

Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2026

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-3-10088

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2026

Förord

Socialstyrelsen lämnar varje år lägesrapporter för olika områden inom hälso- och sjukvården samt 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 (projektledare och redaktör) tillsammans med en projektgrupp bestående av Sofia Colin, Isabella Björling, Oliver Evén, Vera Gustafsson och Lena Jönsson. Ett stort antal medarbetare från myndigheten har också bidragit till rapporten. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef och Natalia Borg har varit ansvarig avdelningschef.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
En växande äldre befolkning, särskilt i de högsta åldrarna	7
Omsorg ges sent i livet	7
Minskad tillgång till avlastande insatser ökar risken för ensamhet och belastning på anhöriga	8
Samordning och kontinuitet är avgörande för kvalitet och trygghet	9
Fallskador, trycksår, dålig munhälsa och infektioner fortsätter att utmana patientsäkerheten	9
Kompetensbrist och bristande kontinuitet påverkar kvaliteten	11
Äldreomsorgen behöver rustas för framtida utmaningar	12
Kostnaderna för äldreomsorgen ökar – men inte per person	13
Inledning	14
Rapportens upplägg	14
Läsanvisning	15
Hur möter omsorgen de äldres behov?	17
Många är nöjda med hemtjänst och säbo, men utmaningar kvarstår	18
Andelen 80 år och äldre med hemtjänst och säbo minskar	19
Demenssjukdom, kön och socioekonomiska förutsättningar påverkar när äldre flyttar till säbo och hur länge de bor där	21
Färre äldre tar del av dagverksamhet och korttidsboende	24
Omfattningen av hemtjänst före flytt till säbo	26
Tillgången till säbo varierar mellan kommuner	29
Lång väntan på säbo	30
Äldres delaktighet och inflytande – samband med upplevd kvalitet	32
Brett arbete för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre	34
Hur möter vården de äldres behov?	36
Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser är vanliga bland äldre	37
Palliativ vård behöver stärkas	42
Kontinuitet i vård och behandling vid psykisk ohälsa hos äldre	43
Efterlevnaden av hygienkrav behöver stärkas i äldreomsorgen	45
Hur möter tandvården de äldres behov?	47
Äldre med god munhälsa har fortsatt behov av regelbunden tandvård	48
Munhälsa hos personer som behöver särskilt stöd	48

RisKFörebyggande arbete kan stärka samverkan med tandvården	51
Munhälsa hos personer med demenssjukdom	51
Hälsofrämjande och förebyggande insatser i samverkan behöver prioriteras mer	55
Hur säkerställs en trygg och säker vård och omsorg?	56
Inriktning för patientsäkerhetsarbetet	57
Systematiskt arbete för att identifiera vårdskador pågår, men nationell lägesbild saknas	58
Utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar visar små förändringar	62
Trycksår förekomst hos äldre i kommunala verksamheter	64
Fallskador bland personer 65 år och äldre	65
Klagomål och anmälningar	68
Välfärdsbrottslighet och stärkta kontroller i äldreomsorgen	69
Hur fungerar äldreomsorgens krisberedskap och civila försvar?	71
Äldreomsorgens arbete med krisberedskap	71
Hur påverkar kompetens och kontinuitet de äldre?	77
Kompetensförsörjning i äldreomsorgen – en växande utmaning	78
Statsbidrag till kommuner för att stärka kompetens och bemanning i äldreomsorgen	81
Personaltäthet i hemtjänsten	82
Äldres upplevelser av personalens kompetens och språkliga förmåga ..	83
Styrning och organisering påverkar hur kompetens används i praktiken	86
Tillgång till legitimerad personal och specialistkompetens för äldre	88
Tillgång till tandvårdspersonal och medicinsk specialistkompetens	91
Möjligheten att vid behov träffa läkare i säbo är begränsad	94
Hur samordnas vård och omsorg för äldre?	96
Indikatorer som belyser samordning och kontinuitet i vård och omsorg för äldre	97
Demenssjukdom som exempel på samverkansutmaningar	101
En fungerande samverkan är också centralt för äldre med skadligt bruk eller beroende	102
Behov av mer systematisk uppföljning av äldres läkemedelsanvändning i hemtjänsten	103
Hur påverkar digitalisering och välfärdsteknik äldreomsorgen?	108

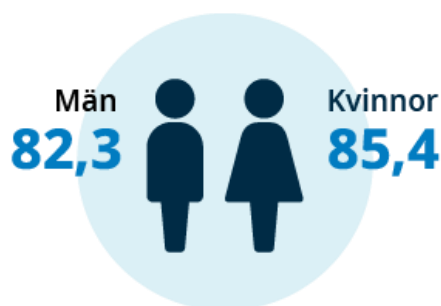
Användningen av välfärdsteknik i äldreomsorgen har ökat men är fortsatt låg	109
Digital delaktighet bland äldre ökar	111
Ökad användning av digitala verktyg bland personalen	115
Automatisering i äldreomsorgen ökar	116
Hur mycket kostar vård och omsorg för äldre?	118
Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre ökar	119
Ökade kostnader för särskilt boende driver kostnadsutvecklingen	121
Kostnaden per brukare har inte ökat	123
Referenser	126
Bilaga 1. Datakällor och underlag	130
Bilaga 2. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen	131
Bilaga 3. Regional utveckling av hemtjänsttimmar före flytt till säbo	133
Bilaga 4. Personaltäthet i hemtjänst och utvalda mått på vård- och omsorgsbehov	136
Bilaga 5. Demenspopulationen	138
Bilaga 6. Kompletterande kostnadstabeller	139
Bilaga 7. Metodbeskrivning	140

Sammanfattning

En växande äldre befolkning, särskilt i de högsta åldrarna

Sveriges befolkning blir allt äldre, och ökningen är särskilt tydlig i de högsta åldrarna. De äldre kommer att bli fler, och särskilt tydlig kommer ökningen att vara av antalet personer som är 80 år och äldre. Fram till 2033 beräknas denna grupp öka kraftigt, vilket medför att fler personer kommer att leva med kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar eller andra vård- och omsorgsbehov som ofta kräver samordnade insatser från både kommuner och regioner. Samtidigt innebär utvecklingen ökade krav på tillgången till hemtjänst och särskilt boende för äldre (säbo), liksom på kompetens, personalförsörjning och samverkan mellan huvudmän.

Medellivslängden för män och kvinnor i Sverige 2024



Källa: Statistikmyndigheten SCB, 2025.

Omsorg ges sent i livet

Mellan 2015 och 2025 har andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst minskat från drygt 20 procent till omkring 16 procent. Under samma period har andelen som bor i säbo minskat från knappt 13 procent till omkring 9 procent. Minskningen är tydligast från och med 2019.

Samtidigt har det blivit vanligare att personer har hemtjänst innan de flyttar till säbo. Andelen personer som hade hemtjänst före inflyttning ökade från 70 procent 2015 till 79 procent 2025. Det motsvarar en ökning från cirka 17 300 till 25 700 personer. Den genomsnittliga omfattningen av hemtjänst under de tre månaderna före flytt till säbo var däremot relativt oförändrad under perioden. Resultaten tyder på att hemtjänst i allt större utsträckning ges före flytt till säbo, samtidigt som omfattningen av hemtjänst per person har varit relativt stabil.

Inflyttning till säbo sker i regel i hög ålder, och boendetiden varierar mellan olika grupper. Medianåldern vid inflyttning till säbo är drygt 86 år och medianboendetiden är 27 månader. Personer med demenssjukdom flyttar in i säbo vid en lägre ålder och har längre vistelsetid än personer utan demenssjukdom. Det finns även tydliga könsskillnader. Kvinnor flyttar in i säbo vid högre ålder än män (87,1 respektive 84,2 år) och har längre medianboendetid (30 respektive 23 månader). Mönstret är detsamma bland personer med och utan demenssjukdom.

Boendetiden på säbo varierar också mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Personer som bor i områden med större socioekonomiska utmaningar bor i genomsnitt längre tid i säbo än personer i mer socioekonomiskt gynnade områden.

Väntetiderna till säbo är ofta långa. Den genomsnittliga väntetiden från beslut om säbo till erbjudande om inflyttning uppgick till 61 dagar år 2025 och har ökat något över tid.

Inflyttning till säbo vid 86 års ålder – medianboendetid 27 månader

Medianålder vid inflyttning och medianboendetid i särskilt boendeför äldre (säbo), 2025.



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

Minskad tillgång till avlastande insatser ökar risken för ensamhet och belastning på anhöriga

Tillgången till dagverksamhet och korttidsboende har minskat över tid, särskilt för personer 80 år och äldre. Andelen med dagverksamhet i denna åldersgrupp har minskat från 1,3 procent år 2015 till 1,0 procent år 2025. I absoluta tal ökade däremot antalet från 6 344 personer till 7 202 personer under perioden, vilket speglar att befolkningen 80 år och äldre har vuxit. Samtidigt syns en tydlig pandemieffekt: antalet deltagare i dagverksamhet minskade kraftigt från 6 317 personer år 2019 till 4 920 år 2020 och 4 856 år 2021, och även om en återhämtning skett ligger andelen kvar på en lägre nivå än före pandemin.

Andelen med korttidsplats har under samma period minskat från 1,2 procent till 0,6 procent. I antal motsvarar det en minskning från 5 883 personer år 2015 till 4 534 personer år 2025. Nedgången var särskilt tydlig under pandemin: år 2020 minskade antalet till 4 193 personer.

Båda dessa insatser har stor betydelse både för äldres sociala gemenskap och för anhörigas möjlighet till avlastning. Utvecklingen innebär därför en risk för ökad ensamhet och sämre psykiskt välbefinnande bland äldre samt ett ökat omsorgsansvar för anhöriga.

Samordning och kontinuitet är avgörande för kvalitet och trygghet

Brister i informationsöverföring, ansvarsfördelning och uppföljning kan försämra kontinuiteten i vården och skapa otrygghet för äldre personer. Samordning är särskilt viktig vid övergångar mellan olika vårdformer.

Uppföljningen efter psykiatrisk slutenvård har ökat något över tid men är fortfarande relativt begränsad. År 2024 hade omkring 37 procent av personerna i åldern 65–74 år och cirka 35 procent av dem som var 75 år och äldre haft en uppföljande läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning efter en första vårdperiod för depression. Andelen har ökat sedan 2010, då motsvarande nivåer låg på omkring 30 respektive drygt 20 procent.

Personer som var 75 år och äldre följs fortfarande upp i något lägre utsträckning än personer i åldern 65–74 år. Detta behöver dock inte innebära att äldre får mindre uppföljning totalt sett, eftersom uppföljning i större utsträckning kan ske i primärvården eller i andra delar av vården.

Samtidigt sker en stor del av vård och behandling vid psykisk ohälsa hos äldre utanför den specialiserade psykiatrin. Den ökande förskrivningen av psykofarmaka i primärvården ställer därför krav på god samverkan, tydlig ansvarsfördelning och systematisk uppföljning av läkemedelsbehandling. Detta gäller särskilt äldre personer som har flera kontakter i vård och omsorg.

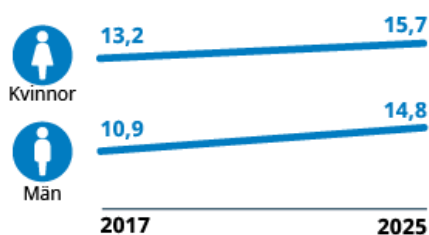
Fallskador, trycksår, dålig munhälsa och infektioner fortsätter att utmana patientsäkerheten

I takt med att äldreomsorgen i allt högre grad riktas till personer med stora vård- och omsorgsbehov blir det systematiska patientsäkerhetsarbetet allt viktigare. Centrala riskområden är till exempel följande:

- *Användningen av läkemedel.* Andelen äldre med omfattande läkemedelsanvändning, definierat som tio eller fler läkemedel, har ökat under perioden 2017–2025, särskilt bland män och bland personer med hemtjänst i ordinärt boende. Samtidigt har användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre minskat, framför allt i särskilt boende för äldre. Trots detta har användningen av antipsykotiska läkemedel ökat bland äldre med hemtjänst. För att stärka patientsäkerheten vid läkemedelsbehandling beslutade Socialstyrelsen 2025 om ändrade bestämmelser för delegering av läkemedelshantering.

Äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt, 2017 och 2025.



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

- *Förebyggande arbete.* Vårdskador behöver minska genom ett mer systematiskt förebyggande arbete. Många planerade åtgärder mot trycksår genomförs inte, och 5,7 procent av de äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser har trycksår. Fallskador bland äldre ligger fortsatt på höga nivåer. Antalet minskade något 2024 efter en topp 2023. Utvecklingen skiljer sig mellan omsorgsformer: i särskilt boende minskade fallskador som leder till slutna vård från 8 831 per 100 000 personår 2013 till 7 608 år 2024, vilket är den lägsta nivån under mätperioden. Samtidigt ökade fallskadorna i ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård och nådde sin högsta nivå 2024.
- *Antibiotikaanvändning.* Andelen vårdtagare i säbo som behandlas med antibiotika fortsätter att öka och var 2024 den högsta sedan mätningarna startade 2014. Även inom tandvården har antibiotikaförskrivningen ökat efter covid-19-pandemin, särskilt bland personer över 80 år. Sammantaget innebär detta att fler äldre exponeras för antibiotika, vilket ökar risken för antibiotikaresistens och läkemedelsrelaterade biverkningar hos en skör patientgrupp. Ett stärkt förebyggande arbete och en ändamålsenlig förskrivning är därför centrala delar i patientsäkerhetsarbetet.

Kompetensbrist och bristande kontinuitet påverkar kvaliteten

Socialstyrelsens analyser i årets rapport visar tydliga samband mellan personalens sammansättning och hur äldre upplever kvaliteten i omsorgen. Verksamheter med en högre andel undersköterskor har en större andel äldre som uppger att personalen har tillräcklig kompetens och god kommunikativ förmåga på svenska. I hemtjänsten uppger exempelvis 90 procent av de äldre på enheter där 81–100 procent av personalen är undersköterskor att personalen har tillräcklig kompetens, jämfört med 84 procent på enheter där 0–51 procent är undersköterskor. På särskilt boende för äldre (säbo) är motsvarande andelar 85 respektive 79 procent. Samtidigt påverkar organisatoriska förutsättningar hur kompetensen kan användas. I verksamheter med hög grad av tidsstyrning uppger enhetschefer oftare att personalen har begränsade möjligheter att anpassa insatserna efter de äldres behov.

Kompetensförsörjningen i äldreomsorgen är en långsiktig och strukturell utmaning. Kontinuiteten i omsorgen påverkas av brist på utbildad personal, hög personalomsättning och omfattande användning av timanställningar. Personaltätheten i hemtjänsten har dessutom minskat; mellan 2024 och 2025 ökade antalet personer med hemtjänst per omsorgspersonal från 9 till 10 per vardag, vilket motsvarar en ökning med drygt 11 procent.

Den legitimerade kompetensen har samtidigt stärkts sedan 2019. Antalet sjuksköterskor i äldreomsorgen ökade med cirka 14 procent mellan 2019 och 2024. Antalet specialistläkare i geriatrik ökade från 497 till 575 personer (cirka 16 procent). Antalet specialisttandläkare i orofacial medicin ökade från ett tjugotal till drygt 50 personer mellan 2019 och 2024, vilket innebär mer än en fördubbling, men yrkesgruppen är fortfarande liten.

Tillgången till legitimerad personal och specialistkompetens varierar mellan kommuner och regioner, vilket bidrar till ojämlika förutsättningar i vård och omsorg för äldre. Socialstyrelsens analyser visar samtidigt tydliga samband mellan personalens sammansättning och hur äldre upplever kvaliteten i omsorgen. I hemtjänsten uppger exempelvis 90 procent av de äldre på enheter där 81–100 procent av personalen är undersköterskor att personalen har tillräcklig kompetens, jämfört med 84 procent på enheter där andelen undersköterskor är betydligt lägre.

Arbetet med patientsäkerhet och fortbildning är dessutom ojämnt utvecklat. De flesta verksamheter erbjuder introduktionsutbildning för legitimerad personal, men andelen som erbjuder regelbunden fortbildning är betydligt lägre, särskilt för chefer och förtroendevalda.

Statsbidrag har bidragit till kompetensutveckling och förstärkt bemanning, men kommunerna har haft svårt att fullt ut använda resurserna, bland annat

eftersom det varit svårt att frigöra personal för utbildning. Detta pekar på behovet av mer hållbara och långsiktiga lösningar.

Äldreomsorgen behöver rustas för framtida utmaningar

Välfärdsbrottslighet i vården och omsorgen för äldre beskrivs i myndighetsgemensamma lägesbilder som ett växande och mer komplext problem. Skillnader i kontrollsystem, uppföljning och ersättningsmodeller kan försvåra upptäckt av oegentligheter. Konsekvenserna kan vara ekonomiska förluster samt risker för kvalitet och trygghet i omsorgen.

Äldreomsorgen behöver samtidigt kunna upprätthålla verksamheten vid samhällsstörningar, men förmågan varierar mellan kommuner. Endast 24 procent av kommunerna uppger att de har aktuella kontinuitetsplaner som uppfyller samtliga krav för säbo och 25 procent för hemtjänst. Andelen kommuner med evakueringsplaner är 37 procent för säbo och 31 procent för hemtjänst. Detta visar att beredskapen är ojämnt utvecklad.



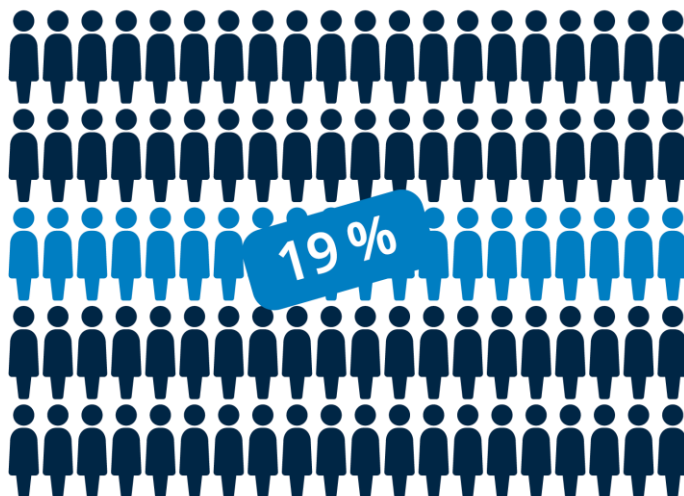
av kommunerna har beredskapsplaner för höga temperaturer på säbo

Källa: Enkät Öppna jämförelser socialtjänst kommunundersökning, 2025. Socialstyrelsen.

Äldreomsorgen genomgår samtidigt en digital omställning. Digitalisering och välfärdsteknik kan bidra till ökad trygghet och effektivitet, och användningen ökar – särskilt av digital nattillsyn, GPS-larm och läkemedelsautomater. Mellan 2024 och 2025 ökade antalet personer med digital nattillsyn med 9 procent och med läkemedelsautomater med 52 procent. År 2025 hade 88 procent av kommunerna infört digitala lås i hemtjänsten, jämfört med 75 procent 2019. Samtidigt varierar användningen kraftigt mellan kommuner; över 40 procent av kommunerna som infört digital dagtillsyn saknade användare 2025.

Den digitala delaktigheten bland äldre ökar, men en tydlig klyfta kvarstår, särskilt bland personer över 75 år. År 2025 använde 19 procent av personer över 75 år inte internet, jämfört med 32 procent året innan. Cirka 26 procent av personer över 75 år saknade mobilt bank-id 2025, vilket kan begränsa tillgången till digitala tjänster inom vård och omsorg. Kommunerna erbjuder i ökande grad stöd för digital inkludering; 82 procent av kommunerna erbjuder sådant stöd 2025. Automatisering används främst i administrativa processer: 53 procent av kommunerna hade infört minst en automatiserad process, men endast 20 procent inom äldreomsorgen.

Nästan var femte pensionär använder inte internet



Källa: Internetstiftelsen, Svenskar och internet 2025.

Kostnaderna för äldreomsorgen ökar – men inte per person

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick till 166 miljarder kronor år 2024, vilket motsvarar 2,6 procent av BNP. I fasta priser ökade kostnaderna med 5 procent mellan 2020 och 2024. Under samma period ökade antalet personer som fick minst en insats med 7,6 procent. Det innebär att kostnaden per person med insatser i genomsnitt har minskat något i fasta priser.

En stor del av ökningen i löpande priser beror på att priserna inom vård och omsorg har stigit. Mellan 2020 och 2024 ökade prisnivåerna med 17 procent. Det visar att kostnadsökningen främst kan förklaras av högre kostnader för personal och andra resurser.

Säbo står för 57 procent av de totala kostnaderna. Det är också den insats som tydligast driver kostnadsutvecklingen. Kostnaderna för säbo har ökat mer än kostnaderna för vård och omsorg i ordinärt boende, trots att andelen äldre som bor i säbo bara har ökat marginellt.

År 2024 var kostnaden per person med insatser cirka 475 000 kronor per år i fasta priser. Den har minskat något sedan 2020. Även kostnaden per person i säbo har varit i stort sett oförändrad i fasta priser.

Utvecklingen kan bero på att fler personer får mindre omfattande insatser, eller att kommunerna arbetar mer effektivt. Samtidigt är det viktigt att följa utvecklingen så att insatserna motsvarar de äldres behov.

Äldreomsorgen står för cirka 52 procent av kommunernas kostnader för socialtjänst.

Inledning

Socialstyrelsen ska senast den 31 mars varje år lämna in till regeringen lägesrapporter om fyra av myndighetens ansvarsområden (6 a § förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). Dessa områden är

- individ- och familjeomsorg
- vård, tandvård och omsorg för äldre
- insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning
- tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.

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.

Socialstyrelsen arbetar för att Sverige ska nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. Lägesrapporten är ett sätt att bidra till detta.

Rapportens upplägg

Rapporten är främst en sammanställning av material från Socialstyrelsen, andra myndigheter och forskningsstudier, med syftet att ge en samlad och övergripande bild av nuläget.

Socialstyrelsen gör även vissa analyser specifikt för denna lägesrapport. De specifika analyserna i årets rapport har bland annat fokuserat på följande teman:

- äldres delaktighet och inflytande i äldreomsorgen, inklusive samband mellan dokumenterad delaktighet i genomförandeplaner och upplevd kvalitet i hemtjänst och särskilt boende för äldre
- omfattningen av hemtjänst före flytt till särskilt boende för äldre (säbo), inklusive analyser av inflyttningsålder, medianboendetider i säbo samt skillnader mellan grupper, exempelvis utifrån kön och demenssjukdom
- psykisk ohälsa hos äldre, med fokus på kontinuitet i vårdkedjan efter psykiatrisk slutenvård, inklusive analyser av uppföljning i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning.

Årets rapport tar sin utgångspunkt i den äldres perspektiv och belyser centrala kvalitetsområden som säker, jämlik och tillgänglig vård och omsorg. Den inkluderar även fokusområden som kostnadsutveckling.

Läsanvisning

För att underlätta för läsaren att navigera genom rapporten och ta del av de centrala analyserna och slutsatserna, ges här en kort läsanvisning. Den beskriver hur rapporten är indelad och hur de olika delarna samverkar för att ge en heltäckande bild.

Många läsare tar del av enbart vissa delar av rapporten. Därför återkommer vissa delar av innehållet på flera ställen. För att underlätta läsningen finns också hänvisningar mellan avsnitt där samma ämne belyses ur olika perspektiv.

I det inledande kapitlet *Hur möter omsorgen de äldres behov?* beskrivs hur äldreomsorgen är utformad för att möta äldres behov av stöd och omsorg. Kapitlet belyser utvecklingen av olika insatser, såsom hemtjänst, dagverksamhet och olika boendeformer, samt frågor om tillgång till omsorg och delaktighet. Här ingår även en analys av omfattningen av hemtjänst före flytt till särskilt boende för äldre, med fokus på utvecklingen över tid och skillnader mellan länen.

Kapitlet *Hur möter vården de äldres behov?* behandlar den kommunala hälso- och sjukvårdens roll i vården och omsorgen för äldre. Här presenteras även analyser av tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser, samverkan mellan kommuner och regioner samt kvalitet i vården, bland annat genom indikatorer för palliativ vård samt analyser av kontinuitet i vård och behandling vid psykisk ohälsa, med fokus på uppföljning efter psykiatrisk slutenvård.

I kapitlet *Hur möter tandvården de äldres behov?* belyses äldres munhälsa och tandvårdens betydelse för hälsa och livskvalitet. Kapitlet innehåller analyser av förebyggande tandvårdsinsatser, riskgrupper och utvecklingen av tandvård för äldre.

Kapitlet *Hur säkerställs en trygg och säker vård och omsorg?* fokuserar på vårdkvalitet och patientsäkerhet. Här behandlas bland annat läkemedelsanvändning, smittförebyggande arbete, uppföljning av vårdskador, trycksår och fallskador samt risker kopplade till välfärdsbrottslighet, liksom betydelsen av kompetens, rutiner och systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

I kapitlet *Hur fungerar äldreomsorgens krisberedskap och civila försvar i Sverige?* analyseras äldreomsorgens beredskap vid kriser och höjd beredskap. Kapitlet beskriver hur kommuner och regioner arbetar med krisberedskap och civilt försvar för att säkerställa omsorg och vård för äldre personer även i samhällsstörande situationer.

Kapitlet *Hur påverkar kompetens och kontinuitet de äldre?* belyser betydelsen av rätt kompetens och stabil personalförsörjning inom vård och

omsorg för äldre. Här analyseras utvecklingen av olika yrkesgrupper och utmaningar i kompetensförsörjningen. Avsnittet belyser också hur kontinuitet i personalens arbete och organisatoriska förutsättningar påverkar äldres upplevelse av kvalitet i omsorgen.

I kapitlet *Hur samordnas vård och omsorg för äldre?* beskrivs hur samverkan mellan regioner och kommuner fungerar i praktiken. Kapitlet belyser bland annat läkemedelsanvändning, informationsöverföring och behovet av sammanhållen och individanpassad vård för äldre med komplexa behov.

Kapitlet *Hur påverkar digitalisering och välfärdsteknik äldreomsorgen?* beskriver hur digitala lösningar och välfärdsteknik används inom äldreomsorgen. Fokus ligger på digital inkludering, teknik som stöd för självständighet samt möjligheter och utmaningar med ny teknik, inklusive artificiell intelligens.

Avslutningsvis redovisas i kapitlet *Hur mycket kostar vård och omsorg för äldre?* utvecklingen av kommunernas kostnader för äldreomsorgen. Kapitlet analyserar kostnadsutveckling, kostnader per brukare och långsiktiga ekonomiska utmaningar kopplade till demografiska förändringar.

Rapporten är utformad för att ge en helhetsbild av vård och omsorg för äldre, men kan också läsas selektivt. Som komplement finns flera bilagor, däribland metodbeskrivningar, fördjupade analyser av läkemedelsanvändning, beskrivningar av datakällor samt statistikbilagor.

Hur möter omsorgen de äldres behov?

Sammanfattande iakttagelser

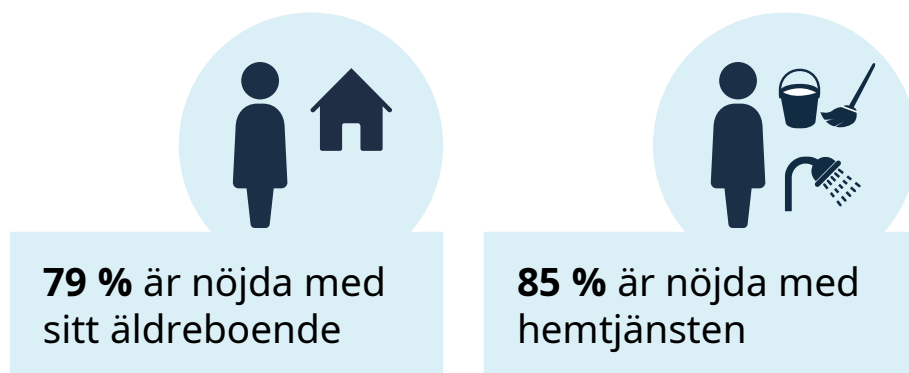
- Bland personer 65–79 år är andelen med kommunala insatser relativt stabil. Under perioden 2015–2025 har 3 procent haft hemtjänst och omkring 1 procent bott i särskilt boende för äldre (säbo)¹.
- Bland personer 80 år och äldre har både andelen med hemtjänst och andelen som bor i säbo minskat tydligt mellan 2015 och 2025. Andelen med hemtjänst minskade från drygt 20 procent till 16 procent och andelen i säbo från cirka 12–13 procent till omkring 9 procent.
- Hemtjänstens omfattning per person under de tre månaderna före flytt till säbo var relativt oförändrad mellan 2015 och 2025. Under samma period ökade andelen personer som haft hemtjänst före flytt till säbo från 70 procent (cirka 17 300 personer) 2015 till 79 procent (cirka 25 700 personer) 2025.
- En majoritet av kommunerna har fortsatt brist på platser i säbo, även om tillgången har förbättrats något. År 2025 uppgav 112 kommuner underskott av platser, medan 143 bedömde att utbudet var i balans och 33 kommuner uppgav ett överskott. År 2025 bedömer 61 procent av kommunerna att behovet av säbo kommer att vara täckt inom två år. Medianåldern vid inflyttning är 86 år och medianboendetiden är i genomsnitt 27 månader. Boendetiden varierar mellan grupper och är generellt längre för personer med demenssjukdom, för kvinnor samt för personer som bor i områden med större socioekonomiska utmaningar.
- Det finns tydliga könsskillnader bland personer 80 år och äldre. Andelarna med hemtjänst och säbo är genomgående högre bland kvinnor än bland män, även om andelen män har ökat över tid. År 2025 hade 16 procent av kvinnorna hemtjänst jämfört med 11 procent av männen, och 9 procent av kvinnorna bodde i säbo jämfört med omkring 5 procent av männen.

¹ Särskilt boende för äldre definieras som boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd. Termbanken, Socialstyrelsen.

- Andelen personer 80 år och äldre med dagverksamhet och korttidsboende har minskat över tid. Andelen med dagverksamhet minskade från 1,3 procent 2015 till 1,0 procent 2025, och andelen med korttidsplats från 1,2 procent till 0,6 procent. Andelarna bland personer 65–79 år har däremot varit låga och relativt stabila under hela perioden.
- Bland personer 80 år och äldre är andelen kvinnor i dagverksamhet högre än andelen män. År 2025 deltog cirka 4 180 kvinnor och 3 022 män i dagverksamhet. I korttidsboende är könsskillnaderna små, men männen utgör en något större andel 2025.
- Bland personer 65–79 år är andelen män med korttidsboende högre än andelen kvinnor. År 2025 hade cirka 1 420 män och 930 kvinnor i denna åldersgrupp en korttidsplats. I dagverksamhet är andelen män också något högre.
- På säbo för äldre där samtliga äldre varit delaktiga i att ta fram sina genomförandeplaner, är både nöjdheten med aktiviteter och upplevelsen av att kunna påverka vilka tider de får hjälp högre än på boenden med lägre grad av dokumenterad delaktighet. 65 procent uppgav att de var nöjda med aktiviteter jämfört med 55 procent där delaktigheten var låg, och 60 procent uppgav att de kunde påverka tiderna jämfört med 56 procent.
- Liknande samband syns även inom hemtjänsten. På hemtjänstenheter med hög grad av dokumenterad delaktighet är det en högre andel äldre som upplever att de kan påverka när hjälpen ges, jämfört med på enheter där delaktigheten är lägre. 55 procent uppgav att de alltid eller oftast kunde påverka tiderna jämfört med 52 procent där delaktigheten var lägre.

Många är nöjda med hemtjänst och säbo, men utmaningar kvarstår

Generellt är många personer 65 år och äldre nöjda med sin hemtjänsten och sitt säbo i Sverige, och nöjdhetsnivåerna har varit relativt stabila under de senaste tre åren. År 2022 uppgav 77 procent av de äldre att de var nöjda med sitt säbo, en andel som ökade till 79 procent år 2025 [1]. Bland personer med hemtjänst i ordinärt boende har nöjdheten också varit fortsatt hög och jämn. År 2022 uppgav 86 procent att de var nöjda, jämfört med 85 procent år 2025.



Källa: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*, 2025.

På riksnivå visar resultaten också att nöjdheten varierar mellan olika kvalitetsaspekter. Äldre i säbo är i större utsträckning nöjda med bemötande och trygghet än med möjligheten att påverka sin vardag och få vårdinsatser vid behov. Skillnaderna är relativt små över tid och har varit stabila mellan 2023 och 2025.

Samtidigt visar tillsyn och uppföljningar att det fortsatt finns brister inom äldreomsorgen. Detta har bland annat uppmärksammats i Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) tillsyn, som pekar på återkommande utmaningar inom vissa verksamheter [2]. (Läs även kapitlet *Hur säkerställs en trygg och säker vård och omsorg?*)

Andelen 80 år och äldre med hemtjänst och säbo minskar

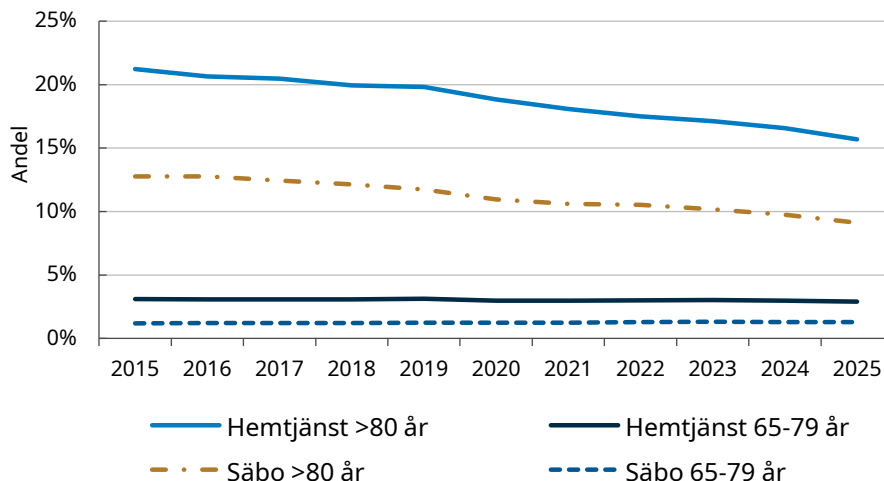
I oktober 2025 bodde 83 800 personer som fyllt 65 år på säbo, medan 6 900 hade en korttidsplats, 11 300 hade dagverksamhet och 153 400 hade hemtjänst.

Figur 1 visar hur andelen personer i olika åldersgrupper och boendeformer inom hemtjänst och säbo har utvecklats mellan 2015 och 2025. Andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst minskar tydligt under perioden. Andelen sjunker från drygt 20 procent i början av perioden till 16 procent år 2025. Minskningen är särskilt tydlig från och med 2019. Även andelen personer 80 år och äldre i säbo minskar över tid. Andelen ligger på 13 procent i början av perioden och minskar successivt till 9 procent år 2025.

För åldersgruppen 65–79 år var andelarna betydligt lägre och relativt stabila. Andelen personer i denna åldersgrupp med hemtjänst låg på 3 procent under hela perioden, medan andelen på säbo låg runt 1 procent.

Figur 1. Utveckling av hemtjänstinsatser och särskilt boende för äldre enligt socialtjänstlagen för personer 65 år och äldre

Andel (%) personer 65-79 år och 80 år och äldre som hade hemtjänstinsatser eller bodde på särskilt boende för äldre (säbo) enligt socialtjänstlagen, oktober 2015–2025. I bilaga 2 redovisas antal personer och andelar redovisade per kön.



* Som mottagaren av hemtjänst räknas antal personer i ordinärt boende med ett hemtjänstbeslut som består av personlig omvårdnad eller service, samt de som har hemtjänstbeslut med ospecificerat innehåll. Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2026.

Könsskillnaderna är tydliga – kvinnor i både åldersgruppen 65–79 år och 80 år och äldre fick oftare hemtjänst och bodde oftare på säbo än män (se bilaga 2). Skillnaderna är särskilt stora bland personer 80 år och äldre. År 2025 hade 16 procent av kvinnorna i denna åldersgrupp hemtjänst, jämfört med 11 procent av männen, och 9 procent av kvinnorna bodde på säbo, jämfört med omkring 5 procent av männen. Samtidigt har andelen män ökat över tid inom både hemtjänst och säbo, vilket bidragit till att könsskillnaderna successivt minskar.

Den stabila andelen hemtjänstinsatser bland personer i åldern 65–79 år tyder på att vård- och omsorgsbehoven i denna åldersgrupp i stort sett har varit oförändrade under perioden. Däremot skiljer sig utvecklingen för personer 80 år och äldre, där andelen hemtjänstinsatser har minskat över tid. Minskningen kan ha flera möjliga förklaringar, såsom förbättrad hälsa och självständighet högre upp i åldrarna, förändrade boende- och omsorgsformer samt ett ökat inslag av alternativa lösningar, inklusive privata tjänster. Även kommunernas resurser och prioriteringar inom äldreomsorgen kan ha påverkat utvecklingen.

Demenssjukdom, kön och socioekonomiska förutsättningar påverkar när äldre flyttar till säbo och hur länge de bor där

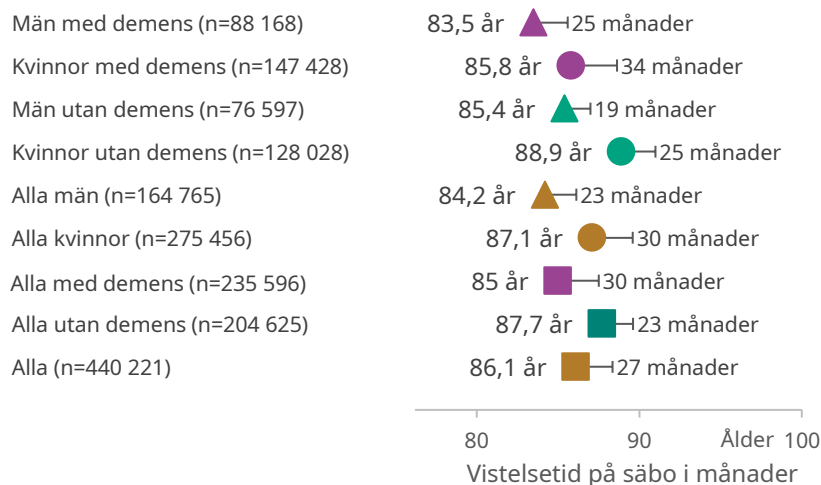
Demenssjukdom är kopplad till tidigare inflyttning och längre boendetid

Tidigare avsnitt har visat hur andelen äldre som bor i säbo har minskat över tid. För att fördjupa förståelsen av hur omsorgen möter de äldres behov är det också relevant att belysa när i livet personer flyttar in på säbo och hur länge de bor kvar.

Analysen nedan bygger på uppgifter om medianålder vid inflyttning till säbo samt medianboendetid i månader, uppdelat efter kön och demensstatus. Sammantaget omfattar materialet drygt 440 000 personer, vilket ger goda möjligheter att jämföra olika grupper (figur 2).

