2015.
170. NVC. Urfolk och demens i Norden. Nordens välfärdscenter 2019.
171. MSB. Kantar Sifos rapport om förtroende, oro och beteende under pandemin. 11 oktober 2020. 2020. Hämtad 2021-01-23 från: <https://www.msb.se/siteassets/dokument/aktuellt/pagaende-handelser-och-insats/coronaviruset---covid-19/resultat-fran-kantar-sifos->

- undersokningar/oktober-2020/20201011-pdf-rapport-tillit-tankar-och-beteende-i-coronatid-80-ar-.pdf
172. SEB. Valfärdsbarometern 2020. En rapport från SEB, juni 2020. 2020.
 173. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2020 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
 174. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2019 – Vård och omsorg om äldre [Elektronisk resurs]; 2020.
 175. RKA. KOLADA. 2021. Hämtad 2021-01-23 från: <https://www.kolada.se/>
 176. Socialstyrelsen. Kartläggning av hur utbrottet av covid-19 påverkat enskildas möjlighet till stöd och hjälp under semestervistelse. Stockholm; 2021.
 177. Socialstyrelsen. Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre. Stockholm; 2021.
 178. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten 2020. 2020. Hämtad från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten/>
 179. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Innovation efter funktion - välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2020.
 180. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 : uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. [Stockholm]; Socialstyrelsen; 2020.
 181. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2020. En årlig studie av svenska folkets internetvanor; 2020.
 182. Internetstiftelsen. Digitalt utanförsäkap 2020. En delrapport av undersökningen Svenskarna och internet; 2020.

Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller

I denna bilaga redovisas kostnader för vård och omsorg om äldre i löpande priser.

Tabell 1a. Kostnader för vård och omsorg om äldre

Miljarder kronor i löpande priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2015–2019	Andel
	2015	2016	2017	2018	2019	Miljarder kronor	2019
Total kostnad vård och omsorg om äldre	113,6	117,4	121,7	126,3	129,4	15,8 (13,9 %)	100
Årlig förändring	4,0 %	3,3 %	3,7 %	3,8 %	2,5 %		
Verksamhetsområde							
Särskilt boende	64,5	66,9	69,3	71,8	73,4	9,0 (13,9 %)	57
Ordinärt boende	47,6	48,9	50,7	52,8	54,3	6,7 (14,1 %)	42
Hemtjänst	38,1	39,4	40,9	42,9	44,7	6,6 (17,2 %)	35
Korttidsboende	6,6	6,7	6,7	6,7	6,8	0,2 (2,9 %)	5
Dagverksamhet och övriga insatser	2,9	2,9	3,2	3,2	2,8	0,0 (-1,7 %)	2
Öppen verksamhet	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	0,1 (5,2 %)	1

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2015–2019.

Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2021

(artikelnr 2021-3-7249) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se