Figur 2. Medianålder vid inflyttning och medianboendetid i särskilt boende för äldre

Medianålder vid inflyttning på särskilt boende för äldre (säbo) samt medianboendetid på säbo, indelat per grupp (kön, eller demenssjukdom). Underlaget omfattar alla personer som flyttat på säbo någon gång mellan 2014–oktober 2025.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Demenspopulation (se bilaga 5). Socialstyrelsen, december 2025.

I hela populationen var medianåldern vid inflyttning till säbo 86,1 år och medianboendetiden var 27 månader. Personer med demens skilde sig tydligt från personer utan demens. De med demens flyttade in vid en lägre medianålder (85 år) än personer utan demens (87,7 år), men hade samtidigt en längre medianboendetid (30 jämfört med 23 månader). Detta mönster

tyder på att demenssjukdomar ofta leder till ett tidigare behov av säbo och ett mer långvarigt omsorgsbehov.

Demenssjukdomar är kroniska och progressiva tillstånd där funktionsförmågan successivt försämras över tid. Behovet av stöd och omsorg ökar därför ofta gradvis under sjukdomsförloppet, vilket kan bidra till både tidigare inflyttning till säbo och längre boendetider. Personer som får en demensdiagnos lever dessutom i genomsnitt ytterligare cirka 5–10 år, vilket innebär att många lever länge med omfattande omsorgsbehov.

Kvinnor flyttar in senare och bor längre i säbo än män

Även könsskillnaderna är tydliga. Kvinnor var generellt äldre när de flyttade till säbo än män (87,1 jämfört med 84,2 år) och hade längre medianboendetid (30 jämfört med 23 månader). Dessa skillnader återfinns bland personer oavsett demensstatus, vilket speglar bland annat att kvinnor lever längre.

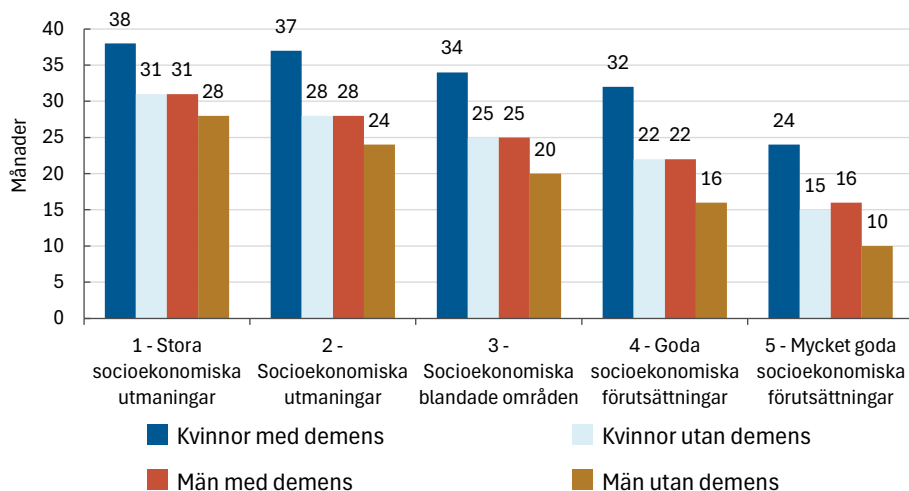
Vid en mer detaljerad uppdelning framträder kvinnor med demens som den grupp som har längst medianboendetid i säbo. De flyttade in vid en medianålder på 85,8 år och hade den längsta medianboendetiden i materialet, 34 månader. Män med demens flyttade in vid ännu lägre medianålder (83,5 år) men hade en kortare medianboendetid, 25 månader. Bland personer utan demens var medianboendetiderna genomgående kortare, särskilt bland män utan demens, som hade den kortaste medianboendetiden på 19 månader.

Boendetiden varierar mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar

Utöver skillnader kopplade till demens och kön finns även variationer mellan olika typer av bostadsområden. Medianboendetiden i säbo är generellt längre i områden med större socioekonomiska utmaningar och kortare i områden med mer gynnsamma socioekonomiska förutsättningar (figur 3). Mönstret gäller både kvinnor och män samt personer med och utan demens.

Figur 3. Medianboendetid i säbo efter socioekonomiska förutsättningar

Medianboendetid (månader) i särskilt boende för äldre, efter socioekonomiska områdestyper samt uppdelat på kön och demensstatus, 2025.



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

För personer med demens varierar medianboendetiden från 38 månader för kvinnor och 31 månader för män i områden med stora socioekonomiska utmaningar till 24 respektive 16 månader i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Ett liknande mönster återfinns bland personer utan demens, där medianboendetiden minskar från 31 månader för kvinnor och 28 månader för män i områden med stora socioekonomiska utmaningar till 15 respektive 10 månader i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Personer som bor i områden med större socioekonomiska utmaningar bor i genomsnitt längre tid i säbo än personer i mer socioekonomiskt gynnade områden. En möjlig förklaring kan vara skillnader i hälsa, livslängd, sociala resurser och tillgång till stöd i ordinärt boende. Analysen ger dock inte underlag för att avgöra vilka faktorer som ligger bakom variationen.

Sammantaget visar resultaten att demenssjukdom, kön och socioekonomiska förutsättningar har betydelse för hur länge personer bor i säbo. Demenssjukdom är förknippad med tidigare inflyttning och längre boendetid, medan kvinnor i genomsnitt flyttar in senare i livet och bor längre i säbo än män. Resultaten visar också att personer i områden med större socioekonomiska utmaningar i genomsnitt bor längre tid i säbo än personer i mer socioekonomiskt gynnade områden. Dessa skillnader är viktiga att beakta i planeringen av framtida behov av äldreomsorg.

Färre äldre tar del av dagverksamhet och korttidsboende

Andelen äldre som har dagverksamhet eller korttidsplats har minskat under perioden 2015–2025. Minskningen är tydligast bland personer 80 år och äldre. Figur 4 visar andelen personer i åldrarna 65–79 år och 80 år och äldre som hade dagverksamhet eller korttidsplats enligt socialtjänstlagen under perioden 2015–2025. Andelarna är genomgående högre bland personer 80 år och äldre än bland yngre äldre.

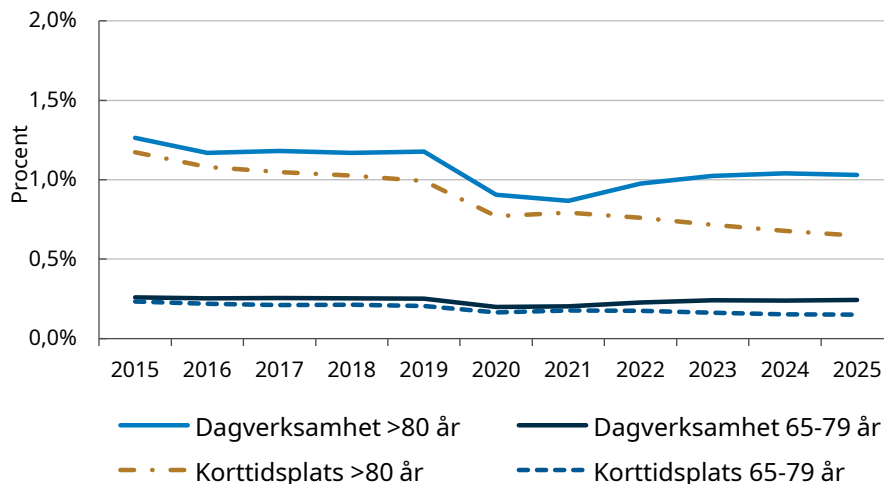
Bland personer 80 år och äldre minskade andelen med dagverksamhet från 1,3 procent år 2015 till 1,0 procent år 2025. Nedgången var särskilt tydlig mellan 2019 och 2020. Därefter ökade andelen något men låg kvar på en lägre nivå än före nedgången. Andelen personer 80 år och äldre med korttidsplats minskade mer kontinuerligt under perioden, från 1,2 procent år 2015 till 0,6 procent år 2025. Minskningen var mest uttalad under åren 2020 och 2021.

Delar av minskningen under 2020 och 2021 kan kopplas till covid-19-pandemin. Under denna period var tillgången till både dagverksamhet och korttidsboende begränsad till följd av smittskyddsåtgärder [3]. Att färre äldre tar del av dagverksamhet och korttidsboende nu än 2015 har inte bara konsekvenser för de äldre som annars skulle ha tagit del av insatserna, utan även för deras anhöriga.

Insatserna kan bidra till avlastning, återhämtning och ökad möjlighet att kombinera omsorgsansvar med arbete och andra åtaganden. En minskad tillgång till dessa insatser kan därmed innebära ett ökat ansvar för anhöriga.

Figur 4. Utveckling av dagverksamheten och korttidsboende enligt socialtjänstlagen för personer 65 år och äldre

Andel (%) personer 65-79 år och 80 år och äldre som hade dagverksamhet eller korttidsboende enligt socialtjänstlagen, oktober 2015–2025, riket. I bilaga 2 redovisas antal personer och andelar per kön.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, 2026.

För personer i åldern 65–79 år var andelarna betydligt lägre och relativt stabila under hela perioden. Andelen med dagverksamhet låg på runt 0,20–0,25 procent, med en mindre nedgång kring 2020. Andelen med korttidsplats låg under hela perioden på omkring 0,15–0,20 procent och förändrades endast marginellt över tid. Även om andelarna är låga kan insatserna vara viktiga för anhöriga till personer i dessa åldersgrupper, särskilt när omsorgen kombineras med förvärvsarbete eller egna hälsoproblem.

Det finns tydliga könsskillnader i användningen av dagverksamhet och korttidsplats (bilaga 2). Skillnaderna varierar beroende på ålder och insats. Bland personer 65–79 år var korttidsplats vanligare bland män än bland kvinnor under hela perioden 2015–2025. År 2025 hade 1 420 män och 930 kvinnor en korttidsplats. Antalet har minskat över tid för båda könen, men könsskillnaderna består. För dagverksamhet var könsskillnaderna i denna åldersgrupp små.

Bland personer 80 år och äldre är kvinnor fler både inom dagverksamhet och korttidsplats, vilket delvis förklaras av att kvinnor är fler i de högre åldrarna. Inom dagverksamhet är könsskillnaderna tydliga. År 2025 deltog 4 180 kvinnor och 3 022 män. Inom korttidsplats är skillnaderna mindre. År 2025 var män något fler än kvinnor.

Könsskillnader i användningen av insatser kan även påverka anhöriga olika, eftersom omsorgsansvaret i hög grad utförs av kvinnor. Minskad tillgång till avlastande insatser riskerar därför att förstärka befintliga skillnader i anhörigas omsorgsbörda.

Omfattningen av hemtjänst före flytt till säbo

Socialstyrelsen har analyserat hur omfattningen av hemtjänstinsatser har förändrats över tid för personer som först hade hemtjänst och därefter flyttade till säbo. Analysen omfattar personer som var 65 år eller äldre och som flyttade till säbo under 2015–2025. Fokus är på antalet beviljade hemtjänststimmar under perioden närmast före flytten till säbo. Det ger en bild av hur omfattande stödet varit i ordinärt boende före inflyttningen.

Analysen är av särskilt intresse eftersom omfattningen av hemtjänstinsatser före flytt till säbo kan ses som en indikator på hur behoven utvecklas i den äldre befolkningen och hur kommunerna prioriterar och dimensionerar insatser i ordinärt boende. Kunskap om hur stödet ser ut under perioden närmast före en flytt till säbo ger underlag för att bedöma när insatser i ordinärt boende inte längre är tillräckliga och behov av säbo uppstår. Resultaten kan därmed fungera som ett planeringsinstrument inför framtida behov av både hemtjänst och säbo, i ljuset av den demografiska utvecklingen där andelen äldre i befolkningen ökar.

Att följa utvecklingen över tid och mellan länen bidrar även till att synliggöra skillnader i tillämpning, resursfördelning och organisering av omsorgen. Det är centralt för uppföljning, styrning och för att bidra till en mer likvärdig äldreomsorg.

Samtidigt omfattar analysen inte uppgifter om vårdtyngd, funktionsförmåga eller medicinska behov. Den visar hur många hemtjänststimmar som beviljades, men inte hur stora och vilka behoven faktiskt har varit. Det framgår inte heller om skillnader över tid eller mellan länen påverkas av andra faktorer, till exempel i vilken utsträckning kommunerna erbjuder insatser utan individuell behovsprövning, sådana insatser dokumenteras inte i Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, eller om det förekommer en ökad eller varierande användning av RUT-tjänster. Det innebär att skillnader över tid eller mellan länen inte kan förklaras utifrån denna analys.

Antal hemtjänststimmar per person

Kommunerna registrerar antalet beviljade hemtjänststimmar per person och månad för äldre som bor i ordinärt boende. Uppgifterna rapporteras till Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Analysen omfattar hemtjänst i form av personlig omvårdnad och service under de tre månader som föregick flytten till säbo.

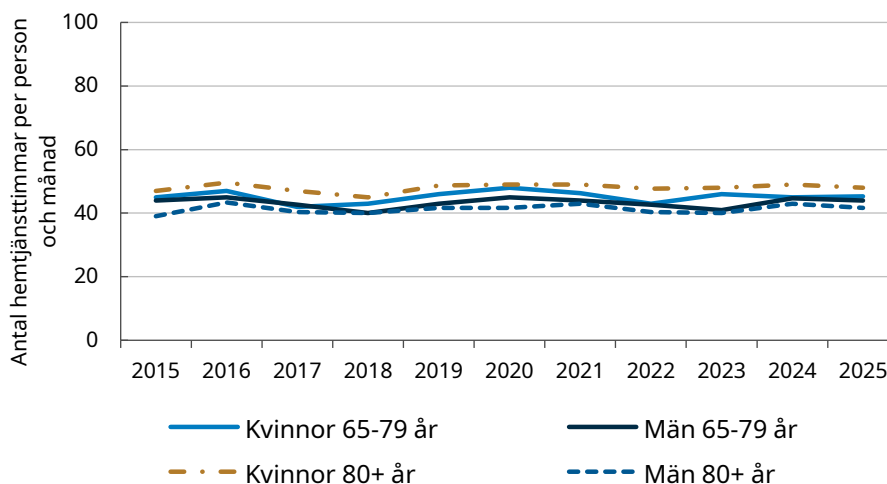
Resultaten redovisas först för utvecklingen över tid och skillnader mellan grupper, därefter för regionala variationer och slutligen för hur vanligt det är att ha hemtjänst före flytt till säbo.

En äldre person med hemtjänst fick i genomsnitt (median) 14 timmar per månad. Under perioden närmast före flytt till säbo var antalet hemtjänsttimmar som högst, cirka 45 timmar per månad. Antalet hemtjänsttimmar var relativt stabilt över tid, och skillnaderna mellan könen och åldersgrupperna (65–79 år respektive 80 år och äldre) var små.

Kvinnor hade något fler timmar än män. Kvinnor som var 80 år och äldre hade fler timmar än kvinnor i åldern 65–79 år. Bland män var det i stället åldersgruppen 65–79 år som hade flest timmar (figur 5).

Figur 5. Utvecklingen av antalet hemtjänsttimmar per person

Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar (median) per person och månad. Medianen beräknades utifrån de tre månaderna som närmast föregick flytten till särskilt boende för äldre, 2015–2025. I hemtjänst ingår personlig omvårdnad och service.

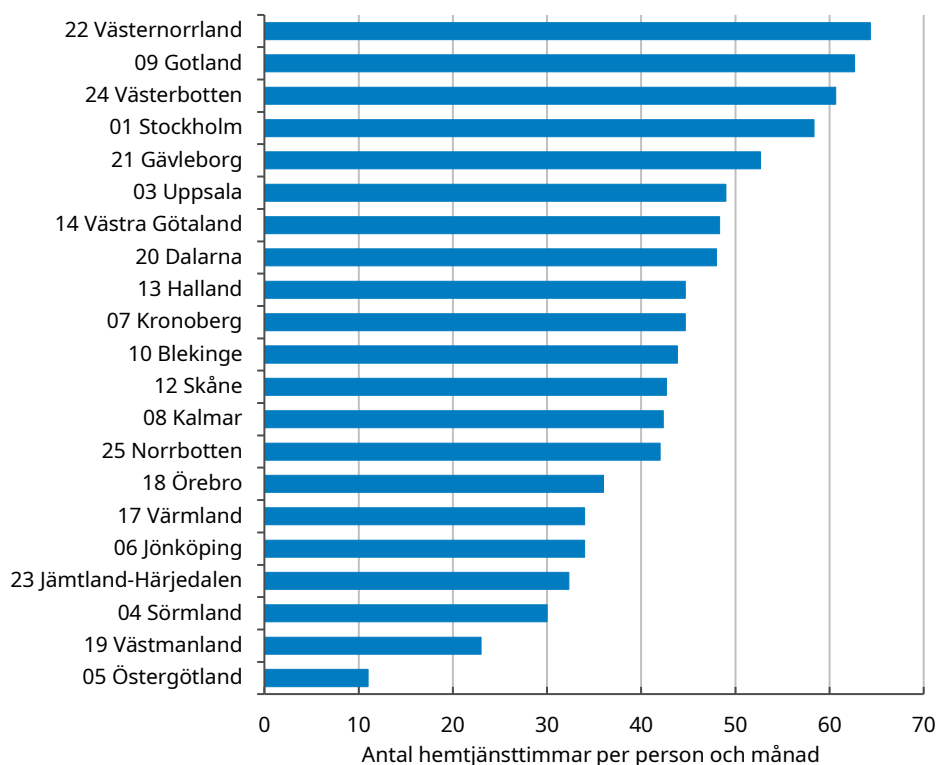


Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Det fanns betydande skillnader i antalet hemtjänsttimmar mellan länen. År 2025 var antalet timmar högst i norra Sverige och lägst i Mellansverige och södra Sverige (figur 6). Skillnaderna innebär att personer i vissa län i genomsnitt hade betydligt mer hemtjänst före flytt till säbo än i andra. Detta kan spegla skillnader i hur länge personer bor kvar i ordinärt boende före flytt till säbo eller hur hemtjänstinsatser organiseras och beviljas i olika kommuner. Analysen ger dock inte underlag för att avgöra vilka faktorer som ligger bakom variationen.

Figur 6. Antal hemtjänsttimmar per person i länen

Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar (median) per person och månad bland personer 65 år och äldre. Medianen beräknades utifrån de tre månaderna som föregick flytten till särskilt boende för äldre, 2025. I hemtjänst ingår personlig omvårdnad och service.



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

Utvecklingen över tid varierade mellan länen. I vissa län ökade antalet hemtjänsttimmar per person, medan det i andra var relativt oförändrat eller minskade. Regionala utvecklingsmönster redovisas i bilaga 3.

Andel äldre som hade hemtjänst före säbo

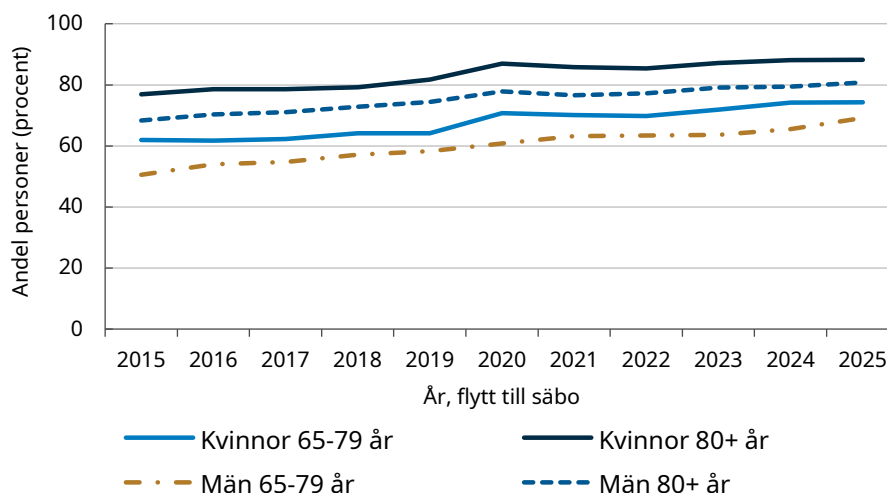
Socialstyrelsen analyserade även hur stor andel av dem som flyttade till säbo som hade hemtjänst före flytten. Andelen ökade i samtliga grupper mellan 2015 och 2025. Ökningen syns både bland kvinnor och män samt i åldersgrupperna 65–79 år och 80 år och äldre (figur 7). Andelen är genomgående högre bland personer som är 80 år och äldre än bland dem i åldern 65–79 år, och högre bland kvinnor än bland män.

Totalt ökade andelen som hade hemtjänst före flytt till säbo från cirka 70 till 79 procent mellan 2015 och 2025 (figur 7). Det motsvarar en ökning från drygt 17 300 till cirka 25 700 personer. Trots ökningen hade fortfarande omkring en femtedel av personerna som flyttade till säbo inte hemtjänst närmast före flytten. Det kan tyda på att behov ibland uppstår snabbt eller att stöd före inflyttning har getts i andra former.

Samtidigt har andelen äldre i befolkningen med hemtjänst minskat sedan 2015 (figur 1). Trots detta har antalet hemtjänststimmar per person under de tre sista månaderna före flytt till säbo varit relativt stabilt över tid (figur 5), samtidigt som en större andel hade hemtjänst före flytt till säbo (figur 7).

Figur 7. Andel äldre med hemtjänst före flytt till säbo

Andel (%) personer 65 år och äldre som hade hemtjänst före flytt till särskilt boende för äldre, efter kön och åldersgrupperna 65–79 år och 80 år eller äldre, 2015–2025. Hemtjänst omfattar personlig omvårdnad och service.



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

Sammantaget visar resultaten att omfattningen av hemtjänstinsatser per person varit relativt stabil under 2015–2025. Samtidigt har andelen personer som hade hemtjänst före flytten till säbo ökat.

Tillgången till säbo varierar mellan kommuner

År 2025 fanns det 88 800 bostäder i särskilda boendeformer för äldre i 278 av landets kommuner [4]. Av dessa boenden drevs 81 procent i kommunal regi, medan 19 procent köptes in från privata utförare. Därutöver fanns 7 100 platser i korttidsboende i 270 kommuner.²

Samma år uppgav 112 kommuner ett underskott av platser i säbo, vilket är ungefär lika många som tidigare år. Samtidigt bedömde 143 kommuner att utbudet var i balans, och 33 kommuner uppgav ett överskott av platser. Det ökade antalet kommuner med överskott kan delvis förklaras av en hög nyproduktion av specialbostäder under perioden 2019–2023 [4].

² Ett fåtal kommuner har inte lämnat uppgifter, vilket innebär att det faktiska antalet platser var något större.

Rapporten *Nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar* [5] visar att brist på platser i säbo, tillsammans med begränsad tillgång till läkarkontakter, begränsar kommunernas möjligheter att erbjuda en ändamålsenlig vård och omsorg, särskilt för personer med omfattande behov, såsom demenssjukdom. Detta understryker betydelsen av god samverkan mellan kommuner och regioner, tillgång till läkare samt en planering som både möjliggör tillräcklig kapacitet i säbo och stöd för att äldre ska kunna bo kvar i ordinärt boende så länge som möjligt med personcentrerad vård.

När det gäller den framtida tillgången bedömde 61 procent av de kommuner som besvarade Boverkets bostadsmarknadsenkät att behovet av särskilda boendeformer kommer att vara täckt om två år. På fem års sikt gjorde 45 procent av de svarande kommunerna samma bedömning, vilket är en förbättring jämfört med föregående år. Samtidigt uppgav många kommuner att osäkerheten i planeringen var stor, särskilt på längre sikt.

Få kommuner har infört biståndsbedömt trygghetsboende

Sedan 2019 har kommunerna haft möjlighet att inrätta biståndsbedömt trygghetsboende enligt socialtjänstlagen. Boendeformen riktar sig till äldre som inte längre kan bo kvar hemma men som inte har behov av heldygnsvård. Insatser för service, omsorg och hälso- och sjukvård tillgodoses genom hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

2025 hade 29 kommuner infört biståndsbedömt trygghetsboende [4]. Av de 248 kommuner som inte har infört boendeformen uppger 33 kommuner att det finns ett behov. Av dessa 33 kommuner planerar 19 att inrätta eller bygga platser inom de närmaste tre åren. Bland de kommuner som inte planerar att införa boendeformen bedömer majoriteten att behovet i stället kan tillgodoses genom andra insatser inom äldreomsorgen, såsom hemtjänst eller säbo.

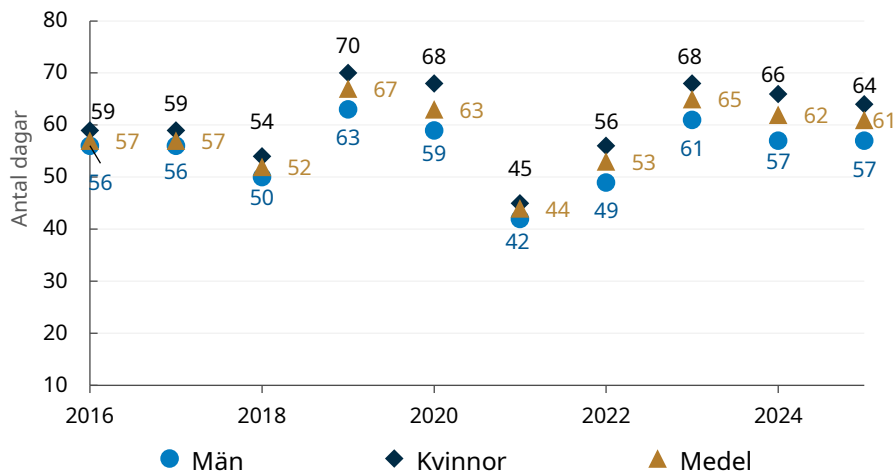
Lång väntan på säbo

Väntetiden till säbo har ökat från 57 dagar år 2016 till 61 dagar år 2025 (figur 8) [6]. År 2024 uppgick väntetiden till 62 dagar, vilket innebär att väntetiden minskade med 1 dag, mellan 2024 och 2025. Sammantaget tyder utvecklingen på att väntetiderna över tid har ökat. Det finns dock en stor spridning mellan kommunerna.

Den genomsnittliga väntetiden var 2025 längre för kvinnor än för män. Kvinnor väntade i genomsnitt 64 dagar, medan män väntade 57 dagar, vilket innebär att kvinnor i genomsnitt väntade 7 dagar längre än män. Även tidigare år har kvinnor generellt haft längre väntetider än män [6].

Figur 8. Genomsnittlig 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 för äldre, medelvärde. Riket, kvinnor och män, år 2016–2025.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2026-03-06.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar i sin tillsyn att många äldre får vänta länge på en plats i säbo efter att kommunen har fattat beslut [7]. Under 2025 verkställdes omkring 7 100 beslut inom äldreomsorgen inte inom tre månader. Cirka 74 procent av dessa beslut gällde säbo.

Medianväntetiden för personer 65 år och äldre var sex månader. Nästan 20 procent väntade i minst nio månader och mer än 10 procent i minst ett år. Vid årets slut väntade fortfarande närmare 600 personer på en plats i säbo. Majoriteten av de ej verkställda besluten beror på brist på platser.

IVO bedömer att långa väntetider kan få allvarliga konsekvenser. Personer som har beviljats säbo har ofta omfattande behov av stöd och omvårdnad. När insatsen dröjer riskerar hälsan att försämras, och närstående kan få ta ett stort ansvar under tiden. Det förekommer också att personer avlider innan de har erbjudits en plats.

Utvecklingen är särskilt betydelsefull eftersom säbo ofta ges sent i livet. Medianåldern vid inflyttning är hög och många bor där en relativt kort tid. När väntetiderna är långa minskar tiden med anpassat stöd och ökar risken för otrygghet och bristande kontinuitet i vården och omsorgen. (Se även avsnittet *Demenssjukdom och kön påverkar när äldre flyttar till säbo och hur länge de bor kvar*)

Äldres delaktighet och inflytande – samband med upplevd kvalitet

Äldres möjligheter till delaktighet och inflytande är en central del av kvaliteten i äldreomsorgen. Det visar även nya analyser som tagits fram särskilt för årets lägesrapport.

Analyserna bygger på en samkörning av resultaten från Socialstyrelsens undersökningar *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025* och *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025* [1, 8].

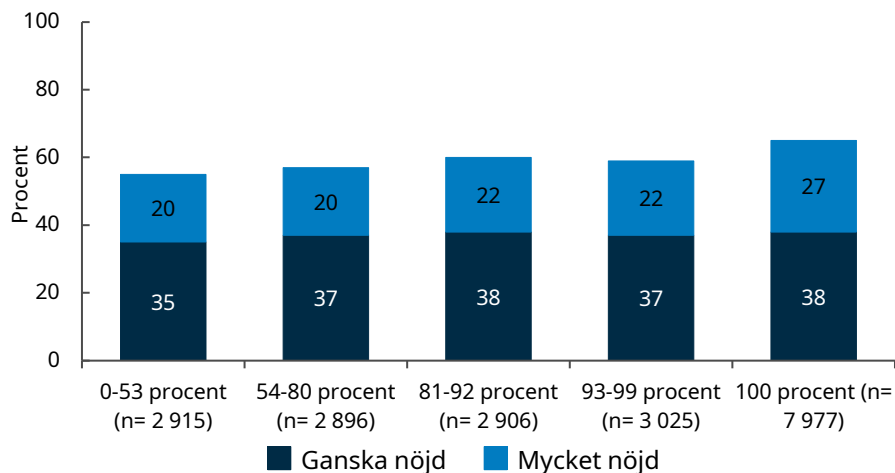
Samband mellan äldres delaktighet i genomförandeplaner och nöjdhet med aktiviteter samt att kunna påverka vilken tid de får hjälp

På säbo där 100 procent av de äldre hade en genomförandeplan som beskriver hur de gjorts delaktiga när genomförandeplanen tagits fram, var 65 procent mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjöds. Detta kan jämföras med säbo där 0–53 procent av de äldre hade en genomförandeplan som beskriver hur den äldre gjorts delaktig i framtagandet. Där var motsvarande andel 55 procent (figur 9).

Samma skillnad ses när det gäller möjligheten att påverka tiderna för när hjälp ges. På säbo där 100 procent av de äldre hade varit delaktiga i att ta fram sin genomförandeplan upplevde 60 procent att de alltid eller oftast kunde påverka vilka tider de fick hjälp, jämfört med 56 procent på säbo där 0–53 procent fått vara delaktiga i att ta fram sin genomförandeplan (figur 10).

Figur 9. Delaktighet i genomförandeplaner och de äldre personernas nöjdhet med aktiviteter

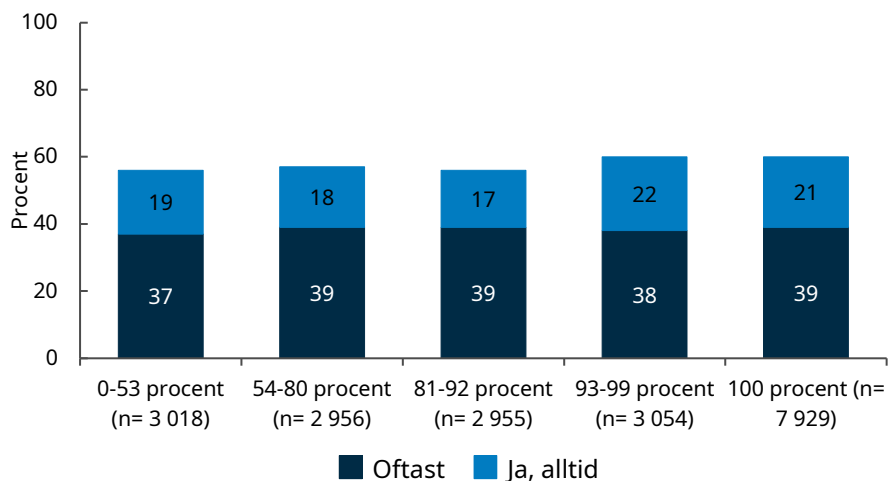
Andel (%) äldre personer som är mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds - fördelat på andel äldre personer med dokumentation om delaktighet i genomförandeplaner på säbo - 2025.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 samt Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025, Socialstyrelsen.

Figur 10. Delaktighet i genomförandeplaner och de äldre personernas upplevelse av att kunna påverka tider

Andel (%) äldre personer som tycker att de alltid eller oftast kan påverka vid vilka tider de får hjälp - fördelat på andel äldre personer med dokumentation om delaktighet i genomförandeplaner på säbo - 2025.

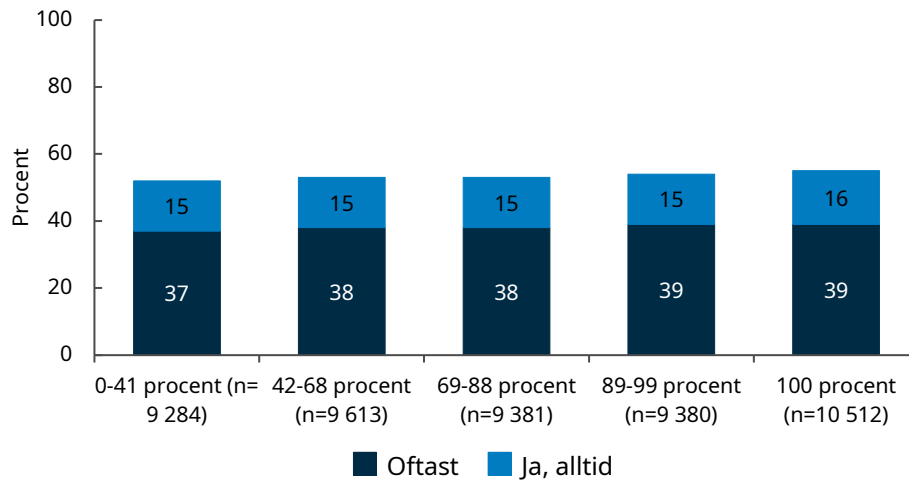


Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 samt Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025, Socialstyrelsen.

Även inom hemtjänsten fanns skillnader. På hemtjänstenheter där 100 procent av de äldre hade dokumentation om delaktighet upplevde 55 procent att de alltid eller oftast kunde påverka tiderna för hjälpen. Motsvarande andel var 52 procent på hemtjänstenheter där 0–41 procent av de äldre hade sådan dokumentation (figur 11).

Figur 11. Delaktighet i genomförandeplaner och de äldre personernas möjlighet att kunna påverka tider

Andel (%) äldre personer som tycker att de alltid eller oftast kan påverka vid vilka tider personalen kommer - fördelat på andel äldre personer med dokumentation om delaktighet i genomförandeplaner i hemtjänst - 2025.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 samt Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025, Socialstyrelsen.

Brett arbete för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre

Under 2024 fördelade Socialstyrelsen flera statsbidrag som syftar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre [9]. Statsbidragen riktades både till kommuner och till civilsamhällesorganisationer och omfattade sammanlagt 200 miljoner kronor. Medlen har huvudsakligen använts för förebyggande och sociala insatser, och uppföljningen visar att en stor andel av bidragen har förbrukats. Sammantaget visar uppföljningen att medlen i hög grad har nått de avsedda målgrupperna och använts till aktiviteter som ska förebygga ensamhet, stärka sociala kontakter och ge stöd till äldre och deras anhöriga.

Socialstyrelsen fördelade 86 miljoner kronor i statsbidrag till 235 kommuner för att motverka ofrivillig ensamhet genom hälsosamtal med äldre personer som inte har hemtjänst eller bor på säbo. Kommunerna använde 76 miljoner kronor, vilket motsvarar 88 procent av de fördelade medlen. Under året genomfördes hälsosamtal med omkring 21 000 personer i målgruppen. Kommunerna har främst använt bidraget till uppsökande arbete samt till att vägleda äldre vidare till sociala aktiviteter och andra hälsofrämjande insatser. Insatserna är i huvudsak förebyggande och syftar till att tidigt identifiera behov samt att stärka äldres sociala delaktighet. Flera kommuner har också börjat arbeta med att utöka och förbättra verksamheten med hälsosamtal.

Under samma år fördelade Socialstyrelsen 98 miljoner kronor i statsbidrag till 488 ideella organisationer och trossamfund för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet. Organisationerna använde 96 procent av de tilldelade medlen. Enligt organisationernas egna uppgifter nåddes omkring 300 000 personer av insatserna. Aktiviteterna bestod bland annat av sociala sammankomster, kultur- och fritidsaktiviteter samt insatser som främjar fysisk och psykisk hälsa. Flertalet organisationer bedömde att de fysiska mötesformerna har varit särskilt betydelsefulla för målgruppen. Det civila samhällets aktiviteter kompletterar därmed kommunernas arbete genom att erbjuda mötesplatser och sociala sammanhang för äldre i hela landet.

Socialstyrelsen fördelade även 16 miljoner kronor i statsbidrag till organisationer som stödjer personer som vårdar eller hjälper en närstående. Tolv organisationer tog del av bidraget och merparten av medlen användes. Insatserna har bland annat bestått av samtalsstöd, mötesplatser samt information och utbildning för anhöriga. Stödet till anhöriga är en viktig del i arbetet mot ofrivillig ensamhet eftersom det kan stärka både den som ger och den som får omsorg. Därutöver fördelades 13 miljoner kronor i statsbidrag till pensionärsorganisationer, i syfte att stödja deras arbete med att främja social gemenskap och delaktighet bland äldre.

I oktober 2025 genomförde Socialstyrelsen även ett innovationslabb inom Innovationsveckan med fokus på ofrivillig ensamhet bland personer över 70 år. Temat föreslogs av Socialstyrelsens Äldreråd.

Hur möter vården de äldres behov?

Sammanfattande iakttagelser

- Kommunal hälso- och sjukvård har en central roll i vården av äldre. Under 2024 fick 384 100 personer 65 år och äldre kommunal hälso- och sjukvård; två tredjedelar av dessa personer var 80 år och äldre.
- Behovet av kommunal hälso- och sjukvård är omfattande i särskilt boende för äldre (säbo). Antalet personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i säbo har varit relativt stabilt och uppgått till omkring 99 100 personer per år under perioden 2018–2024. År 2024 hade 102 100 personer kommunal hälso- och sjukvård i säbo; av dessa var 79 700 personer 80 år och äldre.
- Kommunal hälso- och sjukvård kan också förekomma i samband med dagverksamhet. Under perioden 2018–2024 har andelen personer 65 år och äldre som har beviljats dagverksamhet och samtidigt haft kommunal hälso- och sjukvård varit stabil på omkring 67 procent. År 2024 motsvarade detta 12 500 personer, varav 8 500 var 80 år och äldre.
- Vårdåtgärderna är i stort sett lika för kvinnor och män. Rehabilitering, läkemedelshantering samt samverkan och informationsutbyte dominerar, med endast små skillnader mellan könen.
- Palliativ vård utvecklas mot tidigare och mer integrerade insatser, men förbättringsbehov kvarstår. År 2024 fick endast strax över 50 procent av personer 65 år och äldre i säbo en strukturerad symtomskattning under den sista levnadsveckan, trots rekommendationer om regelbunden uppföljning av symtombördan.
- Uppföljning efter psykiatrisk slutenvård för depression har ökat något över tid bland äldre. År 2024 hade cirka 37 procent av personerna i åldern 65–74 år och cirka 35 procent av dem som är 75 år och äldre haft en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning.
- Efter vård för ångestsyndrom sker uppföljning mer sällan. År 2024 hade omkring 20–22 procent av personerna 65–74 år och cirka 20 procent av dem som är 75 år och äldre haft en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning.

Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser är vanliga bland äldre

I detta avsnitt beskrivs den kommunala hälso- och sjukvården³ för personer 65 år och äldre i olika boendeformer och verksamheter.⁴

Kommunal hälso- och sjukvård omfattar vård, rehabilitering och hjälpmedel för personer i ordinärt boende och säbo. Den kan även ges till personer som deltar i dagverksamhet, bor i LSS-boenden eller har personlig assistans eller insatser inom socialpsykiatri.⁵ Vården bedrivs på primärvårdsnivå av kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Läkarmedverkan vid kommunal hälso- och sjukvård tillhandahålls av regionen.

Under 2024 hade 384 100 personer 65 år och äldre kommunal hälso- och sjukvård, vilket motsvarar cirka 18 procent av befolkningen i denna åldersgrupp (2 190 600 personer), se tabell 1 för fördelning efter boendeform, verksamhet och kön. Av dessa var 257 300 personer 80 år och äldre, se tabell 2.

³ Region Stockholm är, undantaget Norrtälje kommun, den enda region i Sverige som inte har kommunaliserat hemsjukvården sedan ädelreformen 1992.

⁴ Olika boendeformer: ordinärt boende (det egna hemmet), särskilt boende för äldre (säbo), korttidsboende för äldre, särskilt boende med stöd av LSS. Verksamheter där äldre kan ges kommunal hälso- och sjukvård: dagverksamhet för äldre.

⁵ I detta avsnitt presenteras inte uppgifter om kommunal hälso- och sjukvård inom socialpsykiatri och personlig assistans.

Tabell 1. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, efter boendeform och verksamhet

Antal och andel (%) personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, efter boendeform, verksamhet och kön, 2024.*

Boendetyper	Antal personer 65 år och äldre	Andel kvinnor (%)	Andel män (%)
Ordinärt boende	229 800	59	41
Ordinärt boende med hemtjänst	123 900	60	40
Särskilt boende för äldre	102 100	64	36
LSS-boende	3 900	45	55
Korttidsboende	35 800	52	48
Dagverksamhet	12 500	55	45

* Tabellen redovisar antal och andel (%) personer per boendeform och verksamhet. Uppgifterna är inte ömsesidigt uteslutande. En person kan förekomma i flera rader, exempelvis i ordinärt boende samt i korttidsboende och/eller dagverksamhet.

Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Tabell 2. Personer 80 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, efter boendeform och verksamhet

Antal och andel (%) personer 80 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, efter boendeform, verksamhet och kön, 2024.*

Boendetyper	Antal personer 80 år och äldre	Andel kvinnor (%)	Andel män (%)
Ordinärt boende	143 300	61	39
Ordinärt boende med hemtjänst	87 000	63	37
Särskilt boende för äldre	79 700	68	32
LSS-boende	400	50	50
Korttidsboende	25 000	55	45
Dagverksamhet	8 500	56	44

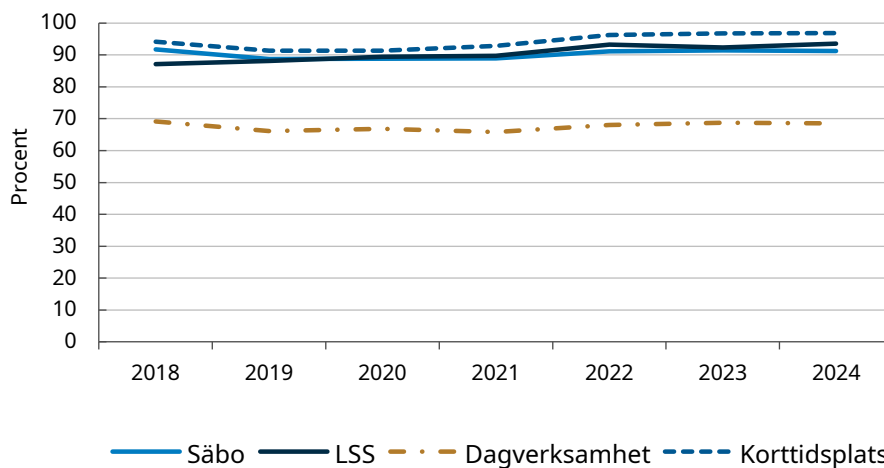
* Tabellen redovisar antal och andel (%) personer per boendeform och verksamhet. Uppgifterna är inte ömsesidigt uteslutande. En person kan förekomma i flera rader, exempelvis i ordinärt boende samt i korttidsboende och/eller dagverksamhet.

Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Andelen personer med kommunal hälso- och sjukvård har ökat inom LSS och korttidsplats mellan 2018 och 2024. Inom säbo och dagverksamhet är andelen däremot relativt stabil över perioden, även om vissa variationer förekommer mellan enskilda år. Sammantaget ligger andelen fortsatt hög inom samtliga boendeformer och verksamheter (figur 12).

Figur 12. Tillgång till kommunal hälso- och sjukvård under åren 2018–2024

Andel (%) personer 65 år och äldre, i olika boendeformer och verksamheter, som under perioden 2018–2024 hade kommunal hälso- och sjukvård.



Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Många äldre i ordinärt boende har både kommunal hälso- och sjukvård och hemtjänst

Den vanligaste platsen där kommunal hälso- och sjukvård gavs var ordinärt boende.⁶

Under 2024 fick 229 800 personer 65 år och äldre kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Majoriteten av dessa var 80 år och äldre, vilket visar att behovet i stor utsträckning uppstår i högre åldrar. Fördelning efter kön och ålder framgår av tabell 1 och 2.

Antalet personer som samtidigt hade både kommunal hälso- och sjukvård och hemtjänst låg relativt stabilt mellan 2018 och 2024. Under 2024 omfattade gruppen 123 900 personer i åldern 65 år och äldre. Kvinnor utgjorde omkring 60 procent (tabell 1). I åldersgruppen 80 år och äldre var kombinationen ännu vanligare. Under 2024 hade 87 000 personer, varav nästan två tredjedelar var kvinnor, båda typerna av insatser (tabell 2).

Den högre andelen kvinnor i dessa grupper kan delvis förklaras av att kvinnor i genomsnitt lever längre än män.

⁶ [Medellivslängden i Sverige – SCB](#)

De flesta äldre som bor på säbo behöver kommunal hälso- och sjukvård

Säbo var den näst vanligaste boendeformen där personer 65 år och äldre hade kommunal hälso- och sjukvård. Majoriteten av de som bodde på säbo (tabell 1) hade även behov av insatser från den kommunala hälso- och sjukvården. Mellan 2018 och 2024 låg antalet personer 65 år och äldre som hade kommunal hälso- och sjukvård på säbo relativt stabilt.

Under 2024 hade 102 100 personer 65 år och äldre som bodde på säbo kommunal hälso- och sjukvård (tabell 1). Av dessa var 79 700 personer (78 procent) 80 år och äldre, vilket speglar att behovet av både omsorg och hälso- och sjukvård ökar med stigande ålder. Fördelningen efter ålder och kön framgår av tabell 1 och 2.

Kvinnor utgjorde en tydlig majoritet bland personer 65 år och äldre som bodde i säbo och samtidigt hade kommunal hälso- och sjukvård. I åldersgruppen 80 år och äldre var denna könsskillnad ännu mer uttalad. Detta kan delvis förklaras av att kvinnor lever längre, men också av att kvinnor i högre grad än män lever ensamma i hög ålder, vilket ökar sannolikheten för att omsorgsbehov tillgodoses genom säbo. Skillnaden mellan kvinnor och män ska inte tolkas som att kvinnor generellt får mer kommunal hälso- och sjukvård än män, utan speglar i första hand könsskillnader i boendeform, särskilt i högre åldrar. (Se även avsnittet *Färre personer 80 år och äldre har hemtjänst eller säbo över tid.*)

Sammantaget visar utvecklingen att säbo fortfarande är en central vård- och omsorgsmiljö för de äldsta och mest vårdkrävande personerna, där kommunal hälso- och sjukvård är en grundläggande förutsättning för att svara mot de omfattande vård- och omsorgsbehoven.

Fler äldre bor i bostad med särskild service enligt LSS

Majoriteten av personer 65 år och äldre som bodde i bostad med särskild service enligt LSS hade även insatser från den kommunala hälso- och sjukvården.⁷

Mellan 2018 och 2024 ökade andelen personer 65 år och äldre i LSS-boende som samtidigt hade kommunal hälso- och sjukvård. Under 2024 gällde detta i stort sett hela gruppen. Det visar att behovet av hälso- och sjukvård är vanligt även i denna boendeform.

⁷ Insatser enligt LSS kan inte beviljas första gången efter 65 års ålder. Personer som har beviljats insatser före 65 års ålder kan dock fortsätta att ha dessa insatser även efter att de fyllt 65 år.

Under 2024 hade 3 900 personer 65 år och äldre i LSS-boende kommunal hälso- och sjukvård (tabell 1). Könsfördelningen var relativt jämn, med en något högre andel män än kvinnor.

Antalet personer 80 år och äldre i LSS-boende med kommunal hälso- och sjukvård var begränsat. I denna åldersgrupp var fördelningen mellan kvinnor och män jämn (tabell 2), vilket skiljer sig från mönstret i ordinärt boende och på säbo, där kvinnor utgjorde en större andel.

Sammantaget visar uppgifterna att äldre personer i LSS-boende i hög utsträckning hade behov av kommunal hälso- och sjukvård, och att dessa insatser gavs parallellt med boende enligt LSS även i högre åldrar.

(Se även rapporten *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2026*.)

Färre äldre på korttidsboende men fler har behov av samtidig kommunal hälso- och sjukvård

Majoriteten av personer 65 år och äldre som beviljats insats i form av korttidsboende hade samtidigt behov av kommunal hälso- och sjukvård. Korttidsboende användes därmed i hög grad av personer med behov av både omsorgsinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser.

Antalet personer 65 år och äldre med korttidsboende och kommunal hälso- och sjukvård varierade under perioden 2018–2024. Variationerna över tid speglar förändringar i nyttjandet av korttidsboende snarare än förändringar i behovet av kommunal hälso- och sjukvård. (Se även avsnittet *Färre äldre tar del av dagverksamhet och korttidsboende*.)

Under 2024 hade 35 800 personer 65 år och äldre korttidsboende med samtidigt behov av kommunal hälso- och sjukvård (tabell 1). Fördelningen mellan kvinnor och män var relativt jämn.

Många äldre har kommunal hälso- och sjukvård på dagverksamhet

Personer kan beviljas en insats i form av dagverksamhet, vilket innebär en form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden [10]. Om personen har behov av kommunal hälso- och sjukvård kan denna vård ges även under vistelse på dagverksamhet.

I gruppen personer 65 år och äldre som hade dagverksamhet under perioden 2018–2024 var andelen som samtidigt hade kommunal hälso- och sjukvård relativt stabil över tid (cirka 67 procent).

Under 2024 hade 12 500 personer 65 år och äldre med dagverksamhet samtidigt kommunal hälso- och sjukvård (tabell 1). Fördelningen mellan kvinnor och män var jämn, med en något större andel kvinnor. Av dessa 12 500 var 8 500 personer 80 år och äldre (tabell 2). Även i denna åldersgrupp utgjorde kvinnor en större andel än män, vilket följer det generella könsmönstret i högre åldrar.

Sammantaget visar uppgifterna att kommunal hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet förekom i betydande omfattning bland äldre, särskilt i de högre åldersgrupperna.

Endast mindre skillnader mellan vårdåtgärder för kvinnor respektive män

För gruppen 65 år och äldre var vanliga vårdåtgärder under 2024 fortsatt rehabilitering, läkemedelshantering samt samverkan och informationsutbyte.

Vanligt förekommande rehabiliterande åtgärder var

- utprovning av hjälpmedel
- bedömning av hjälpmedelsbehov
- bedömning av boendemiljö
- uppföljning av hjälpmedelsförskrivning.

Inom läkemedelshantering var vanligt förekommande åtgärder

- iordningställande och överlämnande av dosett eller enstaka läkemedelsdos
- läkemedelstillförsel via olika administreringsvägar
- vaccination samt provtagning och bedömning av smärta.

Vanligt förekommande åtgärder inom samverkan och informationsutbyte var konferens om och med patient, externt informationsutbyte samt informationsutbyte av olika slag med företrädare för patient.

Det var endast mindre skillnader mellan kvinnor och män vad gäller hur vanliga de olika vårdåtgärderna var. I gruppen kvinnor 80 år och äldre var det något vanligare med åtgärder såsom vaccination, bedömning av behov av att ändra kroppsställning, bedömning av huden samt bedömning av smärta jämfört med män i samma ålder.

Palliativ vård behöver stärkas

Under 2024 avled 91 400 personer i Sverige, varav 45 900 kvinnor och 45 500 män [11]. I åldersgruppen 80 år och äldre var ischemiska hjärtsjukdomar, det vill säga hjärtsjukdomar som orsakas av nedsatt blodtillförsel till hjärtat, samt andra hjärt-kärlsjukdomar de vanligaste

dödsorsakerna inom den åtgärdbara dödligheten för både kvinnor och män. Bland kvinnor var även KOL en vanlig dödsorsak, och bland män covid-19 [11].

Socialstyrelsen rekommenderar att palliativ vård integreras med annan vård, i stället för att enbart fokusera på brytpunktssamtal och vård i livets slutskede. Med en sådan integrering kan patienten få en genomtänkt strategi för den palliativa vården. Dokumentationen av den palliativa strategin är också viktig för att förhindra att information går förlorad när patienten flyttar mellan olika verksamheter [12].

Enligt de nationella riktlinjerna för palliativ vård ska patienten erbjudas regelbunden strukturerad skattning av den samlade symtombördan, som underlag för fortsatt vård. Skattningen gäller både fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom – till exempel smärta, oro, ångest, ofrivillig ensamhet och känsla av meningslöshet [12]. Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät för 2024 visar att strax över 50 procent av personer 65 år och äldre på säbo fick symtomskattning under den sista levnadsveckan [13]. Andelen har ökat jämfört med tidigare år, men fortfarande fick alltså nära hälften av de äldre inte en strukturerad symtomskattning i livets slutskede.

Kontinuitet i vård och behandling vid psykisk ohälsa hos äldre

Detta avsnitt innehåller en fördjupad analys till årets lägesrapport. Syftet är att belysa kontinuiteten i vården vid psykisk ohälsa hos äldre, med särskilt fokus på uppföljning efter psykiatrisk slutenvård.

Uppföljning efter psykiatrisk slutenvård

Kontinuitet i vårdförloppet är en viktig förutsättning för en god och individanpassad vård. För personer som har vårdats i psykiatrisk slutenvård kan en tidig uppföljning i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning vara ett tecken på att olika delar av vården samverkar. En sammanhållen vårdplanering och uppföljning kan bidra till bättre hälsa och livskvalitet och samtidigt minska risken för återinläggning.

Depression är ett vanligt psykiatriskt tillstånd hos äldre och kan debutera sent i livet. Depression är inte en del av det normala åldrandet utan ett behandlingsbart tillstånd. Samtidigt kan tillståndet vara allvarligt. Tillståndet kan öka risken för suicid och förvärra olika somatiska sjukdomar.

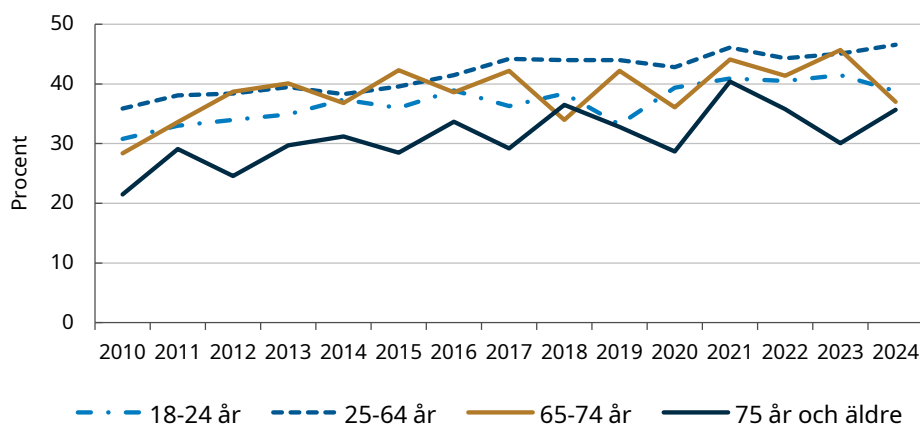
Figur 13 visar andelen personer som för första gången vårdats i psykiatrisk slutenvård för depression och som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning. Resultaten gäller personer

som skrivits ut till ordinärt boende och redovisas för perioden 2010–2024. Resultaten redovisas för åldersgrupperna 65–74 år och 75 år och äldre.

Andelen som får en uppföljning har ökat i båda åldersgrupperna under perioden. Bland personer i åldern 65–74 år ökade andelen från omkring 30 procent 2010 till cirka 37 procent 2024. Bland personer som är 75 år och äldre ökade andelen från drygt 20 procent till cirka 35 procent under samma period. Trots ökningen följs personer som är 75 år och äldre fortfarande upp i något lägre utsträckning än personer i åldern 65–74 år efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression.

Figur 13. Uppföljning i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från heldygnsvård på grund av depression

Andel personer (%) som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård för depression (F32–F39) för första gången, uppdelat efter åldersgrupp. 2010–2024.

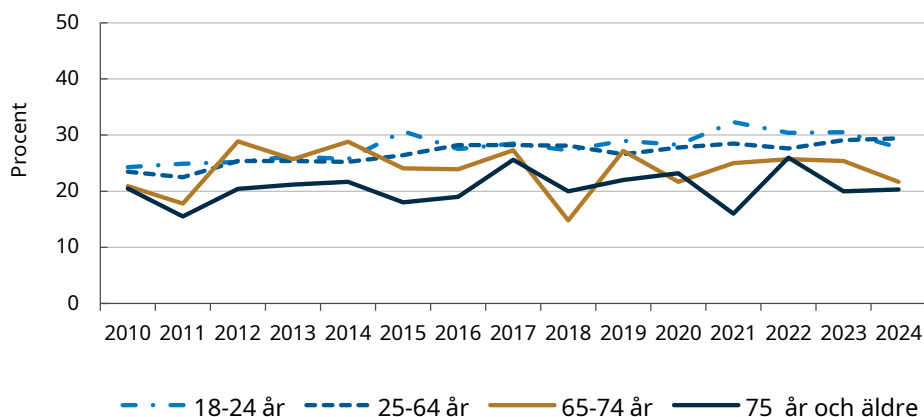


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

En liknande indikator finns för personer som vårdats i psykiatrisk slutenvård för ångestsyndrom. Figur 14 visar andelen som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning. Uppföljning efter vård för ångestsyndrom sker generellt i lägre utsträckning än efter vård för depression. Bland personer i åldern 65–74 år ligger andelen i slutet av perioden kring drygt 20 procent. För personer som är 75 år och äldre ligger andelen omkring 20 procent år 2024. Till skillnad från utvecklingen för depression är variationerna över tid större och någon tydlig ökning kan inte ses.

Figur 14. Uppföljning i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från heldygnsvård på grund av ångestsyndrom

Andel personer (%) som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård för ångestsyndrom (F40–F49) för första gången, uppdelat efter åldersgrupp. 2010–2024.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Sammantaget visar resultaten att uppföljningen efter psykiatrisk slutenvård för depression har ökat något över tid för äldre personer. Samtidigt följs äldre personer, särskilt de som är 75 år och äldre, upp i lägre utsträckning än yngre åldersgrupper inom den specialiserade psykiatriska öppenvården.

Resultaten behöver dock tolkas med viss försiktighet. En lägre andel uppföljningar i psykiatrisk öppenvård behöver inte nödvändigtvis innebära att äldre personer får mindre uppföljning totalt sett. En möjlig förklaring är att uppföljningen för äldre patienter i större utsträckning sker i primärvården eller i andra delar av vården, medan yngre patienter oftare följs upp inom den specialiserade psykiatriska öppenvården. För personer som vårdats för ångestsyndrom är uppföljningen generellt lägre än för depression.

Efterlevnaden av hygienkrav behöver stärkas i äldreomsorgen

Socialstyrelsen har följt upp efterlevnaden av de basala hygienkraven och rutinerna som finns i föreskrifterna om basal hygien i vård och omsorg⁸ och smittförebyggande åtgärder⁹. Uppföljningen visar att arbetet med att förebygga och begränsa smittspridning inom vård och omsorg för äldre pågår, men att efterlevnaden kan förbättras.

Det finns hygienrutiner i kvalitetsledningssystemen, det görs riskanalyser och vård- och omsorgspersonalen får utbildning och fortbildning i basal

⁸ Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg, (SOSFS 2015:10).

⁹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom SoL och LSS, (HSLF-FS 2022:44).

hygien. Socialstyrelsen bedömer dock att efterlevnaden av föreskrifterna kan förbättras och att hygienrutinerna inte förefaller implementerade fullt ut inom vård och omsorg för äldre. Till exempel överanvänds skyddshandskar inom såväl säbo som hemtjänst. Felaktig användning av handskar kan leda till ökad risk för smittspridning. Vård- och omsorgspersonalen vet inte alltid när och hur rutinerna ska tillämpas, och har i de fallen inte förutsättningar för att följa hygienbestämmelserna.

Kartläggningen visar samtidigt att utbildning i basal hygien är vanligt förekommande, men att möjligheten till praktisk träning är mer begränsad [14]. Drygt hälften av verksamheterna uppger att all omsorgspersonal har möjlighet att träna praktiskt i samband med utbildningen (58 procent i säbo och 54 procent i hemtjänst). Dialoger med personal visar också att den teoretiska utbildningen ibland kan vara svår att omsätta i praktiken.

Socialstyrelsens slutsats är bland annat att vård- och omsorgspersonalens förutsättningar för att ta till sig kunskap om basala hygienrutiner kan öka om utbildningen även innehåller praktiska moment [14].

Hur möter tandvården de äldres behov?

Sammanfattande iakttagelser

- Munhälsan är generellt god hos i huvudsak friska äldre personer som besöker tandvården, oavsett ålder. I befolkningen 65 år och äldre genomgick 70 procent en basundersökning inom en tvåårsperiod under 2024. Samtidigt finns tydliga skillnader kopplade till socioekonomi, tandvårdsrädsla och regional tillgång till tandvård.
- Andelen äldre som avstår från tandvård har ökat under senare år. Bland personer i åldern 65–84 år uppgav 8,2 procent att de avstod från tandvård av ekonomiska skäl 2024, vilket motsvarar en ökning med 2,2 procentenheter jämfört med 2022.
- Tandvårdsstöden når många, men ofta sent. Bland personer med demenssjukdom i särskilt boende för äldre (säbo) hade 92 procent ett beslut om regionalt tandvårdsstöd, jämfört med 16 procent bland personer i eget boende. Detta tyder på att stöden i stor utsträckning aktualiseras först i ett senare skede av sjukdomen.
- Regelbunden tandvårdskontakt är mindre vanlig bland personer med demenssjukdom än i befolkningen i stort. Under 2024 genomgick 63 till 68 procent av personer med demenssjukdom beroende på insats en basundersökning inom två år, jämfört med 71 procent i befolkningen 65 år och äldre.
- Det förebyggande arbetet inom äldreomsorgen har stärkts. Nästan nio av tio kommuner samverkar med tandvården kring utbildning i munvård, och antalet vård- och omsorgspersonal som utbildats av tandvården ökade med 25 procent under 2024. Cirka hälften av målgruppen nås av en årlig munhälsobedömning, men variationen mellan regioner är stor.
- Munhälsan riskerar att hamna mellan olika ansvarsområden, eftersom otydlig ansvarsfördelning mellan huvudmän och verksamheter bidrar till att munvård ofta nedprioriteras, trots att det finns nationella riktlinjer.
- Regelbunden tandvårdskontakt minskar sakta bland äldre. Ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i samverkan är centralt för att möta framtidens behov. Tidiga insatser, bibehåll en tandvårdskontakt och långsiktigt hållbara strukturer bedöms vara avgörande för ett hälsosamt åldrande och för att minska behovet av mer omfattande tandvårdsbehandlingar.

Äldre med god munhälsa har fortsatt behov av regelbunden tandvård

Munhälsan är generellt god hos i huvudsak friska äldre personer som besöker tandvården, oavsett ålder. Bland äldre personer i Sverige har skillnaderna mellan dem som har sämsta munhälsa och genomsnittet minskat över tid. Detta beror på att yngre generationer åldras med fler och friskare tänder än tidigare generationer [15].

Den positiva utvecklingen av munhälsan i Sverige har lett till att allt fler äldre personer har kvar sina egna tänder. Samtidigt innebär detta att fler lever med tänder som har lagningar och andra tandersättningar, vilket ofta kräver mer omfattande munvård än intakta tänder. Det är också fler tänder och tandytor som kan drabbas av kariesskador. Samtidigt finns det äldre personer som inte besöker tandvården, antingen av ekonomiska skäl eller för att de inte upplever något behov av tandvård. Det finns även personer med tandvårdsrädsla eller tandvårdsfobi som därför undviker kontakt med tandvården. Andelen äldre personer som avstår från tandvård har ökat under senare år. Bland personer i åldern 65–84 år uppgav 8,2 procent att de avstod från tandvård av ekonomiska skäl. Detta motsvarar en ökning med 1,3 procentenheter mellan 2022 och 2024 [16].

Munhälsa hos personer som behöver särskilt stöd

Risken för munhälsan ökar med skörhet och funktionsnedsättning

Äldre med omsorgsinsatser har ofta sämre munhälsa än jämnåriga utan insatser. Regionerna ansvarar för tandvård till dessa personer genom stöden nödvändig tandvård (N) och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F), samt genom att erbjuda uppsökande munhälsobedömning och utbildning av vårdpersonal. Regioner och kommuner delar ansvaret för att uppmärksamma munhälsa inom äldreomsorgen och ha rutiner för samverkan. En ökad risk för försämrad munhälsa föreligger ofta när behovet av stöd från äldreomsorgen leder till ett beslut om omsorgsinsats, och många saknar regelbunden kontakt med tandvård redan innan beslutet. Samverkan mellan tandvård och äldreomsorg är viktig, men uppföljning av tandvårdsstöden visar stora skillnader mellan regioner och kommuner [17]. SKR samlar årligen in data om tandvårdsstöd och utbildning, och resultaten varierar stort under 2024. Det är cirka hälften av målgruppen som nås av en årlig munhälsobedömning med regionala variationer mellan 29 och 91 procent. Antal personer som fått nödvändig

tandvård under år 2024 ökade med 5 procent till 78 procent jämfört med föregående år. De regionala variationerna var dock stora, mellan 35 och 95 procent.

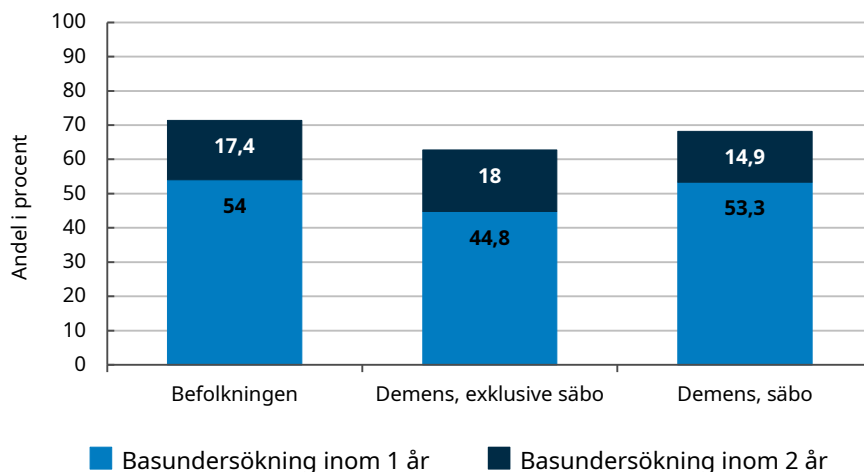
Nästan nio av tio kommuner samverkar idag med tandvården för utbildning i munvård. Antalet bland vård och omsorgspersonalen som utbildats av tandvården har också ökat med 25 procent under 2024. För att minska skillnaderna över landet är det viktigt att tandvården arbetar mer aktivt i samverkan med andra för att fler ska få tillgång till tandvård [18].

Äldre personer med behov av stöd från äldreomsorgen är en heterogen population med olika behov. För att beskriva en lägesbild för munhälsan bland personer med behov av särskilt stöd från tandvården och äldreomsorgen har populationen med demenssjukdom använts för en fördjupad analys (se bilaga 5) [5]. För detta ändamål delades populationen in i två grupper. Personer med insatsen säbo respektive personer utan insatsen säbo. Befolkningen 65 år och äldre har valts som referens.

Äldre personer är i en särskilt utsatt situation för att förlora regelbunden tandvårdskontakt i samband med att den allmänna hälsan och funktionsförmågan sviktar. En förlorad tandvårdskontakt innebär att tandvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser uteblir vilket ökar risken för en snabb sjukdomsprogression som också leder till ökad risk för en sämre allmän hälsa. Utebliven kontakt med tandvården ställer därför högre krav på att problem med munhälsan uppmärksammas vid andra vård och omsorgskontakter. Regelbunden tandvårdskontakt definieras här som en basundersökning inom en 2 årsperiod för personer i befolkningen över 65 års ålder samt för personer med demenssjukdom utan insatsen säbo. Personer med säbo bedöms behöva en basundersökning oftare än inom en 2 årsperiod som figur 15 nedan visar.

Figur 15. Andel personer med genomförd basundersökning under 2023–2024 bland personer med demenssjukdom och befolkningen 65 år och äldre i relation till boendeform

Andel (%) personer 65 år och äldre som genomgått basundersökning, uppdelat efter insatsen säbo, n=32 698, och utan säbo, n=44 657, bland personer med demenssjukdom och jämfört med befolkningen 65 år och äldre.



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

Det är fler kvinnor än män i befolkningen som har regelbunden tandvårdskontakt jämfört med personer med demenssjukdom där skillnaderna mellan könen är små. Fler personer i befolkningen har regelbunden tandvårdskontakt jämfört med personer med en demenssjukdom. Det är färre personer med demenssjukdom och insatsen säbo som har en tandvårdskontakt inom en ettårsperiod än personer med demenssjukdom utan säbo inom en tvåårsperiod. Över en 10 års period minskar regelbunden tandvårdskontakt i befolkningen 65 år och äldre men ökar bland personer med en demenssjukdom med insatsen säbo. För personer med demenssjukdom utan säbo är det ingen skillnad.

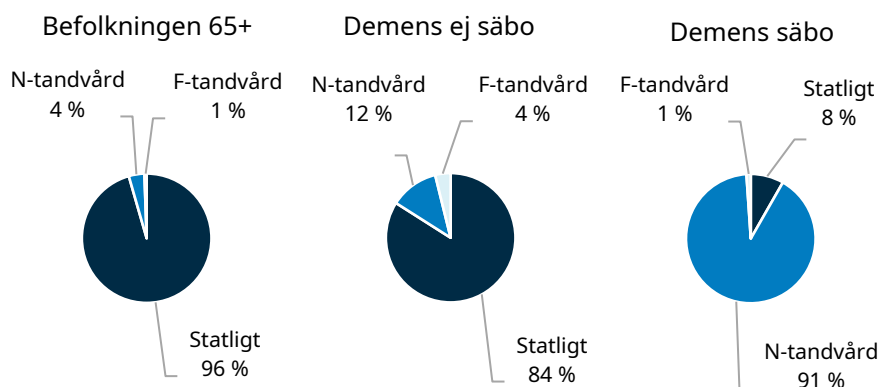
Regionala tandvårdsstöd kommer sent i sjukdomsförloppet

De regionala tandvårdsstöden ska stödja personer att bibehålla kontakten med tandvården genom att undanröja ekonomiska hinder, erbjuda uppsökande besök i hemmet och stödja vård och omsorgspersonal genom utbildning i samverkan mellan regioner och kommuner.

Lägesbilden i vår analys av demenspopulationen som har regelbunden tandvårdskontakt visar att regionala tandvårdsstöd kommer sent i sjukdomen. Personer i eget boende med eller utan insatser från hemtjänsten har beslut om tandvårdsstöd i 16 procent jämfört med personer med säbo, 92 procent (figur 16).

Figur 16. Tandvårdsstöd bland personer med demenssjukdom i relation till boendeform och socialtjänstinsats

Statligt tandvårdsstöd samt regionala tandvårdsstöd för nödvändig tandvård (N-tandvård) och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård), fördelat efter ordinärt boende respektive särskilt boende för äldre (säbo) och jämfört med befolkningen 65 år och äldre (referens), 2024.



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

RisKFörebyggande arbete kan stärka samverkan med tandvården

Äldreomsorgen i många kommuner arbetar riskförebyggande för en god munhälsa bland personer som omfattas av hemtjänst och säbo. Exempelvis uppger tre av fyra demensboenden att alla deras boende har fått en bedömning av munhälsan under 2023–2024, och resterande fjärdedel uppger att detta gäller de flesta boende [5].

Ett riskförebyggande arbete där munhälsan återkommande uppmärksammas ger förutsättningar för en god samverkan med tandvården. Genom strukturerat arbete och genom att titta i munnen och bedöma aktuell risk för en dålig munhälsa kan kontakter med tandvården bli mer regelbundna och munhälsan förbättras.

Munhälsa hos personer med demenssjukdom

Munhälsa och tandvårdsinsatser på säbo

Andelen personer med demenssjukdom som har fått en strukturerad riskbedömning av munhälsan ökar över tid [5]. År 2024 hade över hälften som genomgått en sådan bedömning också en ökad risk för dålig munhälsa.

Andelen personer som har genomgått en basundersökning hos tandläkare eller tandhygienist har också ökat över tid.

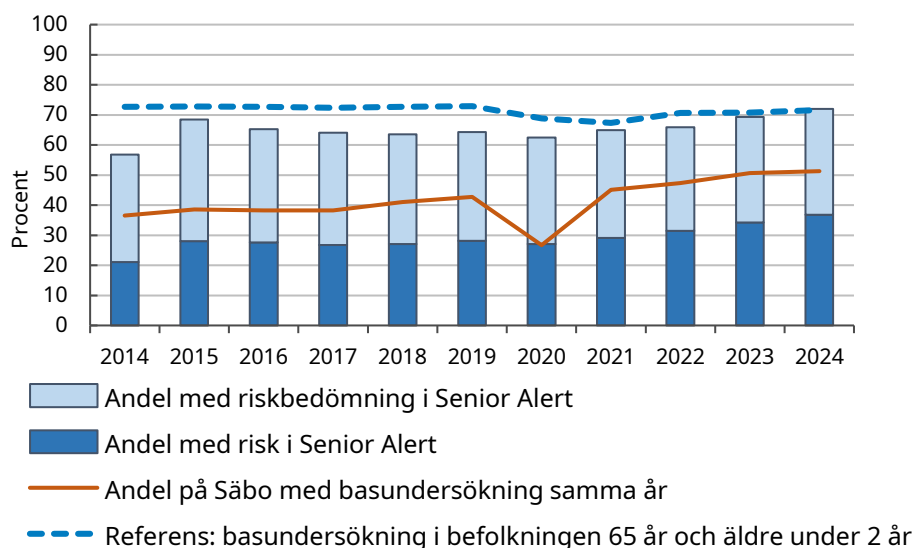
51 procent av personerna med demenssjukdom på säbo genomgick en basundersökning under 2024. Jämfört med befolkningen 65 år och äldre där 70 procent genomgick en basundersökning under en tvåårsperiod. Intervallet mellan två basundersökningar baseras på risk och därför är det olika långa perioder i jämförelsens två grupper eftersom befolkningen generellt har en bättre hälsa än personerna på säbo.

Sammantaget har munhälsan för personer med demenssjukdom uppmärksammas i högre utsträckning både inom äldreomsorgen och inom tandvården under perioden 2014–2024 (figur 17). Detta tyder på ett ökat behov av insatser från både äldreomsorgen och tandvården. En förklaring är att äldre personer idag har allt fler egna tänder men också mer avancerade tandersättningar, såsom som implantat, kronor och broar.

2020 minskade antalet basundersökningar för personer på säbo eftersom tandvårdsbesöken minskade till följd av restriktioner under covid-19-pandemin. Andelen riskbedömningar påverkades inte på samma sätt. Även antalet basundersökningar i befolkningen 65 år och äldre minskade, men effekten var mindre eftersom dessa undersökningar beräknas på en tvåårsperiod.

Figur 17. Bedömning av munhälsa och basundersökning i tandvården bland personer med demenssjukdom på säbo

Andel (%) personer med demenssjukdom på särskilt boende för äldre (säbo) som genomgått riskbedömning av munhälsa (ROAG), andel med identifierad risk för munhälsa samt andel (%) som genomgått basundersökning i tandvården samma år, jämfört med basundersökning under en tvåårsperiod för befolkningen 65 år och äldre. 2014–2024.



*Socialstyrelsens demenspopulation definieras i bilaga 5 (Nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar).

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

Munhälsa och tandvårdsbesök för personer i ordinärt boende

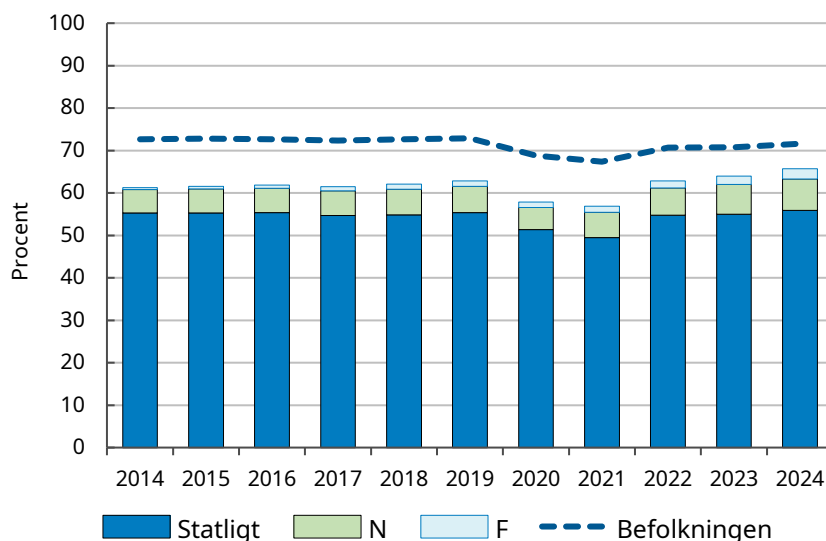
Personer med demenssjukdom i ordinärt boende är en något större andel av den definierade demenspopulationen än de som bor på säbo [5]. Andelen uppgår till 63 procent bland män och 50 procent bland kvinnor. Dessa personer lever med sjukdomen med stöd av anhöriga och/eller hemtjänstinsatser.

Andelen tandvårdsbesök för en basundersökning under en tvåårsperiod var 66 procent under 2024, jämfört med 70 procent i befolkningen. Skillnaderna mellan grupperna minskade mellan 2014 och 2024, främst till följd av att en större andel av personer med demenssjukdom har beviljats regionala tandvårdsstöd.

Tandvårdsstödet för nödvändig tandvård (N) ökade från 5,5 till 7,4 procent, och tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F) ökade från 0,5 till 2,4 procent (figur 18).

Figur 18. Basundersökning i tandvården bland personer med demenssjukdom i ordinärt boende

Andel (%) personer 65 år och äldre med genomförd basundersökning i tandvården bland personer med demenssjukdom i ordinärt boende, jämfört med befolkningen 65 år och äldre (bilaga 5), mellan 2014 och 2024. Statligt tandvårdsstöd samt regionala tandvårdsstöd för nödvändig tandvård (N-tandvård) och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård).



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

De regionala tandvårdsstöden innebär att tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Den nödvändiga tandvården omfattar även ett årligt uppsökande tandvårdsbesök för den som tackar ja.

Det är angeläget att möjliggöra tidiga insatser för personer med demenssjukdom eftersom risken för nedsatt munhälsa ökar redan tidigt i sjukdomsförloppet. Tidiga förebyggande och hälsofrämjande insatser förutsätter bibehållen kontakt med tandvården under hela sjukdomens förlopp [18, 19].

Tydligare ansvarsfördelning och rutiner krävs för bättre samverkan mellan tandvården och äldreomsorgen

Ny forskning pekar på att munhälsan ofta faller mellan stolarna i äldreomsorgen. Problemen med munhälsan kvarstår trots riktlinjer och tandvårdsstöd som ger tillgång till tandvård till samma avgift som hälso- och sjukvård. Bristande rutiner och otydligt ansvar gör att munvården alltför ofta prioriteras ner. Bättre munhälsa i äldreomsorgen handlar inte om mer av den utbildning som ges idag, utan om att skapa strukturer som främjar lärande i hela organisationen. Tydligare ansvarsfördelning, fungerande samverkan mellan tandvård och äldreomsorg samt tidig intervention genom samtal med äldre, lyfts fram som avgörande för att munhälsan inte ska bli en bortglömd del av omsorgen [20].

En fortsatt god utveckling av munhälsan bland oberoende äldre som besöker tandvården, sköra äldre med risk för att tappa tandvårdskontakten och äldre som omfattas av insatser från äldreomsorgen är en komplex utmaning. För oberoende äldre har en ny reform sjuvänt den 1 januari 2026 som innebär betydligt lägre egenavgifter för tandvård, särskild tandvårdsersättning (STE). Reformen ger ersättning vid sjukdom i munnen. De regelbundna basundersökningarna och hälsofrämjande insatser ingår dock inte, vilket kan begränsa effekterna av reformen.

Tandvården kan inte ensam förebygga karies och tandlossningssjukdomar hos personer som är beroende av insatser från många håll. Tidiga riskbedömningar av munhälsan är en förutsättning för att vård- och omsorgspersonal ska kunna uppmärksamma, förebygga och följa upp munhälsan och vid behov kontakta tandvårdspersonal [21]. Ökad kunskap, praktisk träning och handledning i munvård samt förändrade attityder och ökad förståelse för vikten av god munhälsa hos personalen kan också bidra till en bättre munhälsa på säbo [22]. För att uppnå en god munhälsa i denna målgrupp behöver lösningar sökas på flera nivåer med ett systemperspektiv. Ett större fokus på tandvården som system i relation till hälso- och sjukvårdssystemet och äldreomsorgen föreslås bland annat av WHO [23]. Socialstyrelsen har därför, med utgångspunkt bland annat från de nationella riktlinjerna, tagit fram ett stöd till tandvården för en patient- och personalcentrerad personalplanering [24].

Ett exempel på hur man kan arbeta med ett strukturerat lärande presenterades under ett nationellt erfarenhetsutbyte med aktörerna inom äldreomsorgen som arrangerades av Socialstyrelsens nationella kompetenscentrum för äldreomsorg (NKÄ) under 2025. Ett projekt som genomförts i samverkan mellan Region Gävleborg och Hofors kommun presenterades. Projektet initierades efter konstaterade utmaningar kring personalplaneringen på Folktandvården och äldreomsorgen i Hofors kommun. Bristen på tandhygienister analyserades och bedömdes vara större än det framtida behovet inom äldreomsorgen. Samtidigt hade äldreomsorgen svårt att avdela tillräckliga personalresurser för att kunna följa med patienter vid långa transporter till och från Folktandvårdens kliniker. (Läs också *Tillgången till tandhygienister minskar, men det finns stora regionala skillnader*)

Projektet syftade till att stärka lärandet genom att ge ett tydligare ansvar för munhälsan till utvalda undersköterskor inom äldreomsorgen. För att möjliggöra en överföring av vissa arbetsuppgifter från tandvården till äldreomsorgen anordnade Folktandvården i Region Gävleborg en skräddarsydd utbildning för undersköterskorna.

Resultaten från uppföljningen av projektet visade tydliga fördelar för båda organisationerna, vilket underlättade genomförandet av deras respektive uppdrag. Bland de viktigaste organisatoriska effekterna fanns tidsbesparingar och ökad tillgänglighet av personalresurser. Det mest betydelsefulla resultatet var dock förbättrad munhälsa för de äldre i målgruppen.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser i samverkan behöver prioriteras mer

Kombinationen av en växande äldre befolkning och att fler äldre behåller sina egna tänder högre upp i åldrarna innebär att fler äldre med skörhet och funktionsnedsättning behöver mer omfattande behandling i tandvården. En förutsättning för en bibehållen munhälsa är därför att hälsofrämjande och förebyggande insatser i tandvården och äldreomsorgen inte nedprioriteras. De nationella riktlinjerna har särskilt betonat vikten av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder för personer med särskild risk för hälsan [25]. Socialstyrelsen bedömer också att arbetet med samordnade insatser för barn och vuxna som behöver särskilt stöd behöver utvecklas vidare så att tandvård och munhälsa inkluderas i vårdkedjan på det sätt som rekommenderas i riktlinjerna. Tillgång på resurser inom såväl tandvård som andra verksamheter kan dock vara en faktor som försvårar samverkan. Ett mer hälsofrämjande arbetssätt inom tandvård och äldreomsorgen, belastar personalresurserna mindre, ökar välbefinnandet och minskar också risken för en försämrad allmän hälsa [26].

Hur säkerställs en trygg och säker vård och omsorg?

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen äldre med tio eller fler läkemedel har fortsatt att öka under perioden 2017–2025. Den ökade mest bland män och bland personer med hemtjänst i ordinärt boende.
- Användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre, har minskat påtagligt under denna tidsperiod. Minskningen var störst i särskilt boende för äldre (säbo); bland kvinnor i säbo var användningen under den senare delen av mätperioden till och med lägre än i befolkningen som helhet. Användningen av dessa läkemedel var genomgående högre bland äldre med hemtjänst jämfört med i säbo. Denna skillnad var mest påtaglig bland kvinnor.
- Utredningen av demenssjukdomar har förbättrats. Av personer med nydiagnostiserad demenssjukdom får nu 88 procent en fullständig basal demensutredning i primärvården, vilket är nära den nationella målnivån på 90 procent. Samtidigt får endast 20 procent i primärvården och 50 procent i specialistvården en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning vid demens.
- Vård och omsorg vid demenssjukdomar präglas av ojämlikhet och brister. Skillnaderna i läkemedelsbehandling mellan regioner och socioekonomiska grupper har ökat, och hälften av regionerna saknar demensteam. Samtidigt är kommunernas stöd till anhöriga till personer med demenssjukdom i stort sett oförändrat och fortsatt begränsat. Förskrivningen av demensläkemedel är nästan tre gånger så hög i den region som har högst förskrivning jämfört med den region som har lägst.
- Andelen vårdtagare i säbo som behandlas med antibiotika fortsätter att öka, och 2024 nåddes den högsta nivån sedan HALT-mätningarna¹⁰ startade. 2024 behandlades 3,3 procent av vårdtagarna med antibiotika. Den vanligaste rapporterade vårdrelaterade infektionen var hud- och mjukdelsinfektioner. Även inom tandvården har antibiotikaförskrivningen ökat efter covid-19-pandemin, särskilt bland personer över 80 år, efter en längre period av minskning.

¹⁰ Svenska HALT är en årlig punktprevalensmätning som samlar data om förekomsten av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och riskfaktorer bland vårdtagare på säbo.

- Bland äldre personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser hade 5,7 procent trycksår vid 2025 års punktprevalensmätning. Störst var förekomsten på korttidsboenden. Tryckavlastande hjälpmedel planerades för 55 procent av personer med risk för trycksår, men registrerades som genomförda i endast 19 procent av fallen. Detta visar att brister kvarstår vad gäller att utföra planerade förebyggande åtgärder.
- Fallskador bland personer 65 år och äldre har legat på en hög nivå under perioden 2013–2024. Efter en minskning 2020 till 5 063 per 100 000 invånare ökade förekomsten igen och nådde den högsta nivån 2023 (5 835 per 100 000). År 2024 minskade nivån något till 5 743 per 100 000, men låg fortsatt över nivåerna före pandemin. Kvinnor har genomgående fler fallskador än män.
- I säbo har fallskador som leder till sluten vård minskat över tid. Antalet fallskador minskade från 8 831 per 100 000 personår 2013 till 7 608 per 100 000 år 2024, vilket är den lägsta nivån under hela mätperioden 2013–2024. Samtidigt ökade motsvarande fallskador bland personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. År 2024 uppgick nivån till 13 263 fallskador per 100 000 personår, vilket är den högsta nivån under mätperioden.
- Välfärdsbrottslighet inom vård och omsorg för äldre ökar i omfattning och komplexitet, och äldreomsorgen pekas ut som ett riskområde. För att stärka kontrollen införs från den 1 mars 2026 lagändringar som ger kommuner möjlighet att begära utdrag ur belastningsregistret vid anställning av personal som ska arbeta med äldre eller personer med funktionsnedsättning (prop. 2025/26:61).

Inriktning för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhet handlar om att patienter ska få en god och säker vård och inte behöva drabbas av någon vårdskada, det vill säga en undvikbar skada. Socialstyrelsen har under 2025 fortsatt sitt långsiktiga arbete med nationell samordning inom patientsäkerhetsområdet samt med att stödja och stärka hälso- och sjukvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete. Arbetet utgår från ett systemperspektiv på säkerhet och från den inriktning som beskrivs i den uppdaterade nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet – *Agera för säker vård 2025–2030* [27].

(Se även rapporten *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2026*.)

Kunskap om inträffade vårdskador synliggör risker i vården och utgör ett viktigt underlag för det fortsatta arbetet med att minska förekomsten av vårdskador. I detta kapitel belyses trygghet och säkerhet i vård och omsorg för äldre ur flera perspektiv. Kapitlet berör bland annat läkemedelsanvändning, demensvård, vårdskador, vårdhygien och infektioner, trycksår, fallskador samt risker kopplade till välfärdsbrottslighet. Sammantaget visar resultaten att det både finns områden som har förbättrats och områden där uppföljning och förebyggande arbete behöver stärkas.

Systematiskt arbete för att identifiera vårdskador pågår, men nationell lägesbild saknas

Med vårdskada avses i patientsäkerhetslagen (2010:659) ”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”.¹¹ Metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) används inom flera olika vårdområden för att systematiskt identifiera förekomsten av olika typer av skador och andelen av dessa som är vårdskador.

Under 2023–2024 avvecklade SKR sitt metodstöd för MJG. I samband med detta tog Socialstyrelsen över ett antal metodhandböcker och visst utbildningsmaterial för att detta även fortsättningsvis ska finnas tillgängligt. Även om metoden fortfarande används i flera regioner finns det inte längre någon nationell lägesbild för vuxenpsykiatri och somatisk sjukhusvård efter att SKR:s nationella databas stängts ned 2024. De senast publicerade nationella data avseende tiden 2013–2023 visade att skador inom somatisk sjukhusvård var vanligare vid hög ålder (22).

Sedan hösten 2024 har Socialstyrelsen erbjudit utbildning i MJG inom hemsjukvård, och hittills har hälso- och sjukvårdspersonal från ett femtiotal kommuner deltagit. Några sammanställda resultat om förekomst av vårdskador på nationell nivå finns dock inte.

Sammantaget påverkar bristen på en samlad nationell lägesbild inte bara möjligheterna att följa upp och förebygga vårdskador, utan även förutsättningarna för samordning mellan kommuner och regioner. När information om vårdskador och risker inte är jämförbar eller systematiskt sammanställd försvåras gemensam analys, lärande och utveckling av

¹¹ Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL, där det står: ”Med patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada.”

sammanhållna arbetsätt i vård och omsorg för äldre. (Läs även kapitlet *Hur samordnas vård och omsorg för äldre?*)

Ledarskap och kompetens är viktigt för det infektionsförebyggande arbetet

Kunskap om basala hygienåtgärder och smittförebyggande arbete är viktig för att minska risken för vårdrelaterade infektioner, även utanför perioder med sjukdomsutbrott. Arbetet är viktigt både för personal och chefer. Ett tydligt och aktivt ledarskap har stor betydelse för att hygienarbetet ska fungera och behöver genomsyra hela organisationen.

Under 2025 har 328 personer genomfört utbildningen *Förebygga och förhindra smitta för chefer i vård och omsorg*. Totalt har 1 663 personer genomfört utbildningen. Under året har 39 594 personer genomfört webbutbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg* som riktar sig till personal inom hemtjänst, säbo, LSS-boende samt bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen (SoL). Det är 7 514 fler deltagare än 2024.

Andelen vårdtagare i säbo med antibiotikabehandling fortsätter öka

Svenska HALT är en årlig punktprevalensmätning i särskilda boenden som samlar in data om förekomst av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och förekomst av riskfaktorer bland vårdtagare. Syftet med mätningen är att stödja och stimulera ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete. Resultaten publiceras i en nationell rapport och sammanställs till öppet tillgängliga visualiserade data på Folkhälsomyndighetens webbplats.

Metoden används även för gemensamma mätningar i hela Europa cirka vart tredje till femte år och koordineras då av den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC. I Sverige koordineras mätningen av Folkhälsomyndigheten i samarbete med det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Mätningen har sedan 2014 genomförts varje år på en valfri dag under vecka 46 eller 47. I mätningen 2024 deltog 177 kommuner med 2 456 enheter och totalt 27 261 vårdtagare. Det är det högsta deltagandet sedan mätningen startade 2014.

Andelen personer med en vårdrelaterad infektion (VRI) var 1,3 procent. Den vanligaste rapporterade vårdrelaterade infektionen var hud- och mjukdelinfektioner. Andelen vårdtagare med antibiotikabehandling var 3,3 procent, vilket är den högsta noterade andelen sedan HALT-mätningen startade. Nivåerna i HALT-mätningen överensstämmer med de förändringar i antibiotikaförskrivningen som observerats i samhället i stort de senaste åren.

Sambandet mellan vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer är fortsatt starkt i de statistiska analyserna. En trendanalys som undersökte förändringar i riskfaktorer över tid sedan HALT startade visade en signifikant ökning av förekomsten av urinkatetrar, trycksår och andra sår. I 2024 års HALT-resultat analyserades variationen mellan enheter när det gäller förekomst av vårdrelaterade infektioner, antibiotikabehandling och riskfaktorer. Analysen visade att förekomsten är ojämnt fördelad mellan de enheter som deltog.

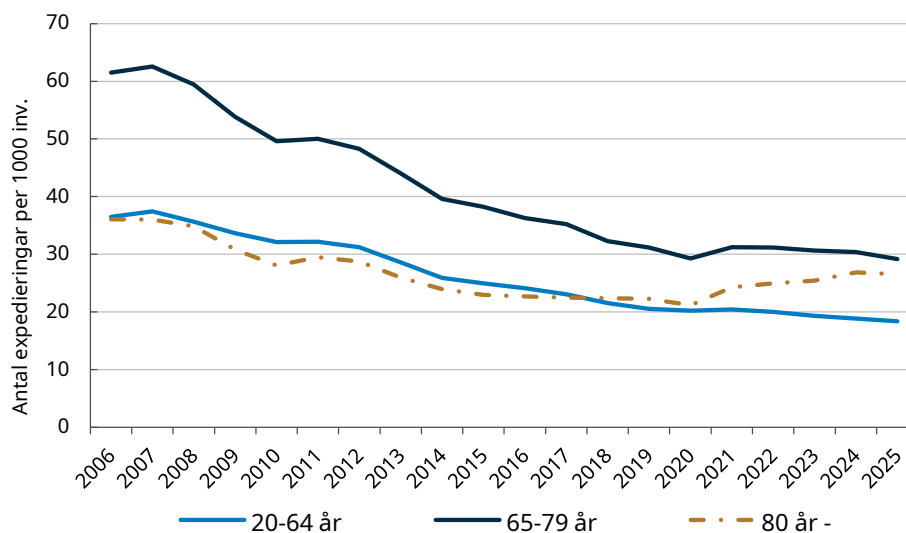
Mätningar av vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer och antibiotikaanvändning visar på behovet av ett mer aktivt arbete med smittförebyggande åtgärder och bidrar till en säkrare vård. Regelbundna mätningar stimulerar ett kontinuerligt förbättringsarbete genom att resultaten kan följas över tid. Även utanför särskilda boenden syns förändringar i antibiotikaförskrivningen till äldre, bland annat inom tandvården.

Antibiotikaförskrivningen ökar igen bland äldre i tandvården

Antibiotikaförskrivning har haft en positivt nedgående trend i tandvården sedan 2007 men efter Covid-19 pandemin har förskrivningen ökat bland äldre, framför allt bland personer över 80 år. Det kan bero på att äldre har fler kvarvarande tänder med restaurationer och därmed behöver mer invasiv tandvård, det vill säga tandvård som innebär kirurgiska ingrepp, till exempel extraktioner och implantat, vilket ökar sannolikheten att få antibiotika förskrivet (figur 19). Flera åtgärder har föreslagits för att minska onödig antibiotikaförskrivning inom tandvården [28].

Figur 19. Utveckling av antibiotikaförskrivning inom tandvården per åldersgrupp

Antal expireringar av recept på antibiotika per 1 000 invånare, förskrivna av tandläkare, per åldersgrupp och år.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Vårdgivaren ges större ansvar för delegering av läkemedelshantering

Läkemedelsbehandling är en av de vanligaste åtgärderna inom hälso- och sjukvården. All läkemedelsbehandling innebär dock risk för läkemedelsrelaterade skador, och en betydande andel av dessa skador är undvikbara. Äldre personer har ofta en omfattande läkemedelsanvändning och är därför utsatta för en högre risk. Frågor om säker läkemedelshantering har uppmärksammats särskilt i den kommunala hälso- och sjukvården där delegering av läkemedelshantering är mycket vanligt. Socialstyrelsen har uppmärksammat risker i läkemedelshantering. Dessa risker rör hur vården är organiserad, vilka resurser som finns tillgängliga och hur personalens kompetens svarar mot komplexiteten i uppdraget. Ibland saknas också förutsättningar för att hantera de risker som finns vid delegering av läkemedelshantering [29]. Socialstyrelsen har under 2025 beslutat om ändringar i bestämmelserna om delegering av läkemedelshantering, som träder i kraft den 1 januari 2026¹². Vårdgivaren ges större ansvar för en god och säker vård vid delegering av läkemedelshantering. Vårdgivaren ska bland annat analysera risker med delegering, och analysen ska vara utgångspunkt för vårdgivarens rutiner för delegering av

¹² Delegering av läkemedelshantering regleras från och med den 1 januari 2026 enbart i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård upphörde att gälla den 1 januari 2026.

läkemedelshantering¹³. För mer information se lägesrapporten *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2026*.

Utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar visar små förändringar

Under 2025 publicerade Socialstyrelsen en nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar [5], med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna från 2017 [30] och deras indikatorer [31]. Syftet var också att utvärdera om vården och omsorgen bedrivs i enlighet med kriterierna för en god vård och omsorg.

Många år har gått sedan förra utvärderingen gjordes 2018, men inte mycket har förändrats [32]. Detta avsnitt presenterar ett axplock av resultaten.

Fler får fullständig basal utredning och strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning

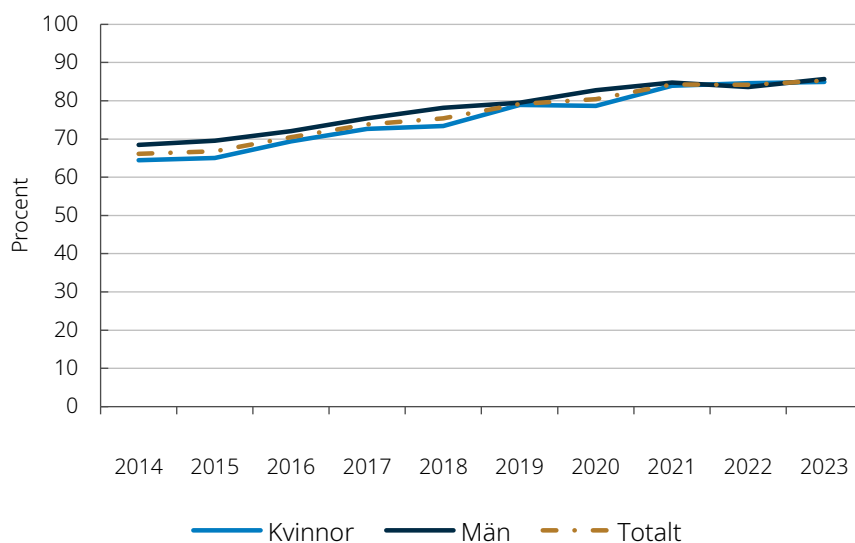
Utredningar görs dels för att utesluta andra tillstånd som kan ge kognitiv svikt, för att på så vis fastställa diagnosen demenssjukdom, dels för att bestämma vilken typ av demenssjukdom det gäller, så att vården kan bedöma prognos och behandling samt vård- och omsorgsbehov.

Utvärderingen visar att fler får fullständig basal utredning redan i primärvården, 88 procent, vilket är nära riktlinjernas nationella målnivå på 90 procent (figur 20) [5].

¹³ Socialstyrelsen. Läkemedel – delegera läkemedelshantering (särskilt reglerad). För hälso- och sjukvården och tandvården. Hämtad 2026-01-07 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/lakemedel-delegera-lakemedelshantering/>

Figur 20. Fullständig basal utredning i primärvård

Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgår en fullständig basal demensutredning i primärvården. I region inkluderas enbart personer som har folkbokföringsort registrerad 1 januari. Procent.



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Vid strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning uppmärksammas aktivitetsbegränsningar vid intervjuer och observationer. Även andelen som får en sådan bedömning har ökat. Idag får ungefär 20 procent av personer med demenssjukdom en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning i primärvården och 50 procent i specialistvården. Resultatet når däremot inte den nationella målnivån på 90 procent.

Tid till diagnos behöver bli kortare

Andelen personer som fått en demensdiagnos inom 90 dagar i både primärvård och specialistvård har minskat sedan 2021. Andelen i primärvården är cirka 45 procent och i specialistvården cirka 30 procent. Det finns också skillnader mellan regioner [5].

Det finns skillnader i läkemedelsbehandling

Det finns skillnader i läkemedelsbehandling mellan olika regioner och mellan olika socioekonomiska grupper. Skillnaderna har ökat under den senaste tioårsperioden och är nära tre gånger så hög i den region som har högst förskrivning jämfört med den region som har lägst förskrivning [5].

Personcentrerad vård som grund behöver bli vanligare

När det gäller personcentrerad vård syns försiktigt positiva trender. Ett exempel är att användande av levnadsberättelser som grund för vård och omsorg har ökat något på säbo. Vad gäller tillgången till demensteam i olika former är utvecklingen däremot negativ eller oförändrad sedan utvärderingen 2018; hälften av regionerna och en fjärdedel av de vård- och hälsocentraler som besvarat enkäten saknar demensteam [5].

Stödet till anhöriga har förbättrats något

Inom både primär- och specialistvård har andelen verksamheter som erbjuder anhörigstöd ökat sedan 2018. Andelen kommuner som erbjuder anhöriga olika typer av stöd är i stort oförändrad [5].

Trycksårsförekomst hos äldre i kommunala verksamheter

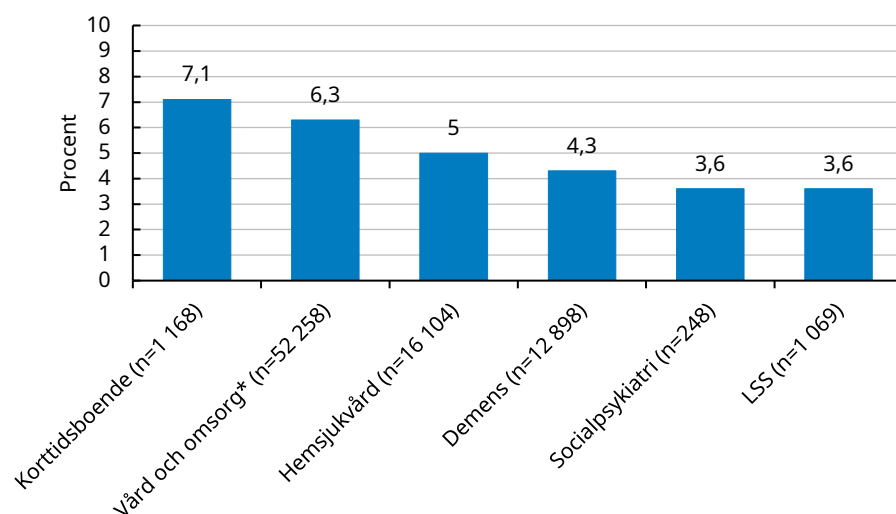
Trycksårsförekomsten i kommunala verksamheter har varit oförändrad under de senaste fem årens punktprevalensmätningar av trycksår¹⁴. År 2025 hade 5,7 procent av patienterna trycksår. Förekomsten varierade beroende på typ av verksamhet [33], och trycksår var vanligast på korttidsboenden och inom vård och omsorg¹⁵ (figur 21). Trycksår bedöms ofta vara undvikbara, exempelvis bedömdes trycksår 2023 vara undvikbara till 92 procent inom somatisk sjukhusvård [33].

¹⁴ Årlig punktprevalensmätning sedan 2015 som genomförs av kvalitetsregistret Senior alert. Mätningen 2025 genomfördes den 20 november. I mätningen ingick 83 745 personer inom kommunala verksamheter.

¹⁵ Med ”vård och omsorg” avses särskilt boende för äldre (säbo) enligt Senior alerts redovisning. Demensboende ingår organisatoriskt i säbo men redovisas separat i statistiken och särredovisas därför även här.

Figur 21. Andel (%) personer med trycksår per enhetstyp i kommunala verksamheter

Andel (%) personer med trycksår vid punktprevalensmätning 2025.



* Med "vård och omsorg" avses särskilt boende för äldre (säbo) enligt Senior alerts redovisning. Demensboende ingår organisatoriskt i säbo men redovisas separat i statistiken och särredovisas därför även här.

Källa: Senior alert, 2025.

Totalt bedömdes 44 procent av trycksåren som lindriga,¹⁶ vilket är på samma nivå som vid 2024 års mätning. Den vanligaste lokaliseringen av trycksår var rygglutet och hämlarna.

För personer med risk för trycksår behöver riskförebyggande åtgärder sättas in. Dock är det skillnad i dokumentationen för vilka åtgärder som planerats och som sedan registrerats som utförda. Dessa skillnader har även observerats vid tidigare mätningar. De två vanligaste planerade åtgärderna var bedömning av huden (73 procent) och hudvård (70 procent). Andelen utförda åtgärder var däremot betydligt lägre: bedömning av huden (26 procent) och hudvård (25 procent). Användning av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 55 procent av patienterna, men registrerades som utfört för endast 19 procent [34].

Fallskador bland personer 65 år och äldre

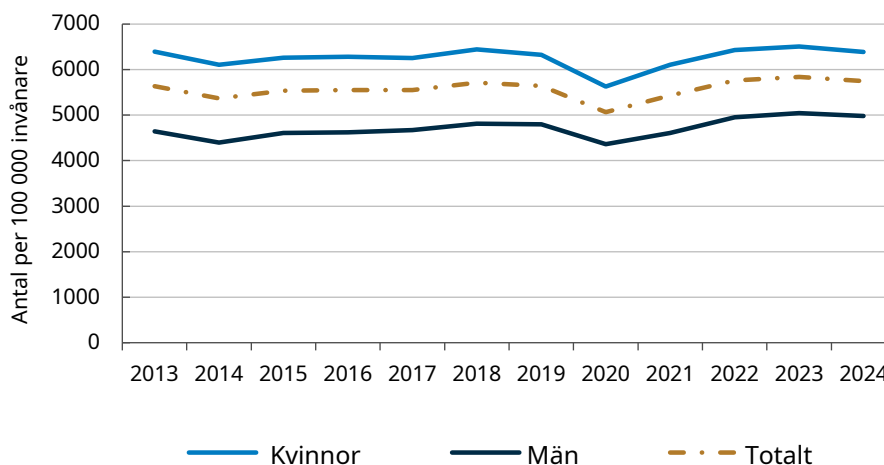
Fallskador är fortsatt vanliga bland personer 65 år och äldre. Antalet personer som vårdats för fallskador per 100 000 invånare har under perioden

¹⁶ Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4; de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4. Andelen omfattar alla patienter i mätningen, 84 303 personer varav 558 personer observerats i regionverksamhet.

2013–2024 legat på en genomgående hög nivå, med tydliga variationer över tid (figur 22).

Figur 22. Fallskador bland personer 65 år eller äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i sluten vård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år eller äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fallskadorna minskade tydligt för både kvinnor och män 2020, vilket kan hänga samman med förändrade vårdmönster och minskad rörlighet bland äldre under covid-19-pandemin. Efter 2020 ökade fallskadorna igen och 2023 noterades den högsta nivån under hela mätperioden (figur 22). År 2024 minskade antalet något jämfört med 2023, men nivåerna är fortsatt högre än under större delen av perioden före pandemin.

Kvinnor har under hela perioden haft fler fallskador än män, även om utvecklingen över tid följer samma mönster för båda könen (figur 22). Skillnaderna kan delvis förklaras av att kvinnor i genomsnitt lever längre och oftare når högre åldrar, där risken för fallskador ökar. Det finns regionala skillnader i förekomsten av fallskador bland personer 65 år och äldre. Regionala data redovisas inte i rapporten.

Sammantaget visar resultaten att fallskador bland äldre fortsatt utgör ett betydande problem. Den tillfälliga minskningen under pandemin har inte lett till någon varaktig nedgång, vilket understryker att det behövs ett långsiktigt och systematiskt fallförebyggande arbete.

Fallskador i säbo har minskat men nivåerna är fortsatt höga

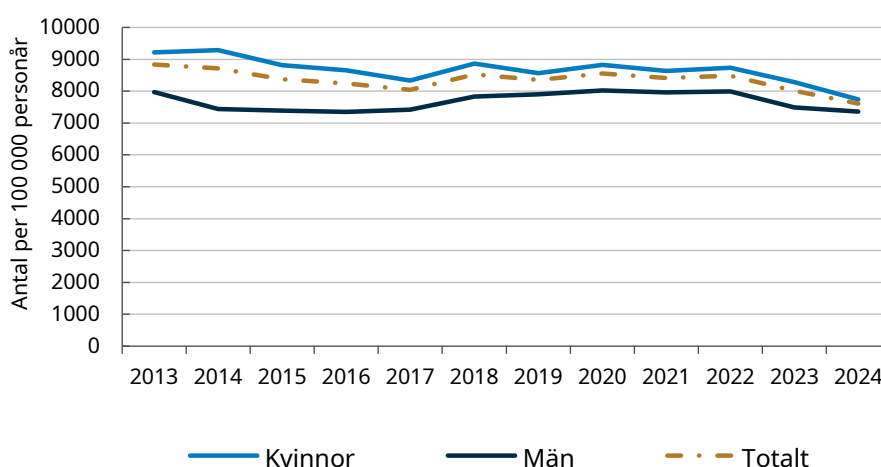
Fallskador som leder till inskrivning i sluten vård är vanliga bland personer som bor i säbo. Under perioden 2013–2024 har antalet fallskador per 100 000 personår legat på en hög nivå, med variationer över tid (figur 23).

Utvecklingen visar att antalet fallskador minskade från 2013 till 2017, för att sedan öka igen under perioden 2018–2020. Till skillnad från utvecklingen bland äldre i stort minskade nivåerna inte tydligt under 2020, vilket kan spegla att personer på säbo haft ett mer kontinuerligt vårdbehov även under pandemin. Efter 2020 minskade antalet fallskador återigen. År 2024 förekom det lägsta antalet fallskador under hela mätperioden (figur 23).

Kvinnor på säbo har genomgående fler fallskador som leder till sluten vård än män. Nivåerna har minskat över tid för både kvinnor och män (figur 23) och 2024 var nivåerna lägre än tidigare år för båda könen.

Figur 23. Fallskador, särskilt boende för äldre

Fallskador med inskrivning i sluten vård per 100 000 personår för personer på särskilda boenden för äldre, 65 år och äldre.



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

Sammantaget visar resultaten att fallskador i säbo fortfarande är ett betydande problem, men att antalet minskat under de senaste åren. Detta kan tyda på det fallförebyggande arbetet förbättrats i säbo. Samtidigt är nivåerna fortsatt höga, vilket visar att det behövs ett fortsatt systematiskt arbete för att minska fallrisker i denna särskilt sårbara grupp.

Stor förekomst av fallskador bland personer med hemsjukvård i ordinärt boende

Fallskador som leder till inskrivning i sluten vård är mycket vanliga bland personer 65 år och äldre som har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Under perioden 2013–2024 har antalet fallskador per 100 000 personår legat på en genomgående hög nivå, med tydliga variationer över tid (figur 24).

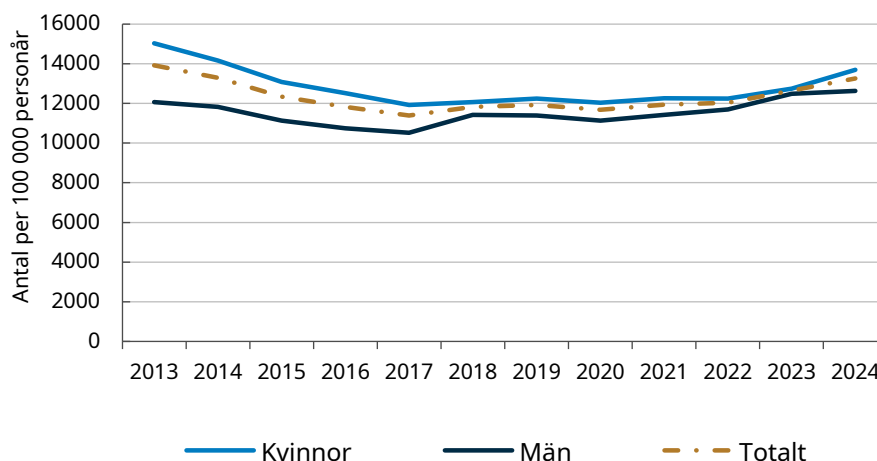
Utvecklingen visar att antalet minskade tydligt mellan 2013 och 2017, för att sedan öka något under perioden 2018–2019. Under 2020 minskade antalet fallskador något, vilket kan hänga samman med förändrade vårdmönster och

minskad rörlighet under covid-19-pandemin. Efter 2020 har nivåerna åter ökat, och 2024 uppnåddes den högsta nivån sedan 2020 (figur 24).

Kvinnor har genomgående fler fallskador än män även i denna grupp och utvecklingen över tid följer i stort sett samma mönster för båda könen (figur 24).

Figur 24. Fallskador, hemsjukvård ordinärt boende

Fallskador med inskrivning i slutna vård per 100 000 personår för personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende 65 år och äldre.



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

Sammantaget visar resultaten att fallskador bland personer med hemsjukvård i ordinärt boende utgör ett omfattande och ökande problem. Den tydliga ökningen under de senaste åren, i kombination med de mycket höga nivåerna, visar att det behövs ett fortsatt och förstärkt systematiskt fallförebyggande arbete inom den kommunala hemsjukvården, i nära samverkan med regionerna.

Under 2025 uppdaterade Socialstyrelsen broschyren *Balansera mera – så kan du minska risken att falla*, som riktar sig till äldre personer [35]. Broschyren finns tillgänglig på flera språk och kan användas av kommuner, regioner och andra aktörer i det fallförebyggande arbetet.

Klagomål och anmälningar

Patientnämndernas uppgift är att vara en länk mellan patienten eller deras närstående och sjukvården. Antalet registrerade patientärenden till patientnämnderna ökade 2025 jämfört med föregående år. Under året tog patientnämnderna emot 46 506 ärenden jämfört med 42 208 ärenden 2024.

De vanligaste ärendetyperna under 2025 var vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet.¹⁷

I första hand ska patienten vända sig till vårdgivaren för att lämna klagomål. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska även utreda vissa klagomål om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.¹⁸ Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO.¹⁹

Under 2025 inkom 6 141 klagomål till IVO vilket är fler än året före (2024 inkom 5 611 klagomål).²⁰ IVO beslutade i 5 757 ärenden och utredde 1 044 i sak. Totalt utmynnade 486 ärenden i kritik, jämfört med 675 ärenden året före. Av klagomålen som avslutades med kritik rörde majoriteten vård och behandling samt diagnostisering. För personer 65 år eller äldre²¹ utreddes 401 ärenden i sak. Inom äldreomsorgen utreddes 89 ärenden och 49 avslutades med kritik. Inom hemsjukvård i ordinärt boende utreddes 25 ärenden och 13 avslutades med kritik.

Under 2025 kom det in 2 429 anmälningar enligt lex Maria till IVO. Ungefär hälften av alla lex Maria anmälningar (1 206 anmälningar) rörde åldersgruppen 65 år och äldre.²² För beslutade lex Maria anmälningar²³ var de tre största kategorierna; vård och behandling, diagnostisering och läkemedelshantering. Avseende äldreomsorgen beslutade IVO i 329 ärenden, och för hemsjukvård i ordinärt boende i 132 ärenden²⁴.

Under 2025 fick IVO in 1 321 lex Sarah-anmälningar. Beslut togs i 1 217 ärenden, varav 475 gällde äldreomsorg²⁵. De beslutade ärendena inom äldreomsorg gällde oftast säbo, följt av hemtjänst.

Välfärdsbrottslighet och stärkta kontroller i äldreomsorgen

Den myndighetsgemensamma lägesbilden från 2024 visar att välfärdsbrottslighet inom kommuners och regioners verksamheter har ökat i omfattning och blivit mer komplex [36]. Inom vård och omsorg för äldre handlar det bland annat om felaktiga ersättningar, oriktiga uppgifter i

¹⁷ Uppgift från Patientnämndernas kansli, Region Jönköpings län, 2026-01-27.

¹⁸ IVO ska utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

¹⁹ Enligt 3 kap. 5 § PSL ska vårdgivaren anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO.

²⁰ Uppgifter från Inspektionen för vård och omsorg 2026-02-05 (e-post).

²¹ Det finns även ärenden där ålder inte är specificerad.

²² Det finns även ärenden där ålder inte är specificerad.

²³ Antal beslutade ärenden kan skilja sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider. Beslutade ärenden kan ha inkommit innan angivet år.

²⁴ Uppgift om verksamhetsområde saknas i vissa fall.

²⁵ Uppgift om verksamhetsområde saknas i ett antal fall.

underlag, avtalsbrott och otillbörlig påverkan i samband med upphandling eller tillstånd [36, 37]. Brottsuppläggen beskrivs i flera fall som systematiska och återkommande, och det förekommer kopplingar till organiserad brottslighet [38, 39]. Äldreomsorgen pekas ut som ett riskområde, särskilt inom hemtjänst och verksamheter med privata utförare, där ersättningssystem och uppföljning kan variera mellan huvudmän.

Kontrollsystemen inom vård och omsorg för äldre varierar samtidigt mellan olika huvudmän. Skillnader i uppföljningsrutiner och systemstöd kan göra det svårare att upptäcka oegentligheter, och tillsyn visar att brister i dokumentation, bemanning och avvikelshantering ibland upptäcks sent [39, 40]. Detta innebär att felaktigheter kan pågå under längre tid utan att uppmärksammas.

Välfärdsbrottslighet kan få konsekvenser både för kvaliteten i omsorgen och för användningen av offentliga resurser. För äldre personer kan brister i kompetens, uteblivna insatser eller felaktig dokumentation innebära risker för hälsa och trygghet. På systemnivå kan felaktiga ersättningar och manipulerade underlag leda till att resurser används ineffektivt och att förtroendet för vård och omsorg påverkas.

Mot denna bakgrund har regelverket skärpts. Från den 1 mars 2026 införs lagändringar som gör det möjligt för kommuner att begära utdrag ur belastningsregistret inför anställning av personer som ska arbeta med äldre eller personer med funktionsnedsättning (prop. 2025/26:61). Syftet är att stärka tryggheten i verksamheterna och minska risken för att personer med allvarlig brottslighet får arbete i verksamheter där de möter särskilt utsatta grupper.

Hur fungerar äldreomsorgens krisberedskap och civila försvar?

Sammanfattande iakttagelser

- År 2025 hade en fjärdedel av kommunerna aktuella kontinuitetsplaner för särskilt boende för äldre (säbo) och för hemtjänst i ordinärt boende som uppfyller samtliga krav.
- Andelen kommuner som har evakueringsplaner inom äldreomsorgen är låg och har minskat sedan 2021. År 2025 hade 37 procent av kommunerna evakueringsplaner för säbo och 31 procent för hemtjänst.
- Andelen kommuner som ställer krav på krisberedskap vid upphandling av säbo minskade från 49 procent 2023 till 47 procent 2025. För hemtjänst i ordinärt boende var andelen i stort sett oförändrad; den minskade omkring 1 procentenhet till 46 under samma period.
- Inom den kommunala hälso- och sjukvården är andelen kommuner som ställer krav på krisberedskap vid upphandling lägre än inom äldreomsorgen. Andelen kommuner som ställer sådana krav minskade från 38 procent 2023 till 31 procent 2025.
- Beredskapsplaner för höga temperaturer är betydligt vanligare än övriga former av beredskapsplanering. År 2025 hade omkring 90 procent av kommunerna sådana planer för säbo, och drygt 85 procent för hemtjänst.

Äldreomsorgens arbete med krisberedskap

Detta kapitel beskriver hur äldreomsorgens arbete med krisberedskap följs upp i Öppna jämförelser [41]. Arbetet handlar om att kommunerna ska kunna förebygga, motstå och hantera krissituationer. Därför mäts om kommunerna har beslutat om planer, rutiner och resurser för att kunna upprätthålla samhällsviktig verksamhet vid kriser, höjd beredskap och krig.

Äldre är en särskilt utsatt grupp vid kriser

Äldre personer är en av de mest utsatta grupperna vid kriser och krig. Många är beroende av omsorgstjänster, läkemedel, hjälpmedel och livsmedel. Exempelvis har strömavbrott och störningar i mobilnätet vid flera tillfällen fått allvarliga konsekvenser för kommunernas möjligheter att utföra

hemtjänstinsatser och för funktionen i välfärdsteknik, såsom trygghetslarm. I Öppna jämförelser utgår uppföljningen därför från att äldreomsorgen behöver kunna upprätthålla sin verksamhet även vid störningar. Det innebär att indikatorerna fokuserar på om det finns förutsättningar för att personer som har behov av hemtjänst eller bor i särskilt boende för äldre ska kunna få nödvändigt stöd även under krissituationer.

Samtidigt kan även äldre personer som i dag inte har insatser från socialtjänsten eller kommunal hälso- och sjukvård snabbt komma att behöva stöd vid kriser, till exempel vid störningar i elförsörjning, transporter eller tillgång till läkemedel och livsmedel. Planeringen för krisberedskap i vård och omsorg för äldre behöver därför även beakta äldre i befolkningen som inte redan har insatser, eftersom deras behov kan förändras snabbt i en krissituation.

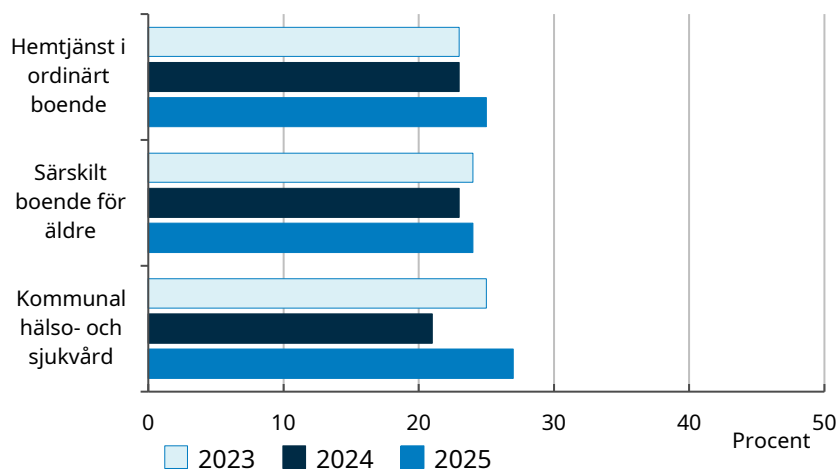
Kontinuitetsplanering inom äldreomsorgen

En indikator mäter om kommunerna har tagit fram kontinuitetsplaner för äldreomsorgen. För att räknas ska planerna vara skriftliga, beslutade på ledningsnivå och ha upprättats eller följts upp under de senaste 24 månaderna. De ska också innehålla uppgifter om reservdrift, återställning och återgång till ordinarie verksamhet samt nödvändiga kontaktuppgifter.

Andelen kommuner med kontinuitetsplaner som uppfyller samtliga krav har ökat [42]. Trots detta är andelen fortfarande låg. År 2025 uppgav 24 procent av kommunerna att de hade en aktuell kontinuitetsplan för säbo. För hemtjänst i ordinärt boende var motsvarande andel 25 procent (figur 25).

Figur 25. Aktuella kontinuitetsplaner

Andel (%) kommuner, socialförvaltningar i Göteborg och stadsdelsområden i Stockholm som den 1 februari har aktuella kontinuitetsplaner för särskilt boende för äldre, för hemtjänst i ordinärt boende och för kommunal hälso- och sjukvård för personer 65 år och äldre, 2023–2025, riket.



Källa: Enkät Öppna jämförelser socialtjänst kommunundersökning, 2023–2025. Socialstyrelsen.

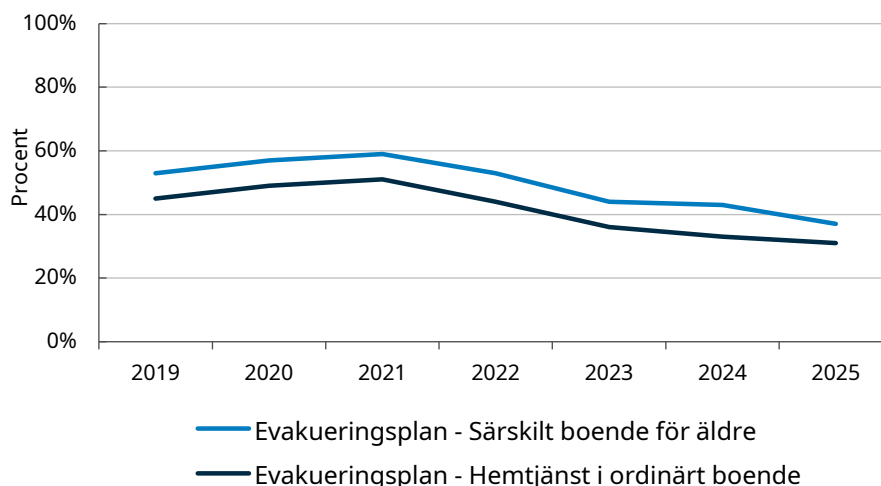
Evakueringsplaner vid allvarliga störningar

Störningar som elavbrott eller problem med dricksvattenförsörjningen kan leda till behov av evakuering från olika boendeformer inom äldreomsorgen. Att kommunerna har beslutat om evakueringsplaner på ledningsnivå används som en indikator på att kommunerna har förberett sig för sådana situationer.

År 2025 hade 31 procent av kommunerna en sådan evakueringsplan för hemtjänsten [42]. För särskilt boende för äldre var andelen 37 procent (figur 26). Andelen kommuner med evakueringsplaner har minskat sedan 2021 för både särskilt boende för äldre och hemtjänst.

Figur 26. Andel kommuner med evakueringsplan för särskilt boende för äldre och hemtjänst, 2019–2025

Andel (%) kommuner, socialförvaltningar i Göteborg och stadsdelsområden i Stockholm som den 1 februari har aktuella kontinuitetsplaner för särskilt boende för äldre och för hemtjänst i ordinärt boende för personer 65 år och äldre.



Källa: Enkät Öppna jämförelser socialtjänst kommunundersökning, 2019–2025, Socialstyrelsen.

Krav på krisberedskap vid upphandling

Socialtjänstlagen ställer krav på god kvalitet i verksamheten, oavsett om den bedrivs i kommunal eller enskild regi. I Öppna jämförelser följs dock inte efterlevnaden av lagkraven i sig upp. I stället mäts om kommunerna, vid upphandling av privata utförare, ställer uttryckliga krav på krisberedskap. Detta används som ett mått på hur kommunerna säkerställer krisberedskap i verksamheter som bedrivs av privata utförare. Kraven kan till exempel avse att utföraren ska ha planer och rutiner för att kunna upprätthålla verksamheten vid allvarliga störningar [42].

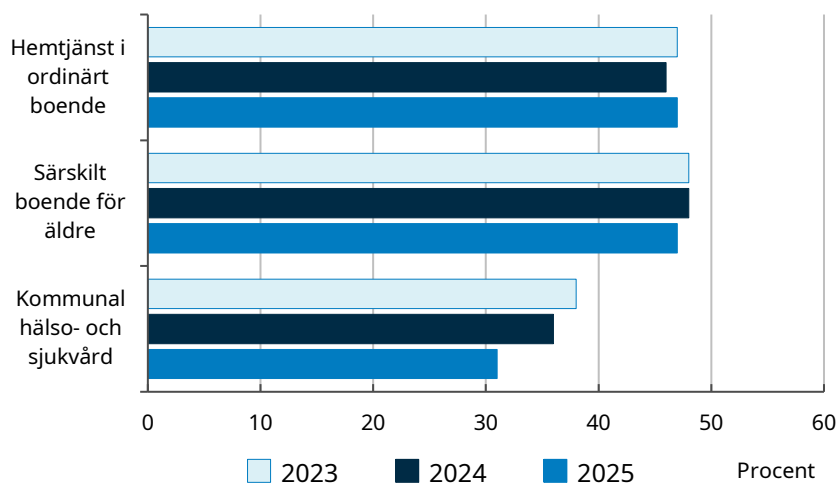
Figur 27 visar att andelen kommuner som uppfyller indikatorn om krav på krisberedskap vid upphandling av säbo har minskat från 49 procent 2023 till

47 procent 2025.²⁶ För hemtjänst i ordinärt boende har andelen varit relativt oförändrad under perioden och minskade svagt till 46 procent 2025 [42].

För kommunal hälso- och sjukvård är andelen kommuner som uppfyller indikatorn om krav på krisberedskap vid upphandling lägre än för äldreomsorgen. Andelen har också minskat, från 38 procent 2023 till 31 procent 2025.

Figur 27. Krav på krisberedskap ingår vid upphandling

Andel (%) kommuner, socialförvaltningar i Göteborg och stadsdelsområden i Stockholm som den 1 februari har krav på att krisberedskap ska ingå vid upphandling för särskilt boende för äldre, för hemtjänst i ordinärt boende och för kommunal hälso- och sjukvård för personer 65 år och äldre, 2023–2025, riket.



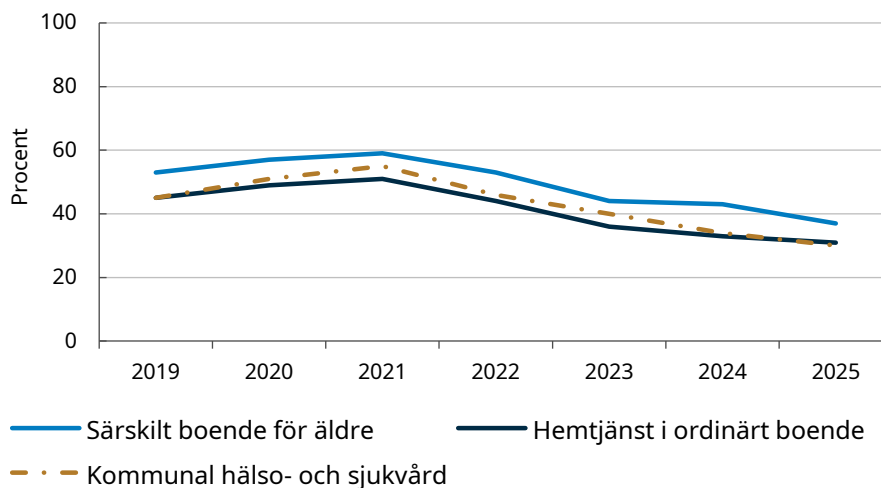
Källa: Enkät Öppna jämförelser socialtjänst kommunundersökning, 2023–2025. Socialstyrelsen.

I Öppna jämförelser mäts även om kommunerna har en skriftlig evakueringsplan som beslutats på ledningsnivå för verksamheter som drivs i egen regi [42]. Figur 28 visar att andelen kommuner som uppfyller indikatorn ökade mellan 2019 och 2021 för samtliga verksamhetsområden. Därefter har andelen minskat. År 2025 uppfyllde 37 procent av kommunerna indikatorn för säbo och 31 procent för hemtjänst i ordinärt boende. För kommunal hälso- och sjukvård var motsvarande andel 30 procent.

²⁶ Indikatorn *Krav på krisberedskap vid upphandling* reviderades 2023 och är därmed inte jämförbar med tidigare år.

Figur 28. Evakueringsplaner

Andel (%) kommuner, socialförvaltningar i Göteborg och stadsdelsområden i Stockholm som den 1 februari har evakueringsplaner för särskilt boende för äldre, för hemtjänst i ordinärt boende och för kommunal hälso- och sjukvård för personer 65 år och äldre som drivs i egen regi, 2019–2025, riket.



Källa: Enkät Öppna jämförelser socialtjänst kommunundersökning, 2019–2025, Socialstyrelsen.

Beredskap vid värmeböljor

Värmeböljor med höga temperaturer kan påverka människors hälsa negativt. Äldre personer och personer som har insatser från socialtjänsten kan vara särskilt sårbara. Socialstyrelsen har en panel med äldreomsorgschefer, där 149 kommuner ingår. Under 2025 tog Socialstyrelsen med hjälp av panelen fram en lägesbild, som bland annat visar att sommaren var varm med höga temperaturer men många äldreomsorgschefer bedömer att verksamheterna har kunnat hantera situationen. Endast ett fåtal chefer uppger att verksamheterna har haft svårt att hantera situationen med höga temperaturer. Det är framför allt kommuner i norra Sverige som haft svårt att hantera de ovanligt höga temperaturerna.

Att många verksamheter hanterat värmeböljorna bra förklaras av många äldreomsorgschefer med att många verksamheter sedan tidigare har utvecklat rutiner och vidtagit flera åtgärder i tid. I Öppna jämförelser följs detta upp genom en indikator om beredskapsplaner för höga temperaturer.

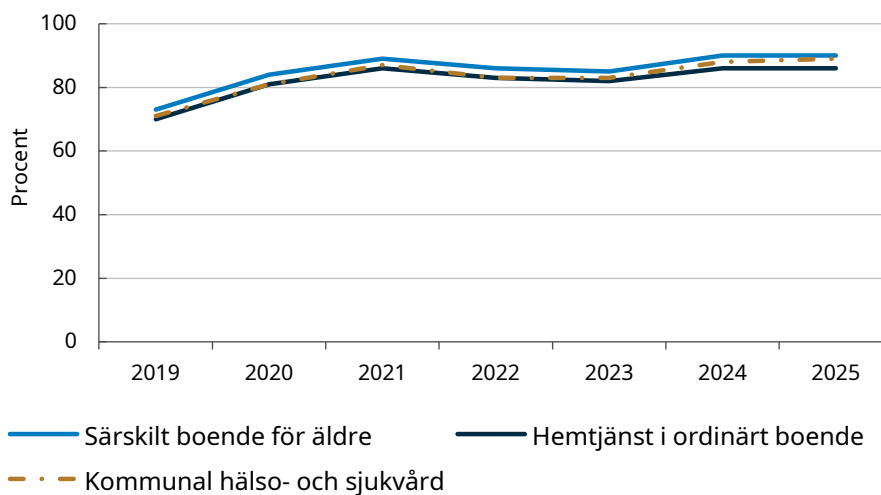
Med beredskapsplan för höga temperaturer avses i indikatorn en sammanhållen planering för hur socialtjänsten ska agera vid värmeböljor. Planen ska innehålla rutiner för att ta emot varningar och prognoser från SMHI, rutiner för att larma berörda boenden som drivs i egen regi samt checklistor som ska stödja personalen i arbetet vid förhöjd värme [43].

Figur 29 visar att en hög andel kommuner uppfyller indikatorn om beredskapsplaner för höga temperaturer inom samtliga verksamhetsområden. Andelen ökade tydligt mellan 2019 och 2021 för säbo, hemtjänst i ordinärt boende samt kommunal hälso- och sjukvård. Därefter

har andelen varit relativt stabil [42]. År 2025 uppfyllde 90 procent av kommunerna indikatorn för säbo. Motsvarande andel var 86 procent för hemtjänst i ordinärt boende och 89 procent för kommunal hälso- och sjukvård.

Figur 29. Beredskapsplaner höga temperaturer

Andel (%) kommuner, socialförvaltningar i Göteborg samt stadsdelsområden i Stockholm som den 1 februari har en beredskapsplan för höga temperaturer för särskilt boende för äldre, hemtjänst i ordinärt boende och kommunal hälso- och sjukvård, 2019–2025, riket, procent.



Källa: Enkät Öppna jämförelser socialtjänst kommunundersökning, 2019–2025, Socialstyrelsen.

Hur påverkar kompetens och kontinuitet de äldre?

Sammanfattande iakttagelser

- Verksamheter med en högre andel undersköterskor har en högre andel äldre som upplever att personalen har tillräcklig kompetens och kan kommunicera på svenska. I hemtjänsten uppger 90 procent av de äldre på enheter där 81–100 procent av personalen är undersköterskor att personalen har tillräcklig kompetens, jämfört med 84 procent där andelen undersköterskor är 0–51 procent. På särskilt boende för äldre (säbo) är motsvarande andelar 85 respektive 79 procent, och skillnader syns även när det gäller personalens språkliga förmåga.
- Organisatoriska förutsättningar påverkar hur personalens kompetens kan användas i praktiken. I kommuner och verksamheter med hög grad av tidsstyrning uppger enhetschefer oftare att personalen har begränsade möjligheter att anpassa insatsernas innehåll och genomförande efter den äldres aktuella behov.
- Av undersköterskor och vårdbiträden är 40 procent födda utanför Sverige; andelen varierar dock stort mellan olika regioner. Utrikesfödda medarbetare är avgörande för att äldreomsorgen ska klara kompetensförsörjningen. Beroendet av utrikesfödd personal ställer krav på språkstöd, en tydlig introduktion och inkluderande arbetsplatser för att säkerställa god kvalitet i omsorgen och en god arbetsmiljö.
- Kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen är en växande utmaning. Efterfrågan på vård- och omsorgsutbildad personal beräknas öka med cirka 50 procent mellan 2021 och 2040. Samtidigt uppger en majoritet av arbetsgivarna att de har svårt att rekrytera personal med rätt utbildning och erfarenhet, särskilt undersköterskor.
- Den legitimerade kompetensen inom äldreomsorgen har stärkts sedan 2019, främst genom fler sjuksköterskor. Antalet sjuksköterskor ökade med omkring 14 procent mellan 2019 och 2024. Antalet arbetsterapeuter och fysioterapeuter har ökat i mer begränsad omfattning, medan antalet dietister varit lågt och relativt stabilt över tid.
- Det finns ungefär lika stor andel legitimerad personal i säbo som i ordinärt boende. Detta visar att medicinsk, rehabiliterande och nutritionsrelaterad kompetens behövs i båda omsorgsformerna.

- Tillgången till tandvårdspersonal har minskat och är ojämnt fördelad över landet. Antalet tandhygienister per 100 000 invånare har minskat mellan 2019 och 2024, med stora regionala skillnader. I flera regioner har minskningen varit omkring 10 tandhygienister per 100 000 invånare.
- Tillgången till geriatrisk specialistkompetens har ökat, men från låga nivåer. Antalet specialistläkare i geriatrik ökade från knappt 500 personer 2019 till 575 personer 2024. Det motsvarar en ökning med omkring 16 procent. Trots ökningen är tillgången fortsatt låg i relation till den äldre befolkningens storlek. Därför får även mindre förändringar ett tydligt genomslag.
- Även specialisttandläkare i orofacial medicin har blivit fler. Antalet ökade från cirka 45 år 2019 till omkring 95 år 2024, vilket innebär mer än en fördubbling. Samtidigt är yrkesgruppen fortfarande liten i absoluta tal. Detta innebär att tillgången till specialiserad kompetens för äldre med komplexa munhälsoproblem är begränsad.
- Antalet specialistläkare i allmänmedicin har ökat både totalt och i relation till den äldre befolkningen. Efter en svagare utveckling fram till 2020 har tillgången per 100 000 invånare 65 år och äldre ökat successivt och nådde sin högsta nivå 2024.

Kompetensförsörjning i äldreomsorgen – en växande utmaning

Äldreomsorgen i Sverige, liksom i många andra länder, är under press till följd av att befolkningen blir allt äldre och att allt fler därför lever med kroniska sjukdomar. Många verksamheter har svårt att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens för att klara verksamhetens mål. Det finns en risk att detta kommer bli ännu svårare framöver [44]. Efterfrågan på vård- och omsorgsutbildade beräknas öka med 50 procent under perioden 2021–2040, enligt en prognos från SCB.²⁷ Samtidigt är det svårt att rekrytera och behålla personal.²⁸

År 2024 fanns det 114 350 anställda undersköterskor inom äldreomsorgen. Av dessa arbetade 75 810, motsvarande 66 procent, på säbo (figur 30). Övriga undersköterskor arbetade med andra insatser, exempelvis hemtjänst.

²⁷ Antalet avser 2022. SCB, *Trender och Prognoser 2023*.

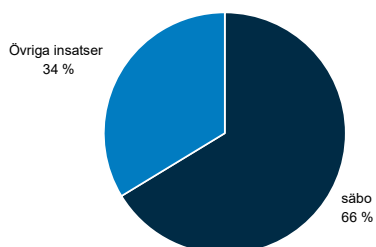
²⁸ *Åtgärder och faktorer som påverkar personalens psykiska välbefinnande inom äldreomsorgen*, SBU, rapport 2025:09.

Inom äldreomsorgen arbetade samma år även 73 800 vårdbiträden. Av dessa var 34 350, eller 47 procent, verksamma på säbo, medan övriga arbetade med andra insatser (figur 31).²⁹ Jämfört med föregående år har antalet anställda ökat något. År 2023 fanns 113 760 undersköterskor och 72 700 vårdbiträden inom äldreomsorgen.

År 2025 hade 145 000 undersköterskor fått bevis om skyddad yrkestitel. Av dessa arbetade 47 140 inom äldreomsorgen, varav 29 150 på säbo.

Figur 30. Undersköterskor som arbetar inom äldreomsorgen

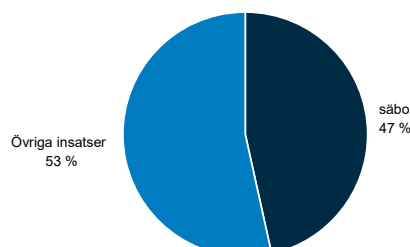
Andel (%) undersköterskor som arbetar inom äldreomsorgen uppdelat på andel som arbetar på särskilt boende för äldre (säbo) och med övriga insatser (exempelvis hemtjänst). N=114 350, 2024.



Källa: Socialstyrelsen: LOVA-förteckning.

Figur 31. Vårdbiträden som arbetar inom äldreomsorgen

Andel (%) vårdbiträden som arbetar inom äldreomsorgen uppdelat på andel som arbetar på särskilt boende för äldre (säbo) och med övriga insatser (exempelvis hemtjänst). N=73 800, 2024.



Källa: Socialstyrelsen: LOVA-förteckning.

Att säkerställa kompetensförsörjningen är en långsiktig utmaning. Det finns ett stort antal lediga jobb inom vård och omsorg. Sex av tio arbetsgivare kunde inte rekrytera så många personer som de sökte under det första kvartalet 2025.³⁰ Den vanligaste anledningen var att få eller inga personer med tillräcklig erfarenhet eller rätt utbildning sökte tjänsterna.³¹ Inom vården är undersköterskor den yrkesgrupp där bristen är som störst.³²

Många undersköterskor och vårdbiträden i äldreomsorgen är utrikesfödda

Äldreomsorgen är ett starkt kvinnodominerat verksamhetsområde. Enligt SCB:s yrkesstatistik för 2023 var omkring 80–85 procent av personalen i yrken som undersköterska och vårdbiträde kvinnor. Andelen män var låg men har ökat något över tid [45].

²⁹ Hälso- och sjukvårdspersonal sysselsatta inom äldreomsorgen efter typ av verksamhet och yrke, nov. 2022: [Statistikdatabasen – SCB](#)

³⁰ Arbetsgivare inom vård, omsorg och socialtjänst.

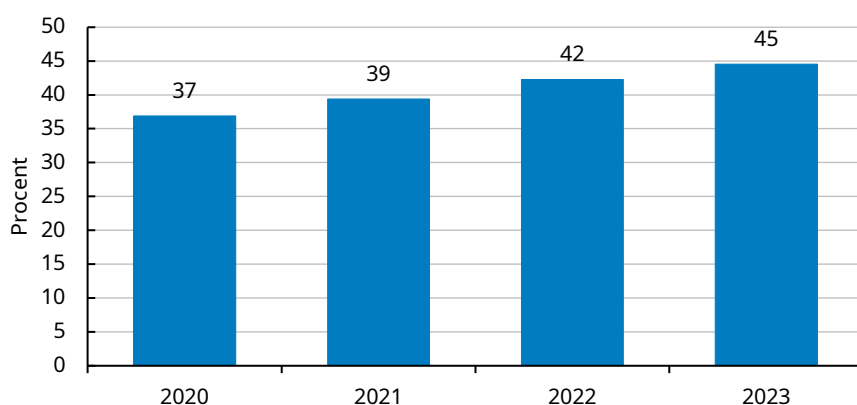
³¹ Stora rekryteringsbehov inom vård och omsorg, statistiknyhet från SCB 2025-05-27.

³² Tredje kvartalet 2024 saknades 3 500 undersköterskor, 2 400 sjuksköterskor och 1 400 läkare. Brist på totalt 70 000 personer inom olika yrken, statistiknyhet från SCB 2025-03-31.

En stor och växande del av personalen är född utanför Sverige. År 2023 var omkring fyra av tio undersköterskor och vårdbiträden i äldreomsorgen utrikesfödda, vilket är en tydlig ökning jämfört med 2020 (figur 32). Andelen varierar betydligt mellan olika delar av landet. Särskilt hög är andelen i storstadsregioner, där den i vissa kommuner uppgår till 60–70 procent. Andelen utrikesfödda är högre bland män än bland kvinnor [45].³³

Figur 32. Andelen utrikesfödda bland personalen i äldreomsorgen

Utveckling av andelen (%) utrikesfödda bland personalen i äldreomsorgen 2020–2023.



Källa: Yrkesregistret, SCB.

Personalens sammansättning innebär både möjligheter och utmaningar för kompetensförsörjningen. Den ökande andelen utrikesfödda bidrar till att möta personalbehovet, men samtidigt behöver dessa medarbetare introduktion, språkstöd och kompetensutveckling. Dessutom krävs ett inkluderande ledarskap och goda organisatoriska förutsättningar för att personal ska vilja stanna kvar i äldreomsorgen.

Organisatoriska och strukturella faktorer påverkar kompetensförsörjningen

Organisatoriska och ledningsmässiga förutsättningar har stor betydelse för personalens arbetsmiljö, psykiska välbefinnande och vilja att stanna kvar inom äldreomsorgen. Det visar kunskapssammanställningar från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) från 2025 [46]. Stödande och närvarande ledarskap, goda arbetsplatsrelationer samt kontinuitet i ledarskapet är faktorer som är associerade med högre personalstabilitet. Andra viktiga faktorer är tillräcklig bemanning, att

³³ [Utrikes födda anställda i kommuner och regioner – SKR.](#)

medarbetarna ges inflytande i arbetet och att ledningen visar engagemang för personcentrerad omsorg.

Individuella insatser, såsom utbildnings- och stödprogram, har ofta begränsad eller avtagande effekt över tid om de inte kombineras med förändringar på organisations- och strukturnivå. För att långsiktigt stärka kompetensförsörjningen krävs därför sammanhängande insatser som omfattar ledarskap, resurser och arbetsorganisation [46].

Åtta av tio som arbetar i äldreomsorgen upplever arbetet meningsfullt

Utöver strukturella och organisatoriska förutsättningar är det även relevant att belysa hur medarbetarna själva upplever sitt arbete och sin arbetsmiljö.

Jobbhälsoindex är en årlig medarbetar- och arbetsmiljöundersökning från Svenskt kvalitetsindex (SKI) som bygger på svar från 10 000 förvärvsarbetande personer i Sverige [47]. Enligt Jobbhälsoindex 2025 upplever åtta av tio som arbetar i äldreomsorgen att deras arbete är meningsfullt. Detta är en hög andel jämfört med många andra yrken. Samtidigt visar resultaten att organisatoriska och strukturella förutsättningar påverkar medarbetares upplevelse av arbetsmiljön.

Statsbidrag till kommuner för att stärka kompetens och bemanning i äldreomsorgen

Under 2024 fördelade Socialstyrelsen flera statsbidrag till kommunerna med syfte att stärka kompetens och bemanning inom äldreomsorgen. Statsbidragen riktades till både säbo och hemtjänst och omfattade sammanlagt 5,7 miljarder kronor.

Det största statsbidraget var *Säkerställa en god omsorg och hälso- och sjukvård för äldre personer*, som uppgick till 4 miljarder kronor och fördelades till samtliga kommuner [48]. Kommunerna använde 98 procent av de tilldelade medlen. Bidraget användes huvudsakligen till att finansiera personalkostnader, främst för undersköterskor och vårdbiträden, men även till kompetensutveckling samt till att förbättra arbetsmiljön och utveckla välfärdsteknik. Många kommuner prioriterade insatser riktade till äldre personer med demenssjukdom.

Socialstyrelsen fördelade även statsbidraget *Äldreomsorgslyftet*, som uppgick till 1,7 miljarder kronor [49]. Bidraget användes till personalkostnader för anställda inom äldreomsorgen som utbildar sig på arbetstid. De kommuner som tog del av bidraget använde omkring

69 procent av de tilldelade medlen. Under året deltog flera tusen anställda i utbildningar till undersköterska, vårdbiträde eller specialistkompetens, liksom i kortare utbildningar med relevans för arbetet inom äldreomsorgen.

Att en del av medlen inom *Äldreomsorgslyftet* inte användes beror bland annat på att det varit svårt att frigöra personal för utbildning i verksamheter där bemanningen redan var ansträngd. Detta belyser de strukturella utmaningar som finns i arbetet med kompetensförsörjning inom äldreomsorgen.

Personaltäthet i hemtjänsten

Utveckling samt skillnader mellan län och kommuner

Denna analys av personaltäthet i hemtjänsten har tagits fram särskilt för årets lägesrapport. Analysen bygger på uppgifter från *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025* [8], som Socialstyrelsen genomför. Med personaltäthet avses här antalet personer med verkställda beslut om hemtjänst per omsorgspersonal under en vardag. Uppgifterna gör det möjligt att analysera utvecklingen över tid samt göra jämförelser mellan län och kommuner. Uppgifterna ger även underlag för att sätta personaltätheten i relation till vård- och omsorgsbehovet hos personer som får hemtjänstinsatser.

På en vardag finns det i genomsnitt 10 personer med verkställda beslut om hemtjänst per omsorgspersonal i landets hemtjänst. Mellan åren 2024 och 2025 ökade antalet med 1 person per omsorgspersonal, vilket innebär att personaltätheten i hemtjänsten minskat. Förändringen kan ha flera orsaker. Behovet av omsorgspersonal kan exempelvis ha minskat för att verksamheter infört välfärdstekniska lösningar eller ökat differentieringen av arbetsuppgifter³⁴. Förändringen kan också bero på att verksamheter haft svårt att rekrytera eller på andra ekonomiska förutsättningar [8].

Det finns tydliga skillnader i personaltäthet mellan länen, från 8 till 14 personer per omsorgspersonal. I vissa fall kan skillnaderna förklaras av att de personer som får hemtjänstinsatser har olika stort vård- och omsorgsbehov. Detta illustreras av skillnaderna mellan Örebro län och Jämtlands län. I Örebro län finns i genomsnitt 8,7 personer per omsorgspersonal, medan motsvarande siffra i Jämtlands län är 14,2 personer. I Örebro län har 68 procent av personerna med hemtjänstinsatser även minst en månads hälso- och sjukvårdsinsatser inom den kommunala

³⁴ Att dela upp arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier kallas differentieringen av arbetsuppgifter.

hälso- och sjukvården. I Jämtlands län är motsvarande andel 43 procent. Personer med hemtjänst i Örebro län får i genomsnitt 35 timmar hemtjänst per månad, jämfört med 20 timmar i Jämtlands län. Personaltätheten är alltså lägre i Jämtlands län än i Örebro län, samtidigt som vård- och omsorgsbehovet också är mindre i Jämtlands län än i Örebro län (se bilaga 4).

Skillnader i personaltäthet mellan länen kan dock inte enbart förklaras av vård- och omsorgsbehovet hos personer med hemtjänstinsatser. I vissa fall framstår skillnaderna som ojämlika. Ett exempel är Skåne län. Skåne län har en lägre personaltäthet än många andra län, med 12,4 personer per omsorgspersonal, samtidigt som personerna med hemtjänstinsatser tycks ha omfattande vård- och omsorgsbehov. Skåne län har den högsta andelen i landet (71 procent) av personer med hemtjänstinsatser som även har minst en månads behandling inom kommunal hälso- och sjukvård. Personliga omvårdnadsinsatser ges till 79 procent av personerna med hemtjänst, och den genomsnittliga omfattningen är 29 timmar per person och månad. Det motsvarar ett genomsnittligt värde jämfört med övriga län (se bilaga 4).

Skillnaderna i personaltäthet är ännu större mellan kommunerna. I bilaga 4 redovisas de tio kommuner som har högst respektive lägst personaltäthet.

Äldres upplevelser av personalens kompetens och språkliga förmåga

I detta avsnitt redovisas analyser av sambandet mellan andelen omsorgspersonal som är undersköterskor i hemtjänsten och på säbo, och de äldres upplevelser av personalens kompetens och språkliga förmåga. Analyserna har tagits fram särskilt för årets lägesrapport.

Resultaten bygger på uppgifter från Socialstyrelsens enkätundersökningar *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025* och *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025*, som här analyseras tillsammans [1, 8].

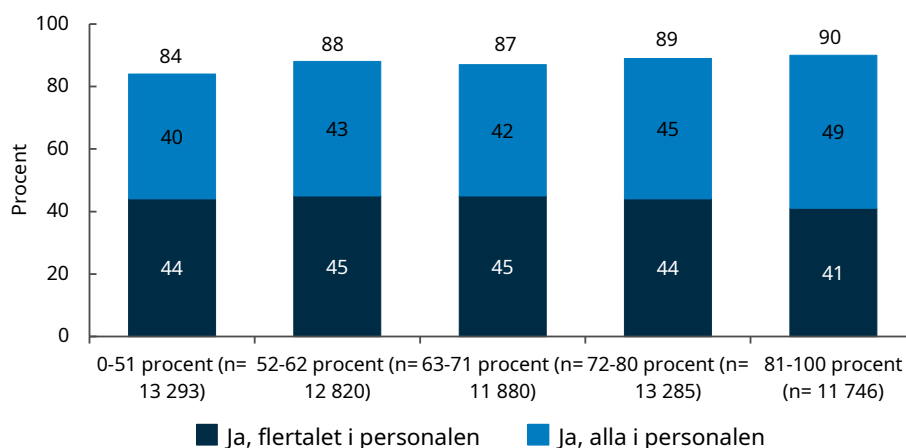
Fler undersköterskor – fler äldre upplever att personalen har rätt kompetens

På hemtjänstenheter där 81–100 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor tycker 90 procent av de äldre att alla eller flertalet i personalen har den kunskap och kompetens som behövs för att utföra sitt arbete. Motsvarande siffra är 84 procent på hemtjänstenheter där 0–51 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor (figur 33).

Denna skillnad ses även på säbo. På boenden där 89–100 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor, tycker 85 procent av de äldre att alla eller flertalet i personalen har den kunskap och kompetens som behövs för att utföra sitt arbete. Motsvarande andel är 79 procent på säbo där 0–60 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor (figur 34).

Figur 33. Andel undersköterskor i hemtjänsten och de äldre personernas uppfattning om personalens kunskap och kompetens

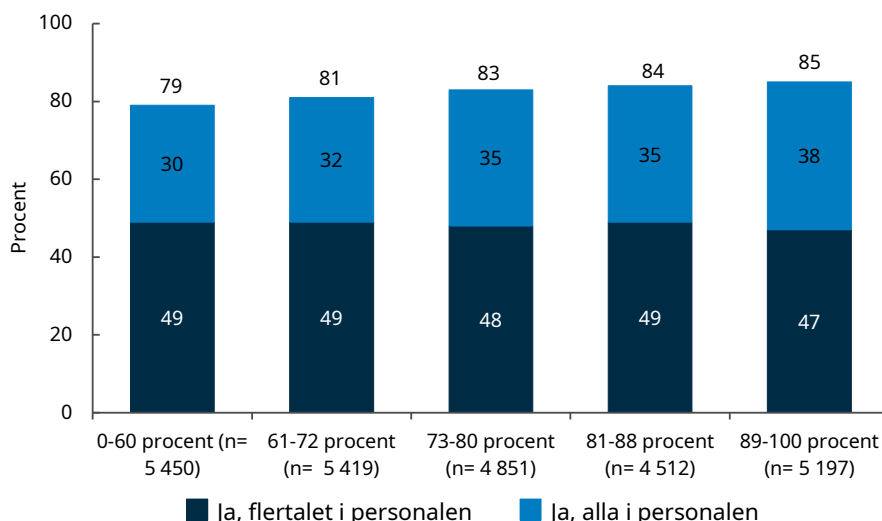
Andel (%) äldre personer som tycker att alla eller flertalet i personalen har tillräcklig kunskap och kompetens - fördelat på andel undersköterskor i hemtjänst, vardagar - 2025.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 samt Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025, Socialstyrelsen.

Figur 34. Andel undersköterskor på säbo och de äldre personernas uppfattning om personalens kunskap och kompetens

Andel (%) äldre personer som tycker att alla eller flertalet i personalen har tillräcklig kunskap och kompetens - fördelat på andel undersköterskor på särskilt boendet för äldre (säbo), vardagar - 2025.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 samt Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025, Socialstyrelsen.

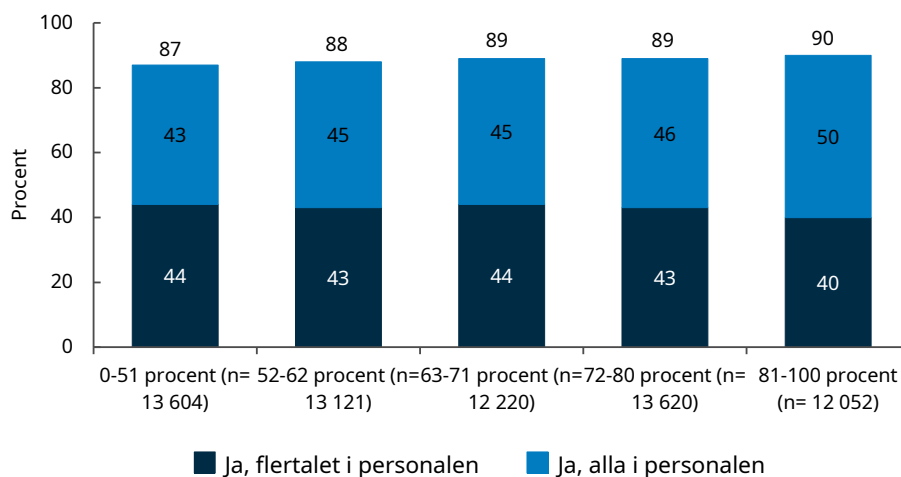
Fler undersköterskor – fler äldre tycker att personalen pratar och förstår svenska

På hemtjänstenheter där 81–100 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor tycker 90 procent av de äldre att alla eller flertalet i personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra för att personalen och de boende ska förstå varandra. På hemtjänstenheter där 0–51 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor är motsvarande siffra 87 procent (figur 35).

På säbo är skillnaden något större. På boenden där 89–100 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor tycker 84 procent av de äldre att alla eller flertalet i personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra för att personalen och de boende ska förstå varandra. På säbo där 0–60 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor är motsvarande siffra 78 procent (figur 36).

Figur 35. Andel undersköterskor i hemtjänsten och de äldre personernas uppfattning om personalens förmåga att kommunicera på svenska

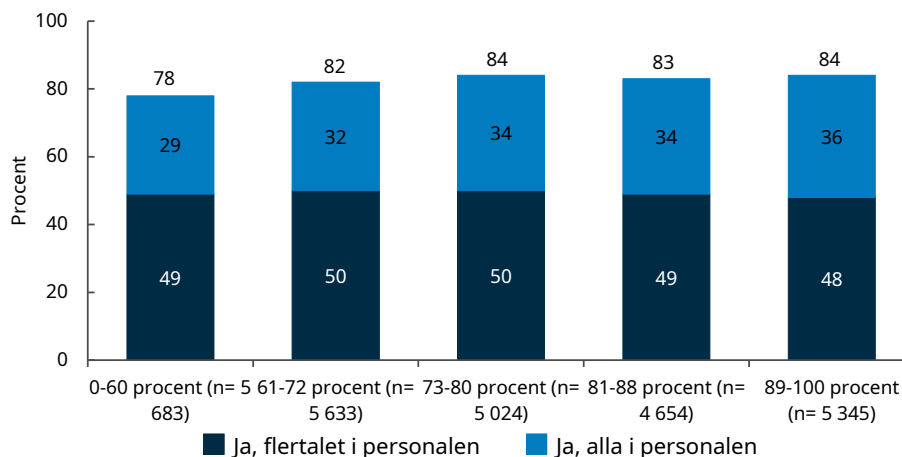
Andel (%) äldre personer som tycker att alla eller flertalet i personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra, fördelat på andel undersköterskor i hemtjänsten, vardagar – 2025.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 samt Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025, Socialstyrelsen.

Figur 36. Andel undersköterskor på säbo och de äldre personernas uppfattning om personalens förmåga att kommunicera på svenska

Andel (%) äldre personer som tycker att alla eller flertalet i personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra - fördelat på andel undersköterskor på särskilt boende för äldre (säbo), vardagar - 2025.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 samt Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025, Socialstyrelsen.

Styrning och organisering påverkar hur kompetens används i praktiken

Tillgång till personal med rätt utbildning är en central förutsättning för god kvalitet i äldreomsorgen. Samtidigt visar resultaten i Socialstyrelsens rapport *Styrning av hemtjänsten – tidsstyrning, kvalitet och arbetsmiljö* att hur verksamheten styrs och organiseras i hög grad påverkar hur personalen kan använda sin kompetens i det dagliga arbetet [50].

Rapporten visar att graden av tidsstyrning varierar kraftigt mellan kommuner. Ungefär en tredjedel av kommunerna tillämpar en detaljerad tidsstyrning där uppdragen anger hur lång tid olika aktiviteter ska ta, medan en tredjedel har mer flexibla uppdrag utan angiven tid [50]. I 24 procent av kommunerna ska den angivna tiden följas så exakt som möjligt, och i 15 procent får tiden inte användas till andra insatser utifrån den äldres aktuella behov.

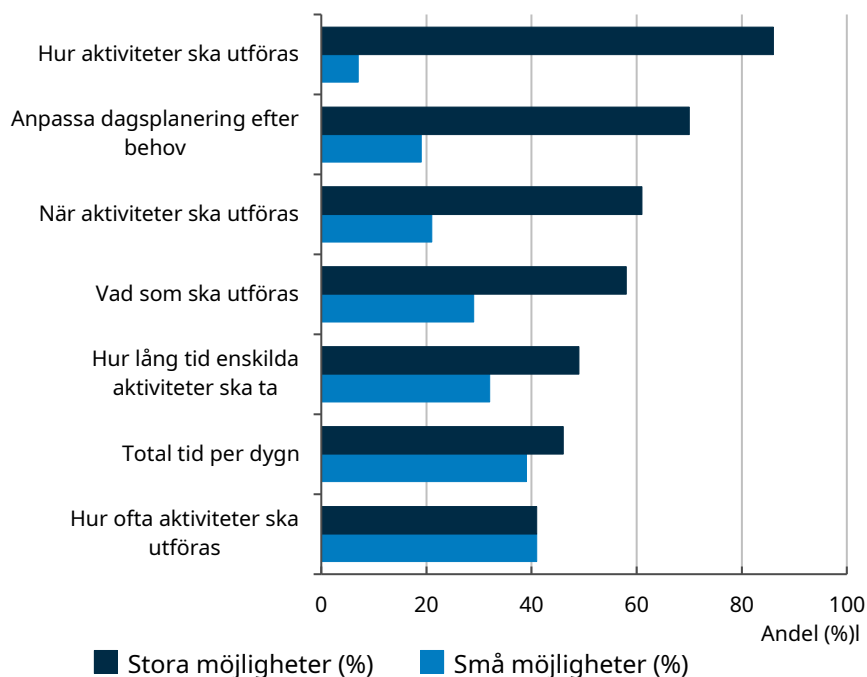
När uppdragen är starkt detaljstyrda uppger enhetschefer i högre grad att personalen har små möjligheter att tillsammans med den äldre påverka hur insatserna utförs. Detta kan begränsa personalens möjligheter att använda sin yrkeskompetens för att anpassa omsorgen efter individens behov, särskilt om dennas hälsotillstånd eller funktionsförmåga förändras.

Kontinuitet i personalgruppen är en viktig kvalitetsfaktor. Personalen måste ha möjlighet att planera och genomföra insatser med viss flexibilitet för att de äldre ska kunna bygga trygga relationer och uppleva omsorgen som

sammanhållen. Begränsade möjligheter att påverka planeringen kan leda till fler personalbyten hos den äldre och därmed mindre kontinuitet. Rapporten visar dock att personalens möjligheter att påverka dagsplanering och utförande varierar betydligt mellan olika enheter. På 41 procent av enheterna menar enhetscheferna att personalen har små möjligheter att påverka hur ofta aktiviteter ska utföras, och på 32 procent av enheterna menar enhetscheferna att personalen har små möjligheter att påverka hur lång tid insatserna ska ta. På cirka 20 procent av enheterna menar enhetscheferna att personalen har små möjligheter att anpassa dagsplaneringen efter den äldres behov (figur 37) [50]. Enhetscheferna lyfter särskilt fram minutstyrning, tidsbrist och snäva scheman som faktorer som gör det svårt att arbeta mer kontinuerligt och individanpassat.

Figur 37. Personalens möjligheter att påverka utförandet

Andel (%) av enhetscheferna som bedömer att personalen, tillsammans med omsorgstagaren, har ganska eller mycket små respektive ganska eller mycket stora möjligheter att påverka utförandet och dagsplanering. År 2025, n=462.



Källa: Enkät om hemtjänstpersonalens möjligheter att påverka utförandet, 2025.

Resultaten visar också att organisatoriska och ledningsmässiga förutsättningar påverkar både personalens arbetsmiljö och den kvalitet som de äldre upplever. En god arbetsmiljö, där personalen upplever stöd från chef och kollegor samt har möjlighet att påverka sitt arbete, är associerad med högre brukarnöjdhet. Sambanden är särskilt tydliga för äldre med stora omvårdnadsbehov. Samtidigt är hög arbetsbelastning och begränsat handlingsutrymme vanligt förekommande i hemtjänsten [50].

Rapporten visar vidare att varken stark detaljstyrning eller helt öppna uppdrag ensamt säkerställer god kvalitet. Istället framstår balansen mellan

styrning, kontroll och professionellt handlingsutrymme som avgörande. Enhetschefer som bedömer att personalen har små möjligheter att påverka utförandet anger oftast att detta beror på uppdragens utformning (76 procent), begränsat samarbete mellan beställare och utförare (56 procent) samt it-system som inte stödjer flexibel planering (52 procent) [50].

Sammantaget visar resultaten att kompetens och kontinuitet i äldreomsorgen inte enbart är en fråga om utbildningsnivå eller bemanning. Hur verksamheten styrs och organiseras har stor betydelse för om personalens kompetens kan användas på ett sätt som ger de äldre en trygg, sammanhållen och individanpassad omsorg.

Tillgång till legitimerad personal och specialistkompetens för äldre

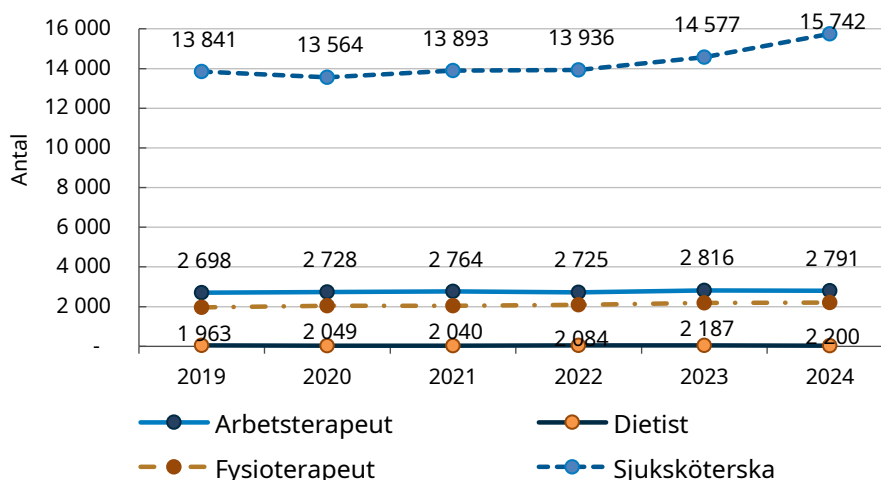
Legitimerad personal inom äldreomsorgen har ökat

Legitimerad personal är en central del av vården och omsorgen om äldre. Deras kompetens är avgörande för att säkerställa god kvalitet, patientsäkerhet och kontinuitet i insatserna. Förutom sjuksköterskor ingår även andra legitimerade yrkesgrupper i äldreomsorgen, såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister, som bidrar med specialiserad kompetens utifrån de äldres olika behov.

Under perioden 2019–2024 har äldreomsorgen i ökad utsträckning prioriterat sjuksköterskekompetens (figur 38). Antalet sjuksköterskor har ökat tydligt och står för huvuddelen av ökningen av legitimerad personal under perioden. Antalet arbetsterapeuter och fysioterapeuter har ökat i mer begränsad omfattning, medan antalet dietister varit fortsatt lågt och relativt stabilt över tid.

Figur 38. Legitimerad personal inom äldreomsorgen över tid

Antal legitimerade personer anställda inom äldreomsorgen under åren 2019–2024, fördelat efter yrke.



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

Sjuksköterskor är den klart största yrkesgruppen under hela perioden. Antalet minskade något mellan 2019 och 2020, från 13 840 till 13 560 personer, men har därefter ökat varje år. År 2024 uppgick antalet sjuksköterskor till 15 740, vilket motsvarar en ökning med 14 procent jämfört med 2019. Detta bekräftar att sjuksköterskekompetensen inom äldreomsorgen långsiktigt har förstärkts.

Antalet fysioterapeuter har ökat relativt stabilt, från 1 960 personer 2019 till 2 200 personer 2024. Även antalet arbetsterapeuter har ökat något, från 2 700 till 2 790 personer, även om antalet varierat något mellan enskilda år. Dietisterna är få till antalet och här syns endast små förändringar över tid. Under perioden varierade antalet mellan 34 och 42 personer, och 2024 var det 35 personer.

Utöver utvecklingen över tid visar tabell 3 hur den legitimerade personalen fördelade sig vad gäller kön, boendeform och utförare 2024. Totalt omfattade gruppen 20 770 personer. Av dessa var 18 520 kvinnor och 2 250 män, vilket innebär att kvinnor utgjorde närmare 90 procent av den legitimerade personalen inom äldreomsorgen.

Sjuksköterskor utgjorde även här den största yrkesgruppen, med 15 740 personer, vilket motsvarade tre fjärdedelar av all legitimerad personal. Det fanns betydligt fler kvinnor än män i samtliga yrkesgrupper. Bland arbetsterapeuter och fysioterapeuter utgjorde kvinnor omkring 85–90 procent av personalen, och även bland dietister var kvinnor i majoritet.

Tabell 3. Legitimerad personal inom vården och äldreomsorgen

Antal sysselsatta legitimerade yrkesutövare inom äldreomsorg, fördelat efter yrke, kön, boendeform och utförare, november 2024.

Yrke	Män	Kvinnor	Totalt	Säbo	Ordinärt boende	Boendeform totalt	Offentlig verksamhet	Privat verksamhet
Arbetsterapeut	240	2 551	2 791	1 284	1 507	2 791	2 460	331
Dietist	4	31	35	18	17	35	28	7
Fysioterapeut	507	1 693	2 200	1 027	1 173	2 200	1 864	336
Sjuksköterska	1 497	14 245	15 742	7 558	8 184	15 742	13 331	2 411
Totalsumma	2 248	18 520	20 768	9 887	10 881	20 768	17 683	3 085

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

Fördelningen av yrkesgrupper mellan säbo och ordinärt boende var relativt jämn. Totalt arbetade 9 890 personer i säbo och 10 880 i ordinärt boende. För samtliga yrkesgrupper var något fler sysselsatta i ordinärt boende än i säbo. Skillnaden var störst bland sjuksköterskor. Majoriteten av den legitimerade personalen arbetade hos offentliga utförare. Totalt var 17 680 personer sysselsatta i offentlig regi, vilket motsvarade 85 procent, medan 3 090 personer arbetade hos privata utförare. Bland arbetsterapeuter och fysioterapeuter var andelen som arbetade hos privata utförare något högre än bland sjuksköterskor.

I Socialstyrelsens enkätundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* från 2025 [1] uppgav 75 procent av de som bor på säbo att det var mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska när de behöver det, medan 16 procent ansåg att det varken var lätt eller svårt och 10 procent ansåg att det var mycket eller ganska svårt. Resultaten visar att det skett en liten förbättring jämfört med 2024 och 2023.

Sammantaget visar analyserna att den legitimerade kompetensen inom äldreomsorgen har stärkts sedan 2019, främst genom ett ökat antal sjuksköterskor. Samtidigt är merparten av den legitimerade personalen fortfarande kvinnor, verksamheten bedrivs huvudsakligen i offentlig regi och kompetensen är relativt jämnt fördelad mellan säbo och ordinärt boende. Detta visar att legitimerad personal är central i båda omsorgsformerna.

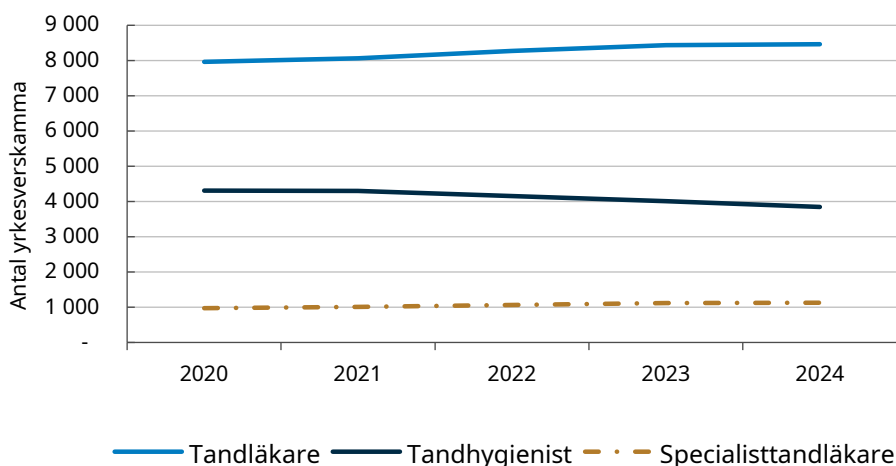
Tillgång till tandvårdspersonal och medicinsk specialistkompetens

Tillgången till tandhygienister minskar, men det finns stora regionala skillnader

Tillgången till tandvårdspersonal i Sverige ligger nära genomsnittet i jämförelse med andra jämförbara länder, men är ojämnt fördelad över landet. Det finns tydliga regionala skillnader och en växande brist, särskilt utanför storstadsområdena. Utvecklingen under de senaste fem åren illustreras i figur 39, och där syns en nedåtgående trend för antalet yrkesverksamma tandhygienister. Tillgång till tandhygienister är en viktig resurs för äldre personer med stora behov av förebyggande insatser. De är också en nyckelkompetens genom att de ofta har huvudansvaret för att bibehålla en god munhälsa inom äldreomsorgen i samverkan med kommunerna.

Figur 29. Antal tandläkare och tandhygienister i hälso- och sjukvården

Antal sysselsatta tandläkare och tandhygienister inom hälso- och sjukvården, båda könen, samtliga näringsgrenar, 2020–2024.



Källa: HOSP registret, Socialstyrelsen.

Antal tandhygienister per 100 000 invånare har minskat på nationell nivå från 43 till 37 mellan 2020 och 2024, vilket motsvarar en minskning med cirka 14 procent. Minskningen är genomgående och återfinns i samtliga regioner. För vissa regioner har bristen på tandhygienister lett till nya framgångsrika arbetsätt genom att överföra viss förebyggande tandvård till undersköterskor inom äldreomsorgen. (Läs också avsnitt *Tydligare ansvarsfördelning och rutiner krävs för bättre samverkan mellan tandvården och äldreomsorgen*)

Skilda utvecklingstrender för tandvårdspersonal och medicinska specialister

Till skillnad från utvecklingen för tandhygienister har antalet specialistläkare i geriatrik och specialisttandläkare i orofacial medicin ökat mellan 2019 och 2024 (tabell 4). Ökningen syns både i absoluta tal och i relation till befolkningen.

Ökande antal specialistläkare i geriatrik

Antalet specialistläkare i geriatrik uppgick till 576 personer 2024, jämfört med 497 personer 2019. Det är en ökning med 16 procent. Efter en mindre minskning mellan 2019 och 2020 har antalet ökat varje år därefter (tabell 4).

År 2024 arbetade 380 geriatriker i offentlig regi och 196 i privat regi. Antalet har ökat inom båda sektorerna, men ökningen har varit relativt sett större inom privat regi.

Tabell 4. Specialistläkare i geriatriker och orofacialtandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården respektive tandvården

Antal geriatriker och orofacialtandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården respektive tandvården, under åren 2019–2024.

Specialitet	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Specialistläkare i geriatrik	497	489	530	545	563	576
Därav i offentlig regi	341	336	360	362	375	380
Därav i privat regi	156	153	170	183	188	196
Specialisttandläkare i orofacial medicin	32	49	55	61	73	75

Källa: Socialstyrelsen, LOVA-förteckningen.

Specialisttandläkare i orofacial medicin – tydlig ökning från låga nivåer

Även antalet specialisttandläkare i orofacial medicin har ökat tydligt under perioden. År 2019 fanns 32 verksamma specialister, jämfört med 75 personer 2024. Det innebär mer än en fördubbling, även om yrkesgruppen fortfarande är liten i absoluta tal.

Specialistläkare i allmänmedicin – central yrkesgrupp som ökar i antal

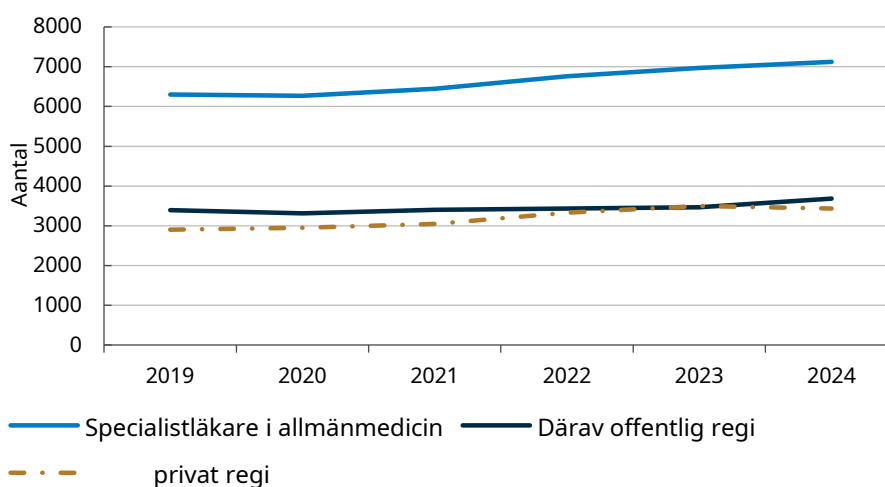
Specialistläkare i allmänmedicin har en central roll i primärvården och utgör ofta första kontakt för äldre personer med komplexa och långvariga vårdbehov. Därför är det relevant att studera utvecklingen för denna

yrkesgrupp för att kunna bedöma hälso- och sjukvårdens förutsättningar att möta en växande äldre befolkning.

Antalet specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom hälso- och sjukvården har ökat under perioden 2019–2024 (figur 40), efter en mindre minskning mellan 2019 och 2020. År 2024 uppgick antalet till 7 120 personer, jämfört med 6 301 personer 2019. Ökningen har skett både i offentlig och privat regi, under senare år med en något tydligare ökning i privat regi.

Figur 40. Specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom hälso- och sjukvården

Antal specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom hälso- och sjukvården, under åren 2019–2024.



Källa: Socialstyrelsen, LOVA-förteckningen

Tillgång till specialistläkare i allmänmedicin, geriatriker och specialisttandläkare i relation till den äldre befolkningen

Tillgången till specialistläkare i allmänmedicin, geriatriker och specialisttandläkare i orofacial medicin per 100 000 invånare 65 år och äldre har sammantaget ökat mellan 2019 och 2024 (figur 41). Utvecklingen skiljer sig dock mellan yrkesgrupperna, både när det gäller nivåer och förändringstakt.

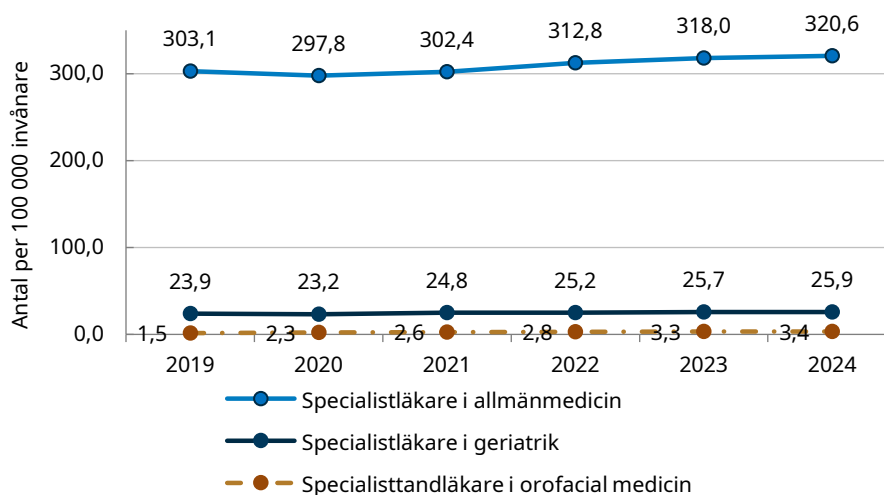
Specialistläkare i allmänmedicin är den klart största yrkesgruppen, och här minskade antalet per 100 000 invånare 65 år och äldre något fram till 2020. Därefter har antalet ökat successivt. År 2024 uppgick antalet till 320,6 specialistläkare i allmänmedicin per 100 000 invånare, vilket är den högsta nivån under perioden. Utvecklingen tyder på att tillgången till specialistläkare i allmänmedicin i relation till den äldre befolkningen har förbättrats under de senaste åren, efter en period av svagare utveckling.

Tillgången till geriatriker har ökat mer jämnt över perioden, från 23,9 till 25,9 per 100 000 invånare mellan 2019 och 2024. Trots ökningen är antalet geriatriker fortsatt lågt i relation till den äldre befolkningens storlek, vilket innebär att även mindre förändringar får genomslag i statistiken.

Antalet specialisttandläkare i orofacial medicin per 100 000 invånare 65 år och äldre har mer än fördubblats under perioden, från 1,5 till 3,4. Ökningen ska dock ses mot bakgrund av låga utgångsnivåer, vilket innebär att den faktiska tillgången även fortsättningsvis är begränsad.

Figur 41. Antal specialistläkare i allmänmedicin, geriatriker och specialisttandläkare i orofacial medicin per 100 000 invånare 65 år och äldre

Antal specialistläkare i allmänmedicin, geriatriker och orofacialtandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården respektive tandvården per 100 000 invånare 65 år och äldre, 2019–2024.



Källa: Socialstyrelsen, LOVA-förteckningen, 2025.

Möjligheten att vid behov träffa läkare i säbo är begränsad

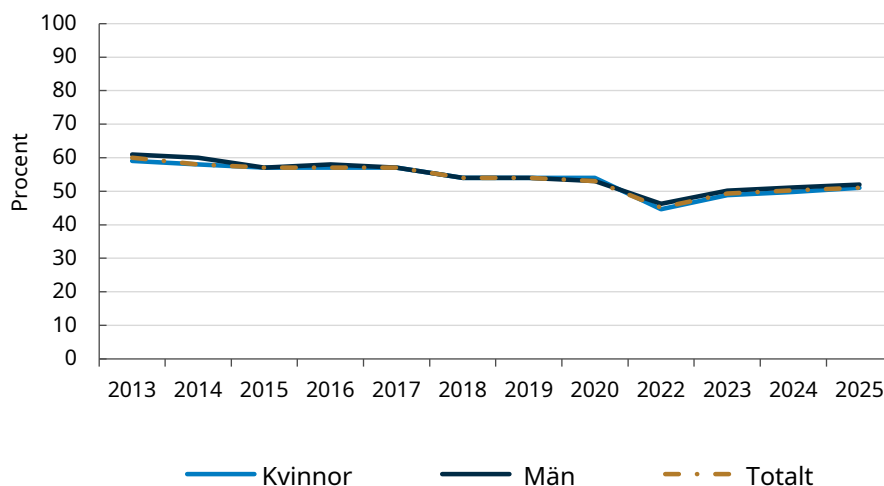
För äldre som bor i säbo varierar tillgången till läkare mellan kommuner och regioner. Figur 42 visar andelen personer 65 år och äldre i säbo som upplevde att det vid behov var mycket eller ganska lätt att få träffa läkare. Resultaten visar att andelen minskat under perioden 2013–2024, även om den varierat mellan enskilda år.

I början av perioden uppgav omkring 60 procent av de boende att det var lätt att få träffa läkare vid behov. Andelen minskade successivt fram till 2018–2019, då 54–55 procent upplevde att det var lätt. Under åren 2020–2022 minskade andelen tydligare. År 2022 var andelen som lägst; då uppgav omkring 45 procent att det var lätt att få träffa läkare. Därefter har andelen

ökat något, men 2025 var den omkring 51 procent, vilket fortfarande är lägre än i början av perioden.

Figur 42. Möjlighet att träffa läkare vid behov i säbo

Andel (%) personer 65 år och äldre i särskilda boenden för äldre (säbo) som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare, 2013–2025.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen 2025.

Kvinnor och män upplever i stort sett samma möjlighet att få träffa läkare. Utvecklingen över tid följer ett liknande mönster för kvinnor och män, med nedgångar och uppgångar vid samma tidpunkter. Det innebär att skillnaderna främst kan kopplas till organisatoriska förhållanden och inte till kön.

Indikatorn speglar de äldres egen upplevelse av tillgång till läkare vid behov och fångar därmed både tillgänglighet och samordning i vården. Den långsiktiga minskningen, tillsammans med den begränsade återhämtningen efter 2022, kan indikera att det kvarstår utmaningar i samverkansrutiner mellan region och kommun samt i hur läkarmedverkan i säbo organiseras.

Sammantaget visar resultaten att möjligheten att vid behov träffa läkare i säbo har minskat jämfört med tidigare år och ännu inte återgått till de nivåer som uppmättes i början av 2010-talet. Detta understryker betydelsen av fungerande samverkan och tydliga strukturer för läkarmedverkan i vården av äldre.

Hur samordnas vård och omsorg för äldre?

Sammanfattande iakttagelser

- Flera indikatorer visar att samordningen av vård och omsorg för äldre har förbättrats över tid, men utvecklingen är ojämn mellan olika delar av vårdkedjan och vissa riskområden kvarstår. Andelen oplanerade återinskrivningar bland personer 65 år och äldre minskade från 10 procent 2013 till omkring 9 procent 2024. Samtidigt har antalet påverkbara slutenvårdstillfällen bland äldre i säbo minskat och uppgick 2024 till cirka 11 000 per 100 000 personår.
- Personer 80 år och äldre besökte akutmottagningen 610 gånger per 10 000 invånare 2024, jämfört med cirka 662 gånger per 1 000 invånare 2019. Det är en önskvärd minskning som kan bero på bättre förebyggande och samordnade insatser. Män besöker akutmottagningen fler gånger än kvinnor.
- Påverkbar sluten vård bland äldre i särskilt boende för äldre (säbo) har minskat över tid, vilket är önskvärt och kan tyda på förbättrat omhändertagande i öppen vård och kommunal hälso- och sjukvård. 2024 inträffade cirka 11 000 tillfällen för slutenvård per 100 000 personår. Män har genomgående högre nivåer än kvinnor.
- Mellan 2017 och 2025 ökade andelen äldre med samtidig användning av tio eller fler läkemedel från 12 till 15 procent. Ökningen var särskilt tydlig bland män och bland äldre med hemtjänst i ordinärt boende. Även samtidig användning av femton eller fler läkemedel ökade, om än från låga nivåer.
- Samtidigt har användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre minskat tydligt. Minskningen uppgick till 27 procent i befolkningen och var störst i säbo. Under senare delen av perioden var användningen bland kvinnor i säbo lägre än i befolkningen som helhet.
- Förekomsten av samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka ökade under perioden 2017–2025 bland äldre med hemtjänst (+16 procent) och i säbo (+17 procent), medan ingen tydlig förändring sågs i befolkningen som helhet. Användningen av antipsykotiska läkemedel var samtidigt mer än fyra gånger högre i säbo än bland äldre med hemtjänst, men ökade snabbare bland äldre med hemtjänst (+33 procent) än i säbo (+13 procent).

Indikatorer som belyser samordning och kontinuitet i vård och omsorg för äldre

I detta avsnitt redovisas ett urval indikatorer som belyser hur samordningen och kontinuiteten i vård och omsorg för äldre fungerar. Indikatorerna speglar olika delar av vårdkedjan, bland annat akuta vårdkontakter, övergångar mellan vårdformer, läkemedelsanvändning och uppföljning efter utskrivning.

Tillsammans ger indikatorerna en övergripande bild av hur väl vård och omsorg hänger ihop för äldre personer, särskilt i situationer som ställer höga krav på samverkan mellan kommuner, regioner och olika delar av hälso- och sjukvården. Utvecklingen redovisas över tid, baserat på de mätningar som var tillgängliga när rapporten skrevs.

Andelen oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat över tid

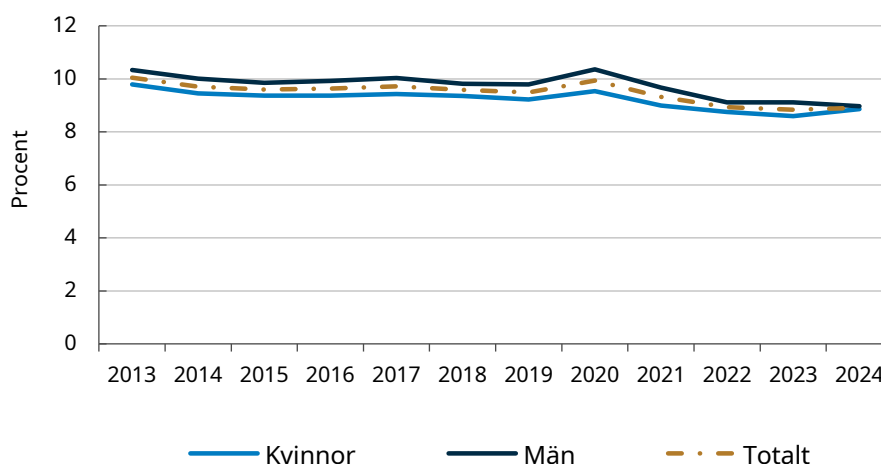
Andelen oplanerade återinskrivningar bland personer 65 år och äldre har minskat något under perioden 2013–2024 (figur 43). År 2013 var andelen 10 procent. År 2024 hade den minskat till omkring 9 procent.

Män återinskrivs oftare än kvinnor, och skillnaden mellan könen har varit relativt stabil under hela perioden. År 2024 var andelen oplanerade återinskrivningar 9 procent bland män och 8,8 procent bland kvinnor.

Under covid-19-pandemin ökade andelen oplanerade återinskrivningar till en tillfällig topp 2020. Därefter har andelen minskat och legat på en lägre och mer stabil nivå under de senaste åren. Sammantaget visar utvecklingen en svagt nedåtgående trend över tid, vilket är i linje med indikatorns önskvärda riktning.

Figur 43. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Andel (%) oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för personer 65 år och äldre, uppdelat på kön och perioden 2013–2024, riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Besök på akutmottagning bland personer 80 år och äldre har minskat sedan 2019

Antalet besök vid sjukhusbundna akutmottagningar bland personer 80 år och äldre minskade under perioden 2017–2024 (figur 44). Fram till 2019 låg nivåerna relativt stabilt. År 2020 minskade antalet besök tydligt, för att sedan öka något igen under de efterföljande åren. År 2024 låg antalet besök kvar på en lägre nivå än före nedgången.

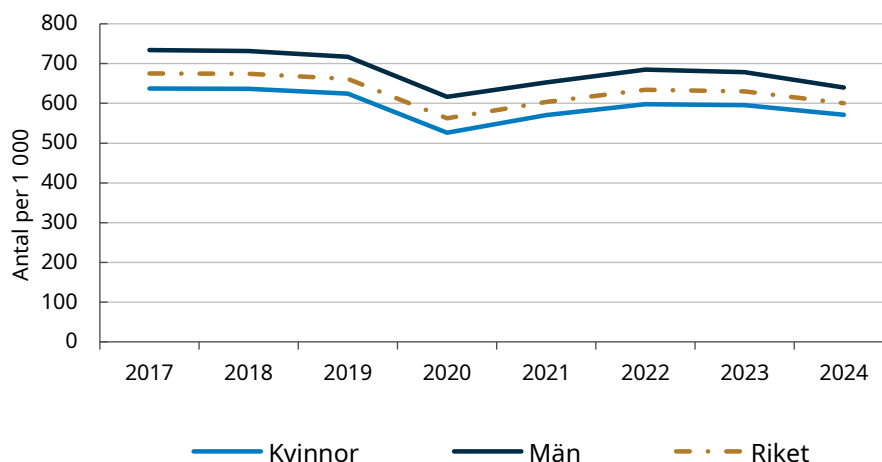
År 2024 uppgick antalet akutmottagningsbesök till omkring 610 per 1 000 invånare i åldersgruppen i riket. Män hade genomgående fler besök än kvinnor under hela perioden. År 2024 var antalet 650 per 1 000 bland män och omkring 570 per 1 000 bland kvinnor.

Skillnaderna mellan kvinnor och män har varit relativt stabila över tid, och båda könen följer samma övergripande utvecklingsmönster. Den tydliga nedgången 2020 följdes av en partiell återhämtning, men nivåerna har därefter inte återgått till de högsta nivåerna före 2020.

Indikatorn belyser i vilken utsträckning behovet av akutmottagningsbesök kan påverkas genom en mer personcentrerad och koordinerad hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Den långsiktiga utvecklingen mot lägre nivåer ligger i linje med indikatorns önskvärda riktning.

Figur 44. Besök på akutmottagning - 80 år och äldre

Antal besök av personer 80 år och äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare, uppdelat på kön och perioden 2017–2024, riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tid till läkarbedömning vid akutbesök varierar mellan åldersgrupper

Mediantiden till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning har varierat över tid och skiljer sig mellan åldersgrupper (figur 45). Under perioden 2015–2024 var mediantiden genomgående längst för personer i åldern 18–67 år, följt av personer 68–79 år. Kortast mediantid hade personer 80 år och äldre.

År 2020 minskade mediantiden till läkarbedömning i samtliga åldersgrupper. Därefter ökade den igen och var som längst under åren 2022 och 2023. År 2024 minskade den något igen, men är fortsatt längre än före 2020 för de två yngre åldersgrupperna. För personer 80 år och äldre har mediantiden varit kortare och mer stabil över tid.

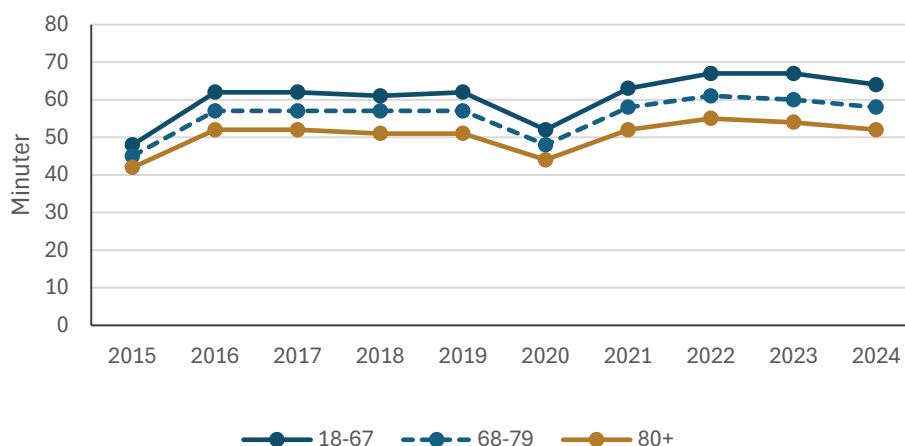
Skillnaderna mellan åldersgrupperna framgår även av de sammanställda uppgifterna för det senaste året. Personer 80 år och äldre hade kortast mediantid till läkarbedömning, medan mediantiden var längst bland personer i åldern 18–67 år. Detta mönster återfinns både totalt och vid uppdelning på kvinnor och män.

När resultaten delas upp efter kön framträder mindre skillnader inom respektive åldersgrupp. Bland personer 80 år och äldre var mediantiden till läkarbedömning något längre för kvinnor än för män. Även i åldersgruppen 68–79 år hade kvinnor en något längre mediantid än män. I åldersgruppen 18–67 år var mönstret det omvända – där hade män något längre mediantid än kvinnor. Skillnaderna mellan könen är dock betydligt mindre än skillnaderna mellan åldersgrupperna.

Sammantaget visar resultaten att äldre personer, särskilt de som är 80 år och äldre, generellt får en läkarbedömning snabbare än yngre patienter på akutmottagning. Utvecklingen över tid visar samtidigt att väntetiderna ökade efter 2020 och därefter varit längre än tidigare för flertalet grupper. Önskvärd riktning för indikatorn är låga värden; därför är tid till läkarbedömning fortsatt en viktig indikator för att följa tillgänglighet, patientsäkerhet och akutmottagningarnas förutsättningar att hantera patientflöden effektivt.

Figur 45. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning, uppdelat på ålder och perioden 2015–2024, riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Påverkbar slutenvård bland äldre i säbo har minskat

Antalet påverkbara slutenvårdstillfällen bland personer 65 år och äldre på säbo har minskat under perioden 2013–2024 (figur 46). Fram till 2019 låg nivåerna relativt stabilt, men 2020 minskade de sedan tydligt. Därefter ökade antalet påverkbara slutenvårdstillfällen något igen, men det har sedan legat kvar på en lägre nivå än före pandemin.

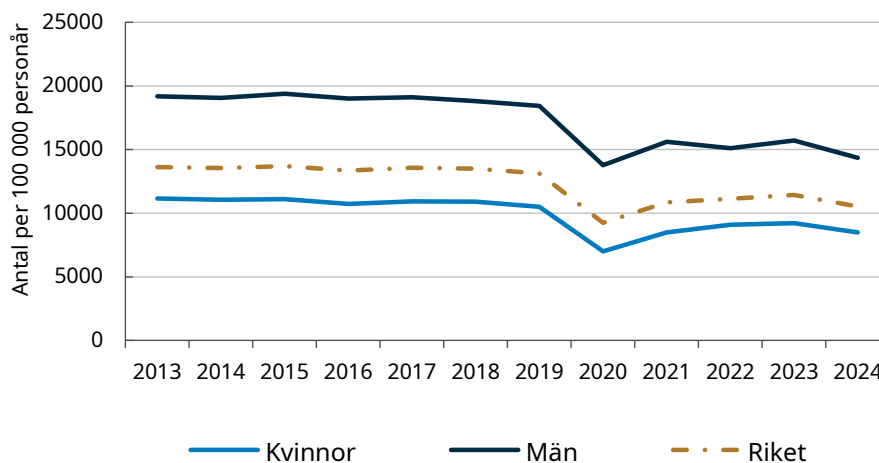
År 2024 uppgick antalet påverkbara slutenvårdstillfällen till 11 000 per 100 000 personår i riket. Män hade genomgående högre nivåer än kvinnor under hela perioden. År 2024 var antalet 14 500 per 100 000 personår bland män och omkring 8 500 bland kvinnor.

Skillnaderna mellan kvinnor och män har varit stabila över tid, och nivåerna har utvecklats på samma sätt för båda könen. Den kraftiga minskningen 2020 kan delvis förklaras av förändrade vårdmönster under covid-19-pandemin, med färre sjukhusinläggningar bland personer i säbo. Därefter har nivåerna ökat något, men de är fortfarande lägre än tidigare.

Indikatorn speglar i vilken utsträckning behovet av slutenvård kan förebyggas genom ett ändamålsenligt och samordnat omhändertagande inom öppen vård och kommunal hälso- och sjukvård. Den sammantagna minskningen över tid ligger i linje med indikatorns önskvärda riktning och kan indikera att den sammanhållna vården och omsorgen för äldre i säbo har förbättrats.

Figur 46. Påverkbar slutenvård bland äldre på säbo

Antal påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 personår för personer på särskilda boenden för äldre (säbo), 65 år eller äldre, perioden 2013–2024, riket.



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

Demenssjukdom som exempel på samverkansutmaningar

Personer med demenssjukdom har ofta omfattande och långvariga behov av insatser från både kommunal omsorg och hälso- och sjukvård. I Sverige lever uppskattningsvis cirka 150 000 personer med demenssjukdom, vilket innebär att vård och omsorg ofta involverar flera huvudmän och verksamheter. I Socialstyrelsens nationella utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar framkommer att samverkan mellan huvudmännen varierar mellan olika delar av landet. Utvärderingen visar bland annat att drygt hälften av regionerna (12 av 19) har en strategisk samverkansgrupp på ledningsnivå tillsammans med kommunerna, medan 7 regioner saknar en sådan struktur. Den visar också att tillgången till strategiska samverkansstrukturer, demensteam och personal med samordningsansvar varierar mellan kommuner och regioner [5].

Samordningen av vård och omsorg kan vara komplex, till exempel vid övergångar mellan utredning, uppföljning och kommunala insatser. Ett exempel är dagverksamhet för personer med demenssjukdom, där ansvar och insatser ofta delas mellan flera huvudmän. Kommunen ansvarar för den

hälso- och sjukvård som utförs inom dagverksamheten, medan läkarinsatser är regionens ansvar. När personen vistas i sitt ordinarie hem kan ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser också variera mellan huvudmännen.

Sammantaget kan en person i dagverksamhet ha insatser från flera huvudmän och vård- och omsorgsgivare under samma dygn. I vissa fall behöver vården planeras gemensamt, exempelvis vid läkemedelshantering eller förskrivning av hjälpmedel.

Utvärderingen visar också variationer i samverkan kring läkarmedverkan och uppföljning mellan kommuner och regioner. Exempelvis saknar 3 av 10 kommuner (73 av 235) en överenskommelse med regionen om läkarmedverkan vid uppföljning av personer med demenssjukdom.

Sammantaget visar den nationella utvärderingen av vård och omsorg vid demenssjukdomar att organiseringen av samverkan och ansvarsfördelning varierar mellan regioner och kommuner, vilket innebär att förutsättningarna för samordning av vård och omsorg för personer med demenssjukdom skiljer sig mellan olika delar av landet. (se även avsnittet *Utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar visar små förändringar*)

En fungerande samverkan är också centralt för äldre med skadligt bruk eller beroende

En lägesbild som Socialstyrelsen tog fram 2025 visade att antalet personer som är 65 år eller äldre, som har hemtjänstinsatser och identifierade alkoholproblem, har ökat med mer än 70 procent under den senaste tioårsperioden [51]. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visar att antalet personer ökade från 3 555 personer 2014 till 6 168 personer 2023. Bland manliga hemtjänsttagare ökade andelen med alkoholdiagnos från 3,8 procent till 5,0 procent, och bland kvinnliga hemtjänsttagare från 0,9 procent till 1,5 procent.

För många med ett skadligt bruk eller beroende krävs insatser från fler aktörer. Det var vanligt att äldre hemtjänsttagare med en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos också hade en annan psykiatrisk diagnos. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visade att ungefär en tredjedel hade en psykiatrisk samsjuklighet. Detta ställer särskilda krav på hemtjänstpersonalens kompetens och bemötande. Dessutom behöver personer med samsjuklighet få stöd, vård och behandling för båda tillstånden samtidigt, och det är därför viktigt att insatserna samordnas.

Lägesbilden visade att äldreomsorgschefer upplevde att samverkan med andra kommunala verksamheter, till exempel beroendeverksamheter eller socialpsykiatri, inte alltid fungerade. Sju av tio äldreomsorgschefer bedömde

att samarbetet mellan hemtjänsten och kommunens myndighetsutövning fungerade ganska eller mycket bra, medan ungefär hälften bedömde att samarbetet med kommunens verksamheter för skadligt bruk eller beroende fungerade bra. Samtidigt bedömde cirka en femtedel att detta samarbete fungerade ganska dåligt.

Samverkan med regionernas verksamheter upplevdes ha ännu större brister. Omkring hälften av äldreomsorgscheferna bedömde att samarbetet mellan hemtjänsten och regionens vård för personer med skadligt bruk eller beroende fungerade ganska eller mycket dåligt, och ungefär en lika stor andel gjorde samma bedömning när det gäller samarbetet med psykiatrin.

Många äldreomsorgschefer bedömde att utmaningarna i samarbetet också begränsade tillgången till insatser för de äldre personerna, trots att det fanns ett behov. Det gällde både de insatser som gavs inom kommunen och av regionen.

Behov av mer systematisk uppföljning av äldres läkemedelsanvändning i hemtjänsten

Äldres läkemedelsanvändning är ett område som ställer höga krav på samordning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Många äldre får läkemedelsbehandling parallellt med insatser från både regionernas hälso- och sjukvård och kommunal omsorg, särskilt i form av hemtjänst och säbo. En säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning förutsätter därför att det är tydligt vilket ansvar de olika aktörerna har, att informationsöverföringen mellan dem fungerar och att de regelbundet följer upp läkemedelsbehandlingen.

Mot denna bakgrund redovisas i detta avsnitt indikatorer som beskriver omfattningen och kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. Indikatorerna ger underlag för att belysa hur väl samordningen fungerar i praktiken, särskilt när det gäller uppföljning av läkemedelsbehandling för äldre som får insatser i hemtjänst i ordinärt boende.

I Öppna jämförelser äldreomsorg [41] redovisar Socialstyrelsen sedan 2013 fyra indikatorer som beskriver omfattning och kvalitet i äldres läkemedelsanvändning. Indikatorerna avser personer som är 75 år eller äldre och som får insatser i hemtjänst i ordinärt boende eller bor i säbo.

Indikatorerna är

- samtidig användning av tio eller fler läkemedel
- användning av läkemedel som bör undvikas till äldre
- samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka
- användning av antipsykotiska läkemedel.

I detta avsnitt ger vi en översikt över hur indikatorerna har utvecklats från 2017 till 2025, uppdelat på omsorgsform och för befolkningen som helhet.

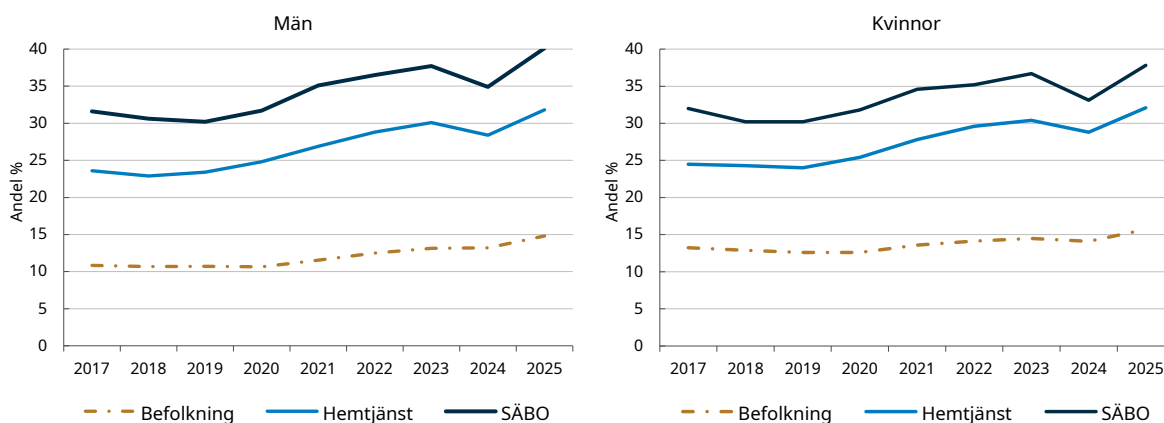
Ökad samtidig användning av tio eller fler läkemedel

Figur 47 visar hur förekomsten av samtidig användning av tio eller fler läkemedel hos män och kvinnor 75 år och äldre har förändrats under tidsperioden. I befolkningen som helhet ökade andelen med 25 procent (från 12,2 till 15,3 procent). Bland äldre med hemtjänst ökade andelen med 32 procent, vilket var mer än i säbo där den ökade med 21 procent. Ökningen var också betydligt större hos män (36 procent) än hos kvinnor (19 procent). Under hela perioden var dock andelen kvinnor med samtidig användning av tio eller fler läkemedel (från 13,2 procent 2017 till 15,7 procent 2025) större än andelen män (10,9 till 14,8 procent).

Förekomsten av samtidig användning av femton eller fler läkemedel var betydligt lägre i befolkningen. Andelen ökade dock påtagligt, med 62 procent: från 1,7 till 2,8 procent mellan 2017 och 2025.

Figur 47. Förekomst av samtidig användning av tio eller fler läkemedel hos män respektive kvinnor 75 år och äldre, i befolkningen, med hemtjänst i ordinärt boende samt i särskilt boende för äldre för äldre, 2017-2025

Andel (%) av personer 75 år och äldre den 30 juni respektive år.



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

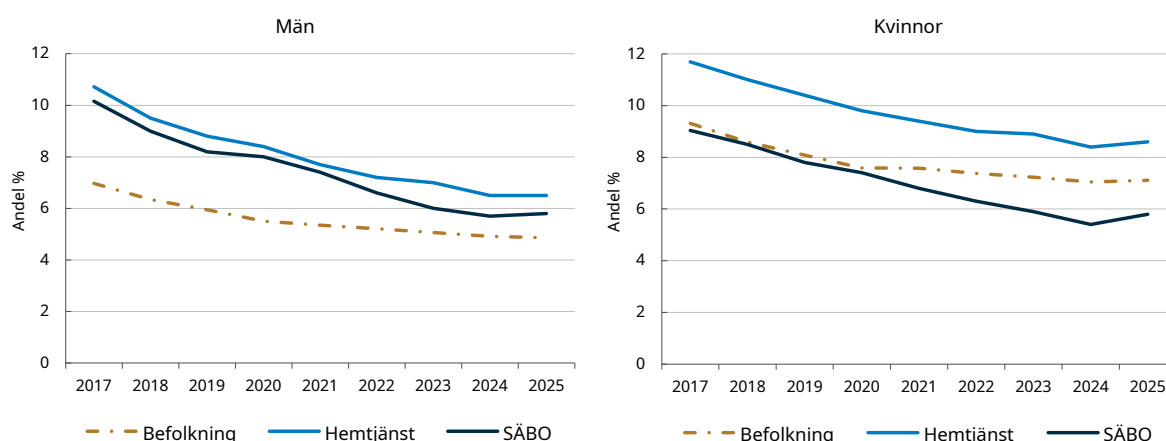
I figur 48 redovisas på samma sätt hur användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre (indikator 1.1 i Socialstyrelsens Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre [52]) har förändrats från 2017 till 2025. Användningen minskade med 27 procent i befolkningen, något mer hos äldre med hemtjänst (30 procent) och mest i säbo (38 procent).

Till skillnad från för övriga indikatorer var andelen genomgående högre hos äldre med hemtjänst jämfört med säbo, en skillnad som var mest påtaglig

hos kvinnor. Det är också värt att notera att användningen hos kvinnor under senare halvan av mätperioden var lägre och minskade i snabbare takt i säbo jämfört med för befolkningen som helhet. Skillnaden beror främst på att användningen av läkemedel med antikolinerga effekter, långverkande bensodiazepiner och kodein minskat påtagligt i säbo.

Figur 48. Användning av läkemedel som bör undvikas till äldre, hos män respektive kvinnor 75 år och äldre, i befolkningen, med hemtjänst i ordinärt boende samt i särskilt boende för äldre, 2017–2025

Andel (%) av personer 75 år och äldre den 30 juni respektive år.



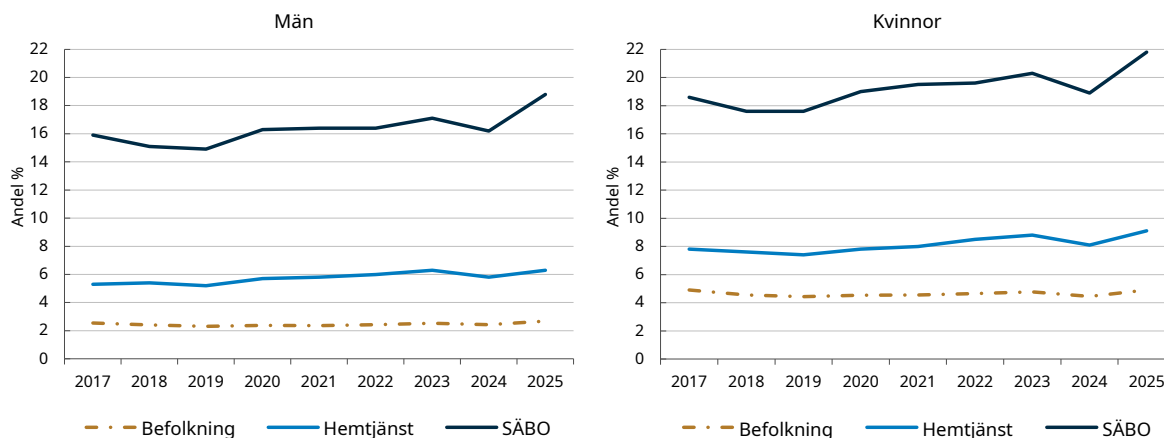
Källa: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Ökad samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka bland äldre med socialtjänstinsatser

Figur 49 visar hur förekomsten av *samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka* (indikator 1.5 i Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [52]) har förändrats hos äldre män respektive kvinnor 2017–2025. I befolkningen som helhet skedde ingen nettoförändring. Däremot ökade förekomsten bland äldre med hemtjänst och i säbo, med 16 respektive 17 procent.

Figur 49. Förekomst av samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka i befolkningen, med hemtjänst i ordinärt boende samt i säbo

Förekomst av samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka hos män respektive kvinnor 75 år och äldre, i befolkningen, med hemtjänst i ordinärt boende samt i särskilt boende för äldre (säbo), 2017–2025. Andel (%) av personer 75 år och äldre den 30 juni respektive år



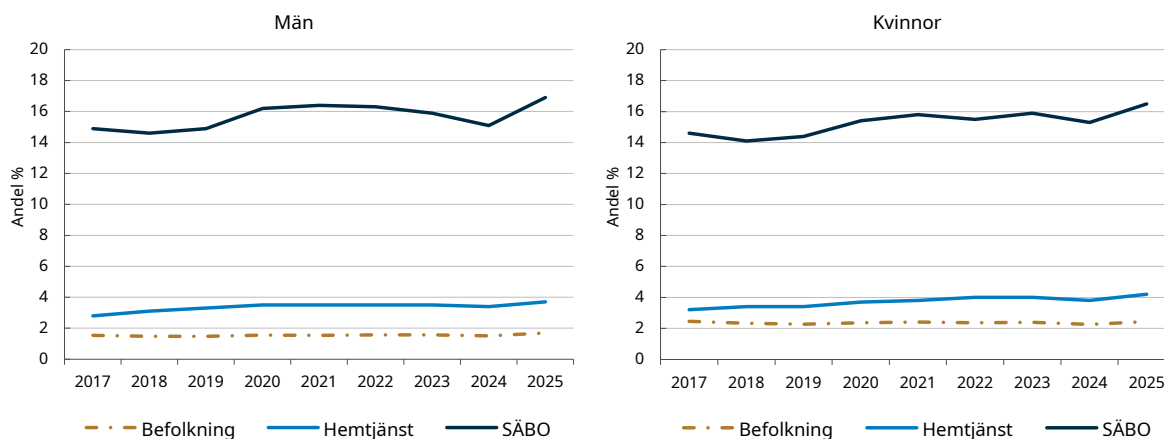
Källa: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Tydliga skillnader i läkemedelsanvändning mellan hemtjänst och säbo

I figur 50 visas användningen av antipsykotiska läkemedel hos äldre män och kvinnor, och hur den har förändrats under den aktuella tidsperioden. Inte heller här sågs någon nettoförändring i befolkningen som helhet. Användningen var mer än fyra gånger högre i säbo än hos äldre med hemtjänst. Ökningen under perioden var dock betydligt större bland personer med hemtjänst (33 procent) än i säbo (13 procent).

Figur 50. Användning av antipsykotiska läkemedel i befolkningen, med hemtjänst i ordinärt boende samt i säbo

Andel (procent) av personer 75 år och äldre den 30 juni respektive år. Användning av antipsykotiska läkemedel hos män respektive kvinnor 75 år och äldre, i befolkningen, med hemtjänst i ordinärt boende samt i särskilt boende för äldre (säbo), 2017–2025.



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

Sammanfattningsvis visar denna överblick att andelen äldre med tio eller fler läkemedel (en definition på *excessive polypharmacy*, dvs. uttalad polyfarmaci) har fortsatt att öka under perioden 2017–2025. Ökningen har varit särskilt tydlig bland män och bland personer med hemtjänst i ordinärt boende. Användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre har samtidigt minskat påtagligt under denna tidsperiod. Minskningen har varit störst i säbo, och hos kvinnor i säbo var användningen under den senare delen av mätperioden till och med lägre än i befolkningen som helhet. Vidare var användningen av dessa läkemedel genomgående högre hos äldre med hemtjänst jämfört med i säbo, en skillnad som var mest påtaglig hos kvinnor. Användningen av antipsykotiska läkemedel ökade mest hos äldre med hemtjänst, om än från en betydligt lägre nivå än i säbo.

Hur påverkar digitalisering och välfärdsteknik äldreomsorgen?

Sammanfattande iakttagelser

- Digitaliseringen inom äldreomsorgen fortsätter att utvecklas och kan bidra till ökad trygghet, kvalitet och effektivitet i verksamheterna. Välfärdsteknik används i allt större utsträckning; det gäller särskilt digital natttillsyn, GPS-larm och läkemedelsautomater.
- Mellan 2024 och 2025 ökade antalet personer med digital natttillsyn med 9 procent (från 4 146 till 4 381 personer) och antalet med läkemedelsautomater med 52 procent (från 2 160 till 3 285 personer). Digitala lås används också allt oftare; 88 procent av kommunerna hade infört digitala lås i hemtjänstverksamheten 2025, jämfört med 75 procent 2019.
- Användningen varierar dock fortfarande kraftigt mellan kommuner. Exempelvis saknade över 40 procent av kommunerna användare av digital dagtillsyn 2025 och omkring en femtedel saknade användare av GPS-larm.
- Tekniken kan minska behovet av manuella rutininsatser och frigöra tid för personalen att fokusera på mer kvalificerade och sociala uppgifter. Effekterna varierar dock och beror bland annat på kommunernas arbetssätt, organisation och lokala förutsättningar. En majoritet av kommunerna uppger att digital natttillsyn och läkemedelsautomater lett till ett positivt ekonomiskt utfall, men flera kommuner har samtidigt inte sett några tydliga ekonomiska vinster. Nyttan av tekniken varierar mellan olika individer och situationer och behöver vägas mot integritet, trygghet och den mänskliga kontaktens betydelse
- Den digitala delaktigheten bland äldre ökar, men en tydlig digital klyfta kvarstår mellan yngre och äldre samt inom gruppen äldre, särskilt bland personer över 75 år. År 2025 använde 4 procent av personer 65–75 år inte internet, medan motsvarande andel var 19 procent bland personer 75 år och äldre (32 procent året före).

- Äldre som står utanför det digitala uttrycker ofta att det beror på bristande intresse, tekniska trösklar eller fysiska hinder. E-hälsotjänster används av många, men en betydande andel – särskilt bland personer över 75 år – upplever svårigheter med digital tidsbokning och komplexa vårdappar. Samtidigt saknade omkring 26 procent av personer över 75 år mobilt bank-id 2025, även om detta är en tydlig minskning jämfört med cirka 50 procent 2021.
- Kommunerna erbjuder i ökande grad stödinsatser för digital delaktighet, såsom it-handledning, digitala mötesplatser och utbildningar. År 2025 erbjöd 82 procent av kommunerna sådant stöd för att minska digitalt utanförskap. Trots detta finns risk för ojämlikhet mellan kommuner, vilket understryker behovet av fortsatt nationellt stöd och kunskapsutbyte.
- Automatisering och AI är på frammarsch men befinner sig till stor del i ett tidigt skede. Regelbaserade automatiserade processer används främst inom ekonomiskt bistånd, medan mer avancerad AI ännu testas i pilotform. År 2025 hade 53 procent av kommunerna infört minst en automatiserad process, men bara 20 procent hade gjort det inom äldreomsorgen (15 procent 2022). Endast omkring 8 procent av kommunerna låter system fatta beslut helt automatiserat i ärenden som rör vård och omsorg för äldre, och då oftast i liten skala.
- Pågående nationella satsningar tyder på att användningen av AI i äldreomsorgen kommer att öka. Samtidigt framhåller flera aktörer vikten av etiska ställningstaganden och integritetsskydd samt att säkerställa att tekniken inte förstärker ålderism eller ojämlikhet.

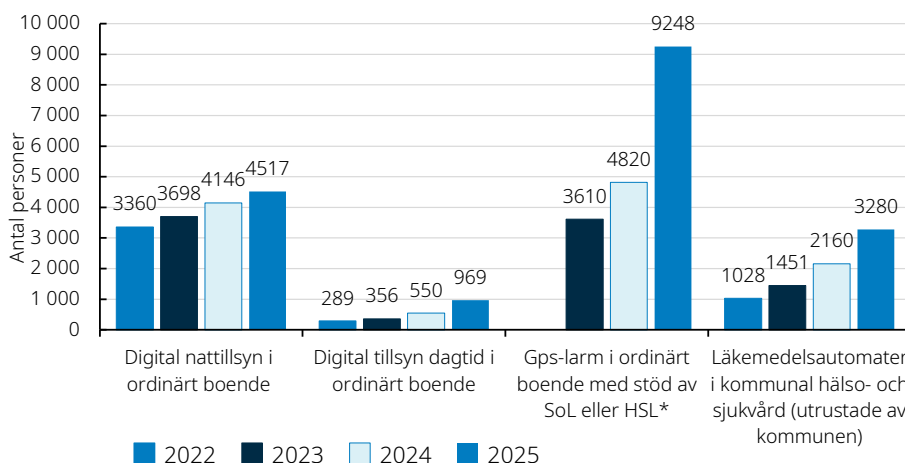
Användningen av välfärdsteknik i äldreomsorgen har ökat men är fortsatt låg

Digitaliseringen inom vård och omsorg för äldre har på senare år fått en allt mer framträdande roll. I nuläget kan Socialstyrelsen konstatera att mycket har hänt: fler äldre använder digital teknik än tidigare och kommunerna har infört en rad välfärdsteknologiska lösningar i äldreomsorgen. Samtidigt kvarstår utmaningar, särskilt vad gäller att nå de allra äldsta med digitala tjänster samt att säkerställa att tekniken kommer alla till del. Detta avsnitt sammanfattar nuläget och utvecklingen inom tre nyckelområden: välfärdsteknik i äldreomsorgen, digital delaktighet bland äldre och digitala verktyg för personalen. Avslutningsvis belyses framväxten av AI-verktyg.

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.³⁵ Vanliga exempel är digital tillsyn via kamera (till exempel nattliga trygghetskameror), GPS-larm, läkemedelsautomater som påminner om medicinintag, digitala lås på ytterdörrar samt olika digitala hjälpmedel för träning och aktivering [10].

Inom äldreomsorgen har användningen av välfärdsteknik ökat stadigt, om än från låga nivåer (figur 51). Mellan 2024 och 2025 ökade antalet personer med digital natttillsyn med 9 procent, och antalet med läkemedelsautomater ökade med 52 procent. Digitala lås är ett annat exempel på välfärdsteknik som numera är närmast standard; 88 procent av kommunerna hade infört digitala lås för hemtjänstverksamheten 2025 (att jämföra med 75 procent 2019) [53].

Figur 51. Antal personer med digital tillsyn och gps-larm i ordinärt boende och läkemedelsautomater i kommunal hälso- och sjukvård, 2022–2025



*2022 ingick endast gps-larm beviljade enligt SoL.

Källa: Socialstyrelsen - E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, 2025.

Trots ökningen är användningen av många tekniker fortfarande lågt sett till hela målgruppen, och i många kommuner används tekniken bara av enstaka personer eller inga alls. Till exempel använde ingen äldre person digital dagtillsyn i över 40 procent av de kommuner som hade infört tekniken 2025. Motsvarande siffra för GPS-larm är en femtedel. I hur stor utsträckning kommuner använder välfärdsteknik varierar stort, och generellt har större kommuner kommit längre i arbetet med välfärdsteknik än mindre kommuner [53].

När det gäller AI (till exempel sensorer med smart analys för fallprevention, eller AI-baserade sociala robotar) är detta ännu mest i testfas i Sverige.

³⁵ [Socialstyrelsens termbank](#).

Några kommuner har testat robotkatter eller sälrobotar för demensvård, och vissa tittar på hur AI kan användas för att förutsäga risker (exempelvis för att identifiera ensamma äldre med behov av extra insatser) [54, 55].

Välfärdsteknik kan öka effektiviteten men också leda till värdekonflikter

Välfärdsteknik kan ge positiva effekter för både äldre, anhöriga och personal [53]. Exempelvis kan digital natttillsyn öka tryggheten på natten utan att störa den äldre, och digitala läkemedelsautomater kan säkerställa korrekt medicinering och avlasta hemtjänstpersonal. Samtidigt måste tekniken införas varsamt och med hänsyn till varje persons integritet och önskemål [56]. För vissa äldre kan ett kamerabaserat system ge en ökad trygghet och bättre sömn, medan andra kan uppleva tekniken som obehaglig eller inkräktande på integriteten.

Det finns även värdekonflikter att hantera, till exempel mellan ökad effektivitet och den mänskliga kontakten i omsorgen. Tekniken kan aldrig helt ersätta fysiska insatser, men den kan vara ett värdefullt komplement som frigör tid för personalen att ägna åt mer kvalificerade eller sociala uppgifter [56]. Det är viktigt att använda tekniken där den gör störst nytta och att följa upp effekterna löpande [53].

Välfärdsteknik inom äldreomsorgen kan bidra till större resurseffektivitet. Resurseffektivitet innebär i det här sammanhanget att samma eller högre kvalitet kan uppnås med mindre resursinsats. Till exempel kan digital natttillsyn och läkemedelsautomater minska antalet fysiska besök och transportsträckan, vilket frigör arbetstid för omsorgspersonalen och sänker kostnader för exempelvis drivmedel [53].

Personalens erfarenheter från olika kommuner tyder på att välfärdstekniken haft övervägande positiva effekter på resurseffektiviteten, även om undantag finns. En majoritet av kommunerna uppger att digital natttillsyn och läkemedelsautomater lett till ett positivt ekonomiskt utfall för dem [53]. Samtidigt finns det flera kommuner som inte har sett några tydliga ekonomiska vinster av tekniken, vilket indikerar att lokala förutsättningar och arbetssätt påverkar effekterna. Till exempel kan faktorer som kommunens storlek, infrastruktur, vilken teknisk lösning som används och hur väl den integreras i verksamheten påverka hur stor effektivitetsvinsten blir [53].

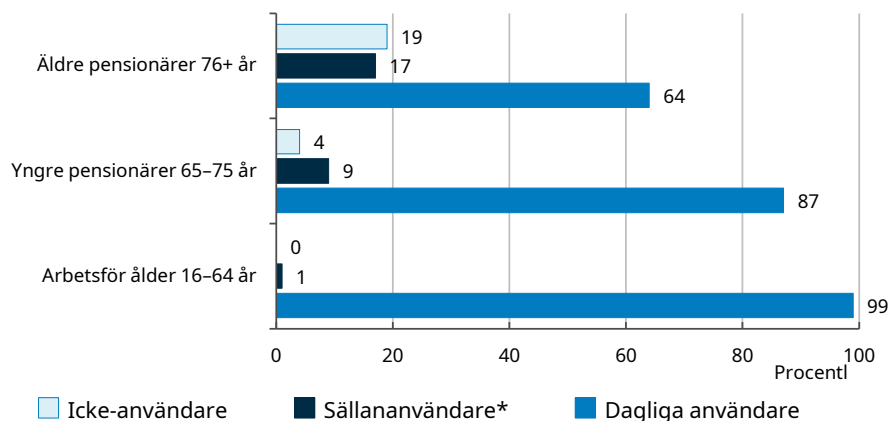
Digital delaktighet bland äldre ökar

En grundförutsättning för att äldre ska kunna dra nytta av e-hälsa och välfärdsteknik är att de använder internet och digitala tjänster. Men det finns en tydlig digital klyfta mellan yngre och äldre, och även inom gruppen äldre

finns stora variationer (figur 52). Alla personer 16–64 år använde internet 2025. Bland personer 65–75 år var det 4 procent som inte använde internet 2025. Bland personer 75 år och äldre är andelen internetanvändare ännu lägre. År 2024 använde 32 procent av denna grupp inte internet, men 2025 använde 19 procent av denna grupp inte internet. Noterbart är att äldre kvinnor över 75 år i lägre grad använder internet än män i samma ålder [57].

Figur 52. Skillnader i internetanvändning mellan åldersgrupper

Andel (%) icke-användare, sällananvändare och dagliga användare per åldersgrupp, 2025.



* Med sällananvändare avses de internetanvändare som inte använder internet dagligen.

Källa: Internetstiftelsen – Svenskar och internet, 2025.

Få personer börjar använda internet i mycket hög ålder

Det finns flera skäl till att vissa äldre står utanför det digitala. En av de vanligaste orsakerna är bristande intresse eller upplevt behov; många äldre som inte använder internet anger att de klarat sig utan digital teknik hittills och inte ser någon anledning att börja nu. En annan vanlig orsak är att tekniken upplevs som för krånglig. Tekniska och psykologiska trösklar gör att en del äldre avstår helt från internet, trots att de annars skulle kunna ha nytta av digitala tjänster. Även fysiska hinder kan spela in – exempelvis kan synnedsättning eller skakiga händer göra det svårt att använda smarttelefoner och datorer. Det är viktigt att notera att många av de äldre som idag står utanför det digitala har gjort det under lång tid. Den allt större andel äldre använder internet beror på att mer digitalt vana generationer successivt når pensionsåldern [57, 58].

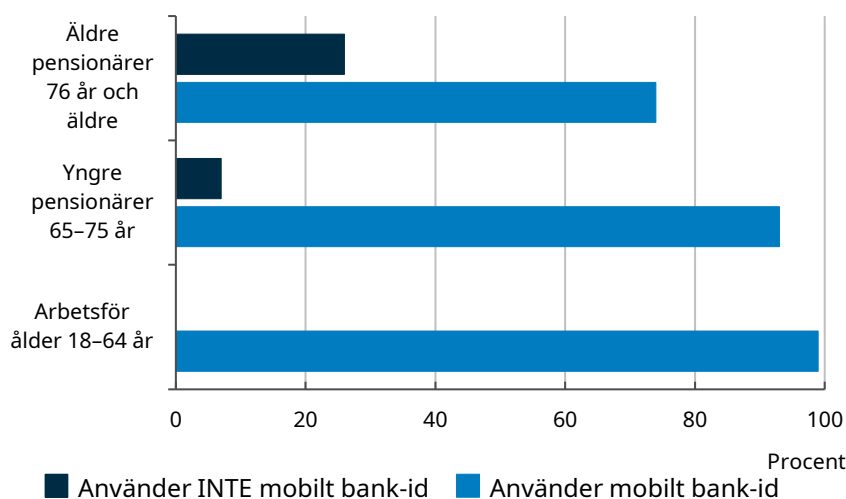
En fjärdedel av personer över 75 år saknar mobilt bank-id

För äldre personer som har tillgång till internet och smarta enheter är mobilt bank-id en nyckel till en rad viktiga tjänster, till exempel 1177 Vårdguidens e-tjänster, internetbanken, apoteksärenden och kontakt med myndigheter

[57]. Men ungefär 26 procent av personer över 75 år saknade mobilt bank-id 2025 (figur 53). Andelen har dock minskat markant sedan 2021 då hälften i denna grupp saknade bank-id. De flesta av dem som saknar mobilt bank-id gör det för att de inte alls använder internet.

Figur 53. Skillnader i användning av mobilt bank-id mellan åldersgrupper

Andel (%) av befolkningen som använder mobilt bank-id, 2025.



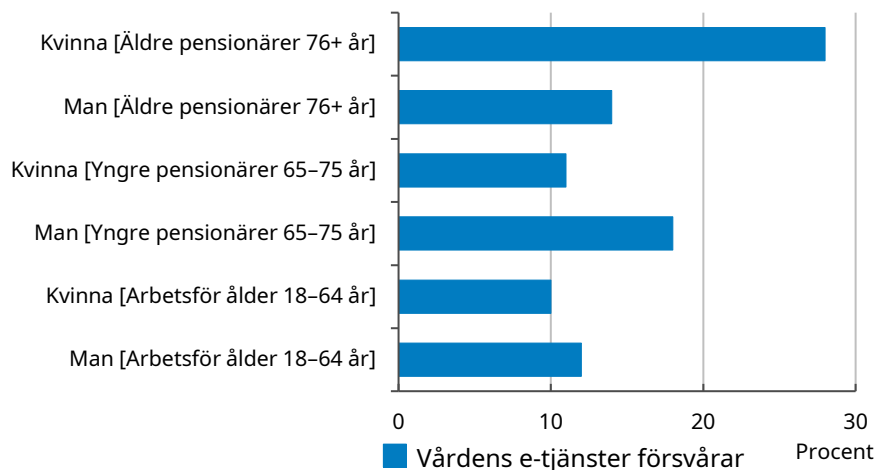
Källa: Internetstiftelsen – Svenskar och internet, 2025.

Digital tidsbokning upplevs som krångligt

En del av dem som har tillgång till hälso- och sjukvårdens e-tjänster via 1177.se tycker att digital tidsbokning kan vara krångligt, och det gäller särskilt kvinnor över 75 år (figur 54). Vanliga klagomål är att tekniken känns osäker eller svårnavigerad, med många steg och otydliga val. Flera äldre saknar också någon att rådgöra med vid digital tidsbokning, till exempel om vilka symtom man har eller vilken mottagning som är rätt. Därför finns en risk att vissa äldre avstår från att söka vård om de inte får stöd. Detta har också framkommit i enkäter där pensionärer uppger att de hellre ringer eller träffar någon än använder en app för vårdärenden [57].

Figur 54. Fördelning över vilka som tycker att vårdens e-tjänster försvårar tidsbokning

Andel (%) personer som upplever att e-tjänster försvårar tidsbokning, efter ålder och kön, 2025.



Källa: Internetstiftelsen – Svenskar och internet, 2025.

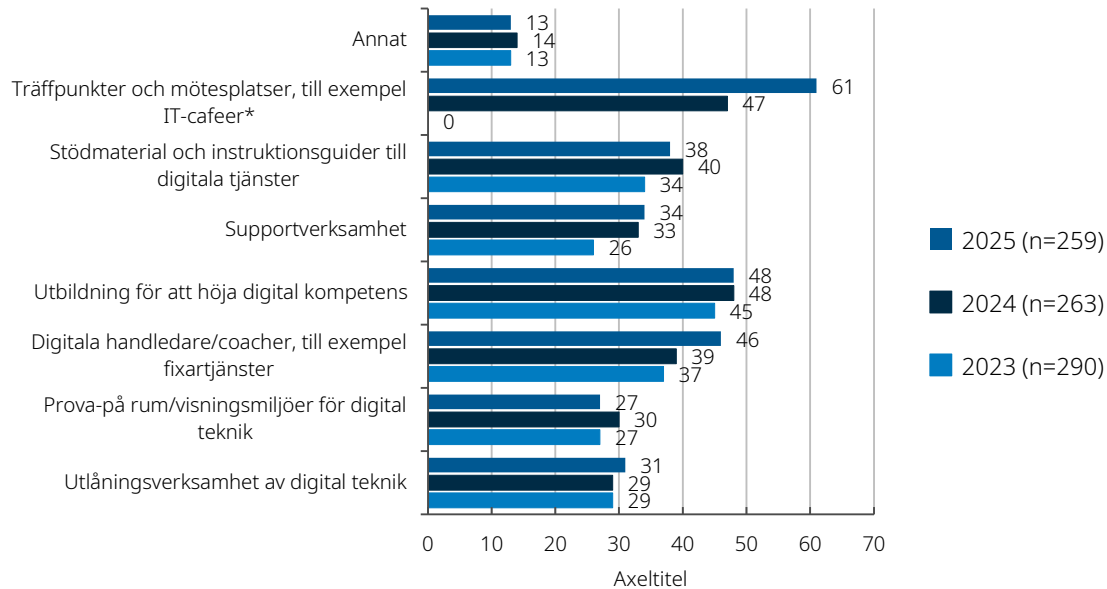
Drygt 80 procent av kommunerna erbjuder stöd för att öka äldres digitala delaktighet

Kommuner, civilsamhälle och stat har intensifierat arbetet med att öka äldres delaktighet i den digitala gemenskapen. År 2025 erbjöd 82 procent av kommunerna stöd för att öka äldres digitala delaktighet – en klar ökning från året innan [53]. Det kan handla om utbildningar i digital teknik, it-handledning, eller om att skapa träffpunkter och mötesplatser där äldre kan få hjälp att öva på digitala tjänster (figur 55). På många håll finns även bibliotek, pensionärsorganisationer och frivilliga personer som bidrar med it-stöd åt äldre.

Det finns en risk för ett tudelat Sverige där äldre i större städer får bättre stöd och mer tekniska möjligheter än äldre i mindre kommuner. För att motverka en sådan ojämlikhet behövs nationella satsningar och ökat kunskapsutbyte mellan kommunerna [53].

Figur 55. Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda för att minska digitalt utanförskap

Andel (%) kommuner som erbjuder stöd till enskilda för att minska digitalt utanförskap, flera svar kunde anges, 2023–2025.



*Svarsalternativet fanns inte 2023.

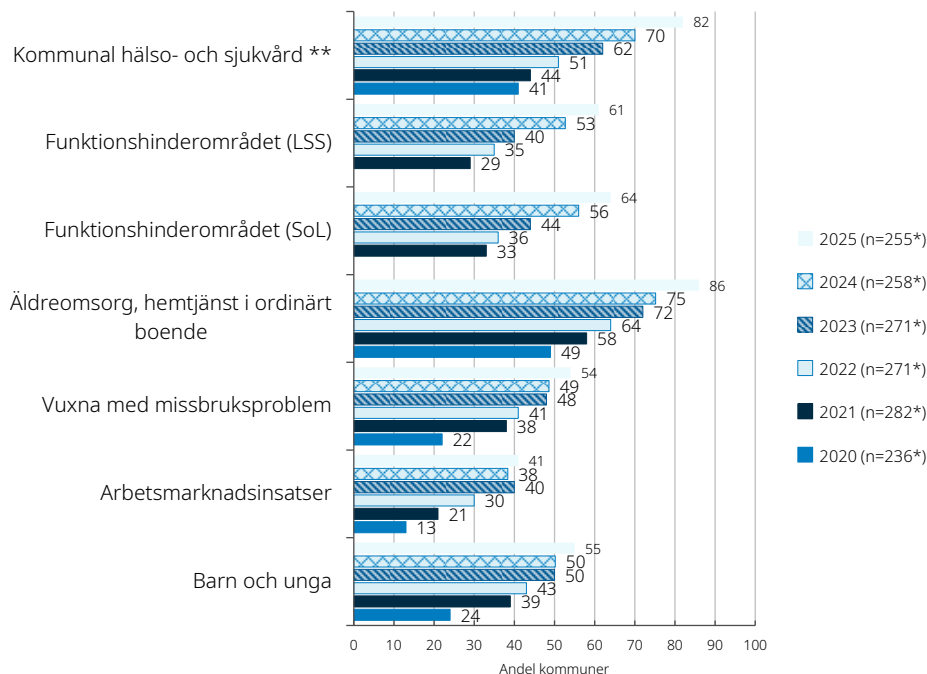
Källa: Socialstyrelsen - E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, 2025.

Ökad användning av digitala verktyg bland personalen

Kommunerna fortsätter att investera i digitala verktyg som underlättar personalens arbete. I mer än 80 procent av kommunerna kan till exempel all mobil personal i den kommunala hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och hemtjänsten i ordinärt boende numera dokumentera direkt via telefon eller surfplatta i de digitala verksamhetssystemen (figur 56). Vidare uppger många kommuner att de infört digital signering av utförda vård- och omsorgsinsatser, digitala medicinskåp (lås med loggfunktion för läkemedel) samt olika former av digitalt beslutsstöd för utredning och handläggning. Allt detta syftar till att höja kvaliteten och säkerheten, samtidigt som det frigör tid [53].

Figur 56. Tillgång till mobil dokumentationsutrustning för kommunal personal

Andel (%) kommuner där all mobil personal har tillgång till utrustning för att kunna dokumentera mobilt i kommunens digitala verksamhetssystem, eller annat digitalt system där personuppgifter behandlas, 2020–2025.



* Andel beräknas utifrån antal kommuner som har mobil personal inom området. Antal svarande kommuner varierar beroende på verksamhetsområde.

** Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i ordinärt boende.

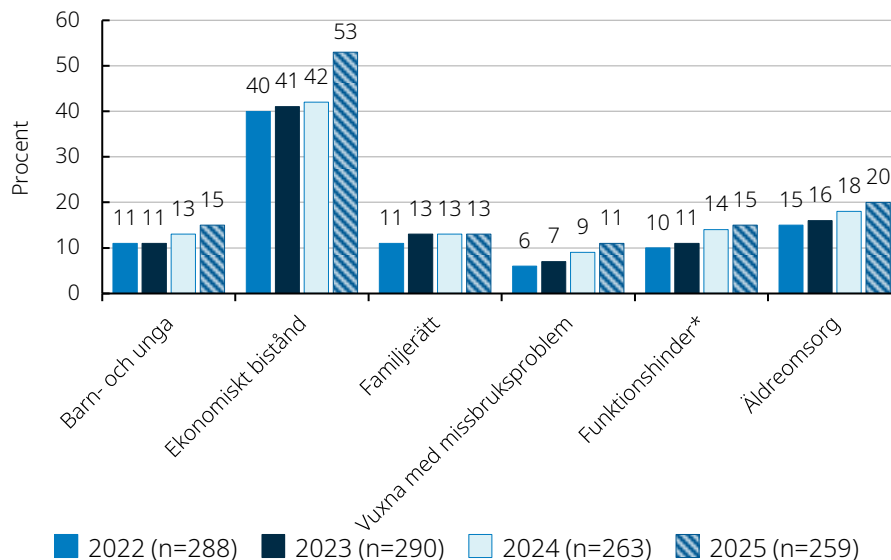
Källa: Socialstyrelsen - E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, 2025.

Automatisering i äldreomsorgen ökar

År 2025 hade 53 procent av kommunerna infört minst en automatiserad process för att effektivisera handläggning eller intern administration, men bara 20 procent hade gjort det inom äldreomsorgen (figur 57). Det är dock en ökning från 15 procent 2022. Automatiseringen kan avse robotisering (RPA) av rutinuppgifter inom äldreomsorgens handläggning, till exempel att läsa in ansökningar om äldreomsorgsinsatser, göra preliminära beräkningar eller automatiskt skicka informationsbrev till äldre och deras anhöriga. Fortfarande är det relativt få kommuner (8 procent) som låter system fatta beslut helt automatiserat i ärenden som rör vård och omsorg för äldre, såsom bifall eller avslag på ansökningar, och i dessa kommuner sker detta oftast i liten skala [53].

Figur 57. Andel kommuner med minst en automatiserad process, antingen inom handläggning eller administration, i procent, 2022–2025

Andel (%) kommuner med minst en automatiserad process, antingen inom handläggning eller administration, fler svar kunde anges, 2022–2025.



*SoL och/eller LSS. Socialstyrelsen.

Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2025, Socialstyrelsen.

AI kan frigöra resurser men inte ersätta behovet av mänsklig omsorg

Inom äldreomsorgen har man börjat utforska hur AI kan användas. Som nämnts ovan är vissa tillämpningar redan på väg in, till exempel AI för textanalys och administrativa assistenter för personal inom äldreomsorgen.

Samtidigt finns en medvetenhet om risker kopplade till etik- och integritetsfrågor. Både Socialstyrelsen och internationella organ som WHO betonar att AI måste utformas icke-diskriminerande och utan att förstärka ålderism [59]. Det handlar om att inkludera äldre i utvecklingen och se till att träningsdata omfattar äldres situation, annars finns en risk att beslutsstöd inte fungerar väl för målgruppen. Det är också viktigt att tekniken är frivillig för den äldre – ingen ska tvingas ha en AI-lösning om de inte vill.

AI kan på sikt bidra till att underlätta arbetet inom äldreomsorgen, genom att utföra administrativa och repetitiva arbetsuppgifter. Samtidigt ersätter tekniken inte behovet av mänsklig omsorg, utan bör användas som ett komplement till personalens arbete. (Läs mer om personalbristen i kapitlet *Hur mycket kostar vård och omsorg för äldre?*)

Hur mycket kostar vård och omsorg för äldre?

Sammanfattande iakttagelser

- Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2024 till 166 miljarder kronor, vilket motsvarar 2,6 procent av BNP. Kostnaderna ökade med 5,3 procent jämfört med året innan, i löpande priser.
- Särskilt boende för äldre (säbo) stod för 57 procent av de totala kostnaderna, medan vård och omsorg i ordinärt boende stod för 42 procent, varav hemtjänst 35 procent.
- Kommunernas ökade kostnader för vård och omsorg för äldre berodde framför allt på att kostnaden för säbo ökade med 6,6 procent i löpande priser. Andelen äldre som beviljades säbo ökade däremot bara marginellt mellan 2023 och 2024 (1,3 procent).
- Kostnaden för dagverksamhet, korttidsboende och öppen verksamhet har ökat i samma takt som kostnaden för säbo (7 procents ökning sedan 2023), men kommunernas totala kostnader för vård och omsorg för äldre påverkades dock obetydligt av detta.
- Kostnaden för vård i ordinärt boende ökade däremot mindre i löpande priser (3,4 procent). Ökningen i kostnad var dock större än ökningen i antal brukare (1,5 procent).
- I fasta priser var den årliga ökningen av vård- och omsorgskostnader totalt något lägre, 2,4 procent. Den reala kostnadsökningen var högst för säbo (4 procent). Kostnaden för vård i ordinärt boende ökade marginellt i fasta priser (under 1 procent).
- Den årliga ökningen av vård- och omsorgskostnader i fasta priser (2,4 procent) var högre än den årliga ökningen av antalet brukare med någon insats (1,9 procent). Det tyder på att andra faktorer än enbart förändringar i priser eller efterfrågan påverkade den årliga kostnadsutvecklingen mellan 2023 och 2024.
- Under 2020–2024 var den reala ökningen av de totala kostnaderna för äldreomsorg 5 procent, vilket är mindre än ökningen i antalet med någon insats under samma period, som var 7,6 procent. Det tyder på att efterfrågan på omsorgsinsatser ökade något mer än själva kostnaderna under femårsperioden. Samtidigt minskade kostnaden per snittbrukare, vilket indikerar att de som behövde en insats under perioden sannolikt hade mindre omfattande behov.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre ökar

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2024 till 166,1 miljarder kronor (tabell 5), vilket motsvarar 2,6 procent av BNP. Kostnaderna fördelades enligt följande (figur 58):

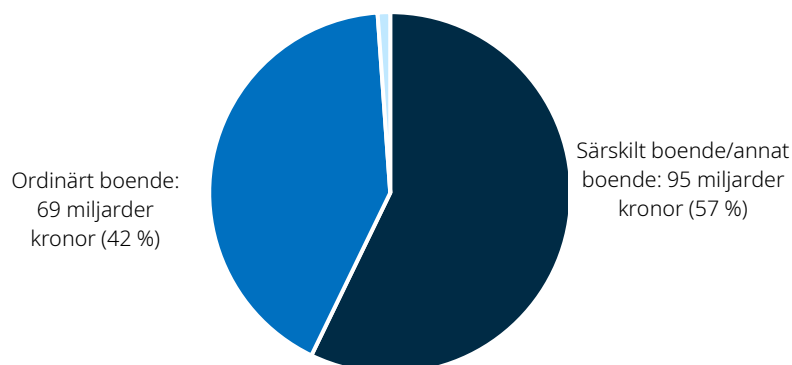
- Säbo³⁶ kostade 95 miljarder kronor, vilket var 57 procent av de totala utgifterna.
- Vård och omsorg i ordinärt boende kostade 69 miljarder kronor, vilket var 42 procent av de totala utgifterna. Av denna summa gick 57 miljarder kronor (35 procent av de totala utgifterna) till hemtjänst och 1,9 miljarder kronor (1 procent av de totala utgifterna) till öppen verksamhet enligt SCB [60].

Kostnaderna för både säbo och ordinärt boende omfattar inte enbart insatser enligt socialtjänstlagen, utan även kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården [61].

Figur 58. Fördelning av kommunens kostnader för vård och omsorg av äldre 2024

Fördelning av totalt 166 miljarder kronor.

Öppen verksamhet: 1,9 miljarder kronor (1 %)



Not: Kostnaderna avser kommunernas insatser enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen och inkluderar myndighetsutövning och både biståndsbeslutade och icke-biståndsbeslutande insatser. Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2024, SCB.

Kostnaden för äldreomsorg ökade med 8,4 miljarder kronor (5,3 procent) i löpande priser jämfört med föregående år. Efter justering för förändringar i prisnivåer motsvarar detta en real kostnadsökning på ungefär 4 miljarder kronor (2,4 procent) sedan 2023 (bilaga 6, tabell 10). Detta kallas för att beräkna kostnader i fasta priser. Det är värt att notera är att prisnivåerna inom omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning steg med

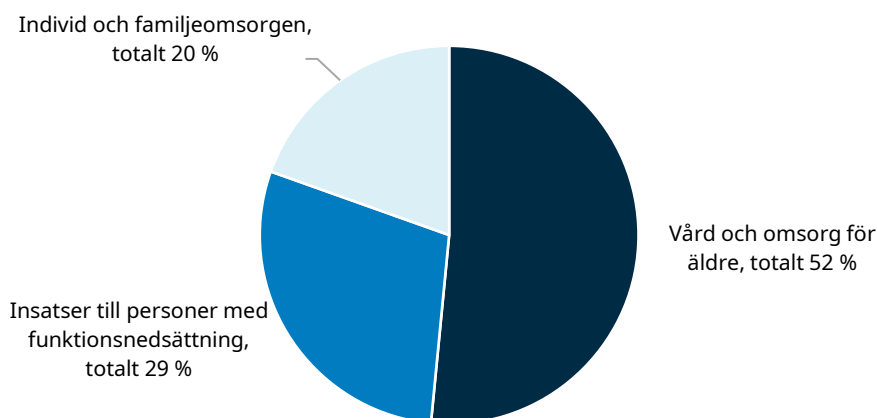
³⁶ I kostnadsposten ingår även vård- och omsorgskostnader för äldre i annat boende, exempelvis LSS-boende och biståndsbedömt trygghetsboende.

2,8 procent under året. Det är betydligt mer än den allmänna inflationen mätt som KPIF, som låg på 0,8 procent i december 2024³⁷.

Under 2020–2024 har kostnaderna för äldreomsorg ökat med totalt 31 miljarder kronor i löpande priser (23 procent). Under samma period ökade prisnivåerna inom vård och omsorg 17 procent, vilket innebär att realkostnadsökningen var 8 miljarder kronor (5 procent i real ökning i 2024 års priser, se tabell 5). Det innebär att 73 procent av kostnadsökningen i löpande priser kan förklaras av den prisutveckling som präglade äldreomsorgssektorn mellan 2020 och 2024. De resterande 27 procenten kan i sin tur förklaras av andra faktorer, till exempel demografiska förändringar.

Kommunernas totala kostnader för socialtjänst fördelas enligt följande (figur 59).

Figur 59. Kommunernas totala kostnader för socialtjänst, 2024



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2024, SCB.

Figuren 59 visar hur stor andel av kommunernas socialtjänstbudget som avser äldreomsorg (52 procent). Fördelningen har varit konstant över tid, trots att antalet äldre ökat (tabell 5). Äldreomsorgens andel av den totala kostnaden för egentlig verksamhet³⁸ och dess andel av BNP har varit mer eller mindre konstant under perioden (tabell 5).

³⁷ Förändring jämfört med december 2023.

³⁸ Egentlig verksamhet är den skattefinansierade verksamheten och innehåller bland annat politisk verksamhet, infrastruktur, fritid och kultur, pedagogisk verksamhet, vård och omsorg, särskilt riktade insatser samt kommungemensamma kostnader för administration och lokaler.

Tabell 5. Kostnader för vård och omsorg för äldre i förhållande till övriga kostnader i kommunen och BNP

Miljarder kronor, fastprisberäknade till 2024 års priser.

Kostnad	2020	2021	2022	2023	2024	2020–2024 (%)
Total kostnad för vård och omsorg för äldre	158,2	160,4	161,5	162,2	166,1	5%
Andel av kostnader för socialtjänst, (%)	51,4 %	51,3 %	51,7 %	51,6 %	51,5 %	
Andel av kommunernas kostnader för egentlig verksamhet, (%)	19,6 %	19,5 %	19,7 %	19,9 %	19,9 %	
Andel av BNP, (%)	2,7 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,6 %	

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2020–2024, SCB.

Ökade kostnader för särskilt boende driver kostnadsutvecklingen

Kostnaden för vård och omsorg för äldre ökade med 5 procent i fasta priser 2020–2024 (tabell 5). Kostnadsutvecklingen berodde framför allt på att kostnaden för särskilt boende ökade (tabell 6) med 4,8 miljarder kronor (5,4 procent). Kostnaden för omsorg och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende³⁹ ökade med 3 miljarder kronor, vilket motsvarar en ökning med 4,5 procent. Kostnaderna för dagverksamhet ökade med 0,5 miljarder kronor (drygt 15 procent) under samma period [60].

Tabell 6. Kostnader för vård och omsorg för äldre samt kostnad fördelad per verksamhetsområde

Miljarder kronor, fastprisberäknade till 2024 års priser.

	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020–2024 (%)
Total kostnad vård och omsorg om äldre	158,2	160,4	161,5	162,2	166,1	7,9 (5,0 %)
Årlig förändring	2,0 %	1,4 %	0,6 %	0,4 %	2 %	

³⁹ Kostnaderna omfattar även kommunal hälso- och sjukvård för äldre. Andelen av kommunal hälso- och sjukvårdskostnader i kostnadsposten för hemtjänst i ordinärt boende framgår dock inte av tillgängliga uppgifter.

Kostnad fördelad per verksamhetsområde

Verksamhetsområde	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020-2024 (%)
Särskilt boende/ annat boende	90,1	91,0	91,6	91,5	95,0	4,8 (5,4 %)
Ordinärt boende	66,3	67,7	68,1	68,9	69,3	3,0 (4,5 %)
Hemtjänst	55,3	56,5	56,8	57,4	57,6	2,3 (4,2 %)
Korttidsboende	7,8	7,9	7,8	7,8	8,0	0,2 (2 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	3,2	3,3	3,5	3,5	3,6	0,5 (15,2 %)
Öppen verksamhet	1,8	1,7	1,7	1,7	1,9	0,1 (4,4 %)

Not: Kostnaderna avser kommunernas insatser enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen och inkluderar myndighetsutövning och både biståndsbeslutade och icke-biståndsbeslutande insatser
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2019-2024, SCB.

För att bättre förstå kostnadsutvecklingen i fasta priser kan man jämföra den med utvecklingen i antal brukare över samma period. När utvecklingen sker i samma takt kan ökningen förklaras av en ren volymökning. Om utvecklingen däremot inte sker i samma takt betyder det att kostnaden per brukare på något sätt har förändrats, exempelvis på grund av en förändring i brukarens demografiska sammansättning och behov.

Vi lever längre och förblir dessutom friskare upp i åldrarna, vilket kan innebära att individens behov av kommunal vård och omsorg skjuts fram i tiden eller minskar. Det kan också innebära att typen av behov sannolikt har förändrats över tid. Troligtvis behöver fler personer i yngre åldersgrupper främst mindre omfattande insatser, medan fler kanske flyttar till säbo först senare i livet och bor där under en kortare tid.

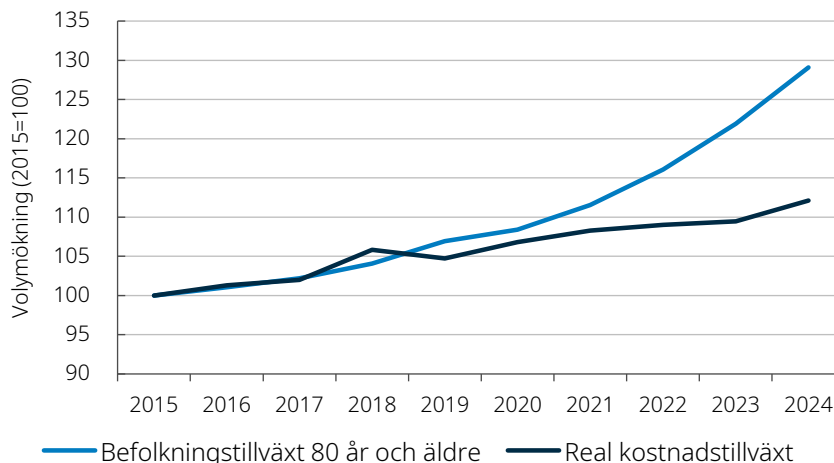
Ökningen i antalet personer med insatser syns framför allt i antalet personer med relativt lättare insatser, dvs. i antalet personer med dagverksamhet (38 procent), antalet personer med trygghetslarm (11,6 procent) och antalet personer med matdistribution (6 procent). Samtidigt har antalet personer med hemtjänst i ordinärt boende [62] endast ökat svagt under perioden (1,5 procent⁴⁰). Detta är den absolut största gruppen som omfattar 43 procent av alla med minst en insats [63]. Antalet i säbo har relativt sett ökat mer, med 5,6 procent⁴¹. Det är förväntat eftersom Sverige har en åldrande befolkning där fler hinner bli tillräckligt gamla för att behöva säbo. Ändå är ökningen även här blygsam i relation till ökningen i antalet personer som är 80 år och äldre (figur 60).

⁴⁰ Inkluderar man matdistribution, trygghetslarm och avlösning är ökningen av antalet med insatser i ordinärt boende större (8 procent).

⁴¹ Pandemin medförde att antalet med insatsen säbo minskade tillfälligt just under 2020.

Figur 60. Förändringar i befolkningen 80 år och äldre, och kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre i fasta priser jämfört med basåret 2015

Basår 2015 = 100.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag och befolkningsstatistik SCB.

Kostnaden per brukare har inte ökat

För att förstå kostnadsutvecklingen är det också relevant att granska hur kostnaden per brukare har utvecklats under samma period, både i löpande och fasta priser. Kostnaden per brukare (i fasta priser) återspeglar hur mycket en genomsnittlig brukares behov kostar idag jämfört med tidigare.

År 2020 var kostnaden per brukare inom äldreomsorgen i löpande priser (alla insatser) i snitt 415 400 kronor, medan den 2024 hade ökat till 474 500 kronor (14 procent). I fasta priser hade kostnaden däremot minskat med ungefär 2 procent under samma period. Det innebär att det i genomsnitt inte har blivit dyrare att tillhandahålla omsorg, utan snarare något billigare.

Detta kan ha två möjliga förklaringar: att ökningen i antalet personer med insatser främst utgörs av individer med mindre omfattande behov, eller att man får färre insatser för samma behov. Det kan också tyda på att äldreomsorgen har blivit mer kostnadseffektiv, så att samma insatser kan utföras till lägre kostnad.

Dagens genomsnittliga brukare kan troligen ha ett annat behovsmönster än brukaren för 5 års sedan. Exempelvis kan dagens brukare behöva insatser senare i livet än tidigare, eller så kan de i snitt behöva färre hemtjänsttimmar per vecka, för att de är friskare eller för att mer välfärdsteknik används inom hemtjänsten. Rent teoretiskt kan förändringen dock också bero på att det har blivit dyrare att tillgodose samma behov, exempelvis om kraven på vårdkvalitet har höjts så att utbudet påverkas, till exempel genom att kommunen erbjuder färre timmar. Förändringen kan också vara en kombination av alla dessa förklaringar.

Den dyraste insatsen inom äldreomsorgen är säbo, eftersom det är en personaltung insats som ges dygnet runt. Denna kostnad förväntas öka mest när befolkningen lever allt längre. Kostnaden per person och år i säbo (i fasta priser) uppskattades till 1,125 miljoner kronor 2024 (tabell 7), vilket är en marginell real minskning (-0,3 procent) jämfört med 2020. Antalet personer i säbo har samtidigt ökat under samma period, från 81 034 personer 2020 till 84 387 personer 2024.

Tabell 7. Antal personer i särskilt boende, antal personer med någon insats och uppskattad kostnad per person och år i fasta priser

Tusen Kronor, fastprisberäknade till 2024 års priser.

	2020	2021	2022	2023	2024
Antal personer i särskilt boende*	81 034	78 732	81 510	83 587	84 387
Kostnad per person i särskilt boende (tkr) **	1 128	1 155	1 123	1 099	1 125
Antal personer med någon insats, totalt ***	325 629	324 589	334 979	343 193	349 859
Kostnad per brukare, totalt (tkr)	486	494	482	473	475

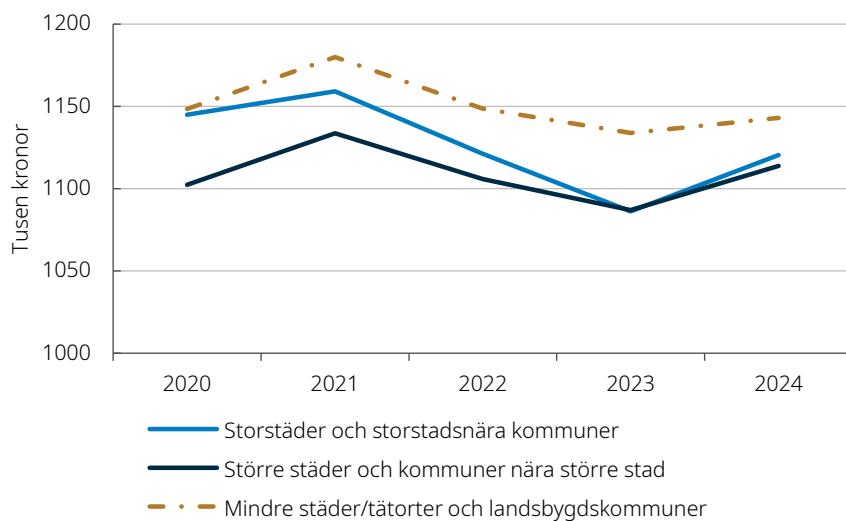
*Här avses antal personer under en genomsnittlig månad respektive år. **Avser kostnad för insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen för särskilt boende och annat boende. *** Avser unika individer.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2020 - 2024, Statistiska centralbyrån, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

I figur 61 presenteras kostnadsutvecklingen i fasta priser per person i säbo mellan 2020 och 2024, uppdelat efter kommungrupp [64]. Under perioden har kostnaderna per person i säbo varit högst i mindre städer/landsbygd (figur 61). Mellan 2020 och 2023 minskade kostnaderna, men de senaste åren har de ökat igen.

Figur 61. Förändring av kostnader för vård och omsorg per person i särskilt boende, per huvudkommungrupp 2020–2024

Tusen kronor, fastprisberäknade till 2024 års priser.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2019 - 2024, Statistiska centralbyrån, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2025. Stockholm; 2025.
2. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2024?; 2025.
3. Socialstyrelsen. Fortsatt färre äldre än tidigare som sökt och fått hemtjänst; 2021–12–10.
4. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten 2025. 2025. Hämtad 2025 December från:
<https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten/>
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025 – Nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar – Följsamhet till nationella riktlinjer [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
6. RKA. KOLADA. 2026. Hämtad 2026-03-06 från:
<https://www.kolada.se/>
7. IVO. Lång väntan på beviljade insatser inom äldreomsorgen; 2026.
8. Socialstyrelsen. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård – Nationella resultat. Stockholm; 2025.
9. Socialstyrelsen. Redovisning av 2024 års statsbidrag till kommuner för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre genom hälsosamtal. 2025; 2025-6-9692
10. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2021-01-26 från:
<https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
11. Socialstyrelsen. Statistik om dödsorsaker år 2024 Stockholm; 2025.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025 – Palliativ vård – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten – Version för synpunkter [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
13. Svenska Palliativregistret. Årsrapport för Svenska palliativregistret 2024. Kalmar; 2024.
14. Socialstyrelsen. Basal hygien och smittförebyggande åtgärder i äldreomsorgen – Uppföljning av hygienkrav och rutiner. Stockholm; 2025.
15. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2025. Stockholm; 2025.
16. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – officiell statistik om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Sverige.
17. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
18. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvården – Följsamheten till nationella riktlinjer. Stockholm; 2025.
19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård: stöd för styrning och ledning 2022. Stockholm; 2022.
20. Johansson I. Oral care in older adults with care needs : assessing interventions and exploring experiences and perceptions in municipal old age care. Gothenburg: Department of Periodontology, Institute of Ontology, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg; 2026.

21. Regeringskansliet. Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028. Stockholm; 2025.
22. SBU. Implementering av munvård på särskilda boenden för äldre. 2025. Hämtad 2026 från: https://www.sbu.se/2025_07
23. World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030; 2024.
24. Socialstyrelsen. Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 3 av 3. Stockholm; 2024.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling. Stockholm; 2024.
26. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvården – Följsamheten till nationella riktlinjer [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
27. Socialstyrelsen. Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
28. Socialstyrelsen. Uppdrag att analysera tandvårdens roll för att minska antimikrobiell resistens. 2026; 2026-2-9986.
29. Socialstyrelsen. Säker läkemedelshantering – med fokus på delegering inom kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm; 2023.
30. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
31. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025 – Indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdomar. Stockholm; 2025.
32. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård och omsorg vid demenssjukdom – Indikatorer och underlag för bedömningar [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2018.
33. SKR. Skador i somatisk vård. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
34. Senior alert. Punktprevalensmätning trycksår 2025. 2025. Hämtad 2026–01–14 från: <https://www.senioralert.se/resultat/ppm/>
35. Socialstyrelsen. Balansera mera: så kan du minska risken att falla. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2025.
36. Polismyndigheten. Myndighetsgemensam rapport om välfärdsbrottslighet inom vård och omsorg. Stockholm; 2024.
37. Socialstyrelsen. Uppdrag att etablera ett forum för lärande och kunskapsspridning om välfärdsbrott. Delredovisning november 2025. Stockholm; 2025.
38. Socialstyrelsen. Välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården. Stockholm; 2024.
39. Inspektionen för vård och omsorg. Förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård [Elektronisk resurs]; 2025.
40. Angerbrandt H, Skinnari J, Jonsson A. Välfärdsbrott mot kommuner och regioner : fel och oegentligheter bland företag och föreningar. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2022.

41. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser. 2025. Hämtad 2026-02-09 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/>
42. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård 2025. Hämtad 2025 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/krisberedskap/>
43. Socialstyrelsen. Krishantering och krisberedskap i samband med värmeböljan 2018 för särskilt sårbara grupper. Stockholm; 2019.
44. Socialstyrelsen. Personalen i äldreomsorgen – statistik och resultat från forskning och tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
45. SCB. Ojämn könsfördelning i de flesta stora yrkena. Yrkesregistret med yrkesstatistik. 2024.
46. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Strategier som kan främja att personal stannar kvar inom äldreomsorgens boenden [Elektronisk resurs]. SBU; 2025.
47. Svenskt kvalitetsindex. Jobbhälsoindex 2025: Medarbetares upplevelse av arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse.; 2025.
48. Socialstyrelsen. Redovisning av 2024 års statsbidrag till kommuner för att säkerställa en god omsorg och hälso- och sjukvård för äldre personer. 2025; 2025-11-9895.
49. Socialstyrelsen. Redovisning av statsbidrag för Äldreomsorgslyftet för 2024. 2025; 2025-10-9871.
50. Socialstyrelsen. Styrning av hemtjänsten – Tidsstyrning, kvalitet och arbetsmiljö. Stockholm; 2025.
51. Socialstyrelsen. Lägesbild: Hemtjänstens omsorg om äldre med skadligt bruk eller beroende, juni 2025. Stockholm; 2025.
52. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm; 2017.
53. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2025 – Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
54. Sundsvall kommun. Fallsensorer med AI-teknik minskar fallolyckor på Norra Kajens äldreboende. 2025. Hämtad 2026 från: <https://utveckling.sundsvall.se/initiativ/exempel-fran-vardagen/2023-08-16-fallsensorer-med-ai-teknik-minskar-fallolyckor-pa-norra-kajens-aldreboende>
55. Forskning.se. Robotdjur allt vanligare inom äldreården. 2024. Hämtad 2026 från: <https://forskning.se/2024/08/12/robotdjur-allt-vanligare-i-aldrevarden/>
56. Socialstyrelsen. Välfärdsteknikens påverkan på kvalitet och resurseffektivitet – En fallstudie av digital natttillsyn och läkemedelsautomater i tre kommuner. Stockholm; 2025.
57. Internetstiftelsen. Svenskar och internet 2025. En årlig studie av svenska folkets internetvanor. ; 2025.
58. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2023. En årlig studie om Svenska folkets internetvanor; 2023.
59. WHO. Demographic Change and Healthy Ageing (DHA); Health Ethics & Governance (HEG). Ageism in artificial intelligence for health; 2022.

60. Statistiska centralbyrån (SCB). Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner. 2024. Hämtad 2024-11-29 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/>
61. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2024: Bilaga Tabeller - Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2024. 2024. Hämtad 2025-11-12 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/socialtjanstinsatser-till-aldre/>
62. Socialstyrelsen. Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. 2025. Hämtad från:
63. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2022: Bilaga Tabeller - Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2022. Hämtad 2023-12-09 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/socialtjanstinsatser-till-aldre/>. 2022.
64. SKR. Kommungruppsindelning. 2022. Hämtad från: <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>

Bilaga 1. Datakällor och underlag

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och bara till viss del för regionala skillnader. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser 2024 eller senast tillgängliga år. Innehållet i rapporten utgår till stor del från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser.

Rapportens analyser och slutsatser bygger på flera källor, exempelvis

- bearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, tandhälsoregister, officiell statistik över insatser enligt SoL, nationella kvalitetsregister och internationell statistik
- Statistiska centralbyråns (SCB) register över kommunernas och regionernas räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel den nationella väntetidsdatabasen, den nationella patientenkäten, *Öppna jämförelser – vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*, [1] och *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025* [8]
- Kommun- och regionsdatabasen, Kolada.

Bilaga 2. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen

Tabell 8. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 65–79 år

Antal personer 65–79 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, oktober 2015–2025.

Verksamhet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Säbo	17 178	17 753	18 217	18 550	19 130	19 101	19 336	20 092	20 456	20 264	20 010
Kvinnor	9 034	9 247	9 342	9 475	9 738	9 759	9 945	10 303	10 505	10 293	10 105
Män	8 144	8 506	8 875	9 075	9 392	9 342	9 391	9 789	9 951	9 971	9 905
Hemtjänst	44 729	45 247	45 968	46 665	47 629	45 903	46 441	47 007	47 147	46 404	45 140
Kvinnor	25 830	25 934	26 131	26 295	26 731	25 428	25 481	25 635	25 630	25 031	24 175
Män	18 899	19 313	19 837	20 370	20 898	20 475	20 960	21 372	21 517	21 373	20 965
Korttidsplats	3 381	3 205	3 140	3 231	3 126	2 556	2 750	2 717	2 553	2 391	2 350
Kvinnor	1 392	1 286	1 265	1 264	1 229	1 020	1 123	1 111	995	967	930
Män	1 989	1 919	1 875	1 967	1 897	1 536	1 627	1 606	1 558	1 424	1 420
Dagverksamhet	3 745	3 724	3 812	3 834	3 834	3 068	3 147	3 553	3 754	3 741	3 798
Kvinnor	1 891	1 895	1 911	1 930	1 927	1 563	1 596	1 788	1 917	1 953	1 957
Män	1 854	1 829	1 901	1 904	1 907	1 505	1 551	1 765	1 837	1 788	1 841

* Som hemtjänst räknas antal personer i ordinärt boende med ett hemtjänstbeslut som består av personlig omvårdnad eller service, samt de som har hemtjänstbeslut med ospecificerat innehåll.

** Säbo - särskilt boende för äldre

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, december 2025. Nämnaren är totalbefolkningen den sista december föregående år (SCB).

Tabell 9. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 80 år och äldre

Antal personer 80 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, oktober 2015–2025.

Verksamhet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Säbo	64 055	64 697	63 772	63 406	62 997	59 622	59 326	61 283	62 223	63 152	63 786
Kvinnor	46 654	46 951	46 116	45 489	45 047	42 779	42 322	43 367	43 759	44 055	43 821
Män	17 401	17 746	17 656	17 917	17 950	16 843	17 004	17 916	18 464	19 097	19 965
Hemtjänst	106 416	104 662	104 882	104 160	106 292	102 434	101 123	101 827	104 671	107 281	109 588
Kvinnor	74 564	72 868	72 688	71 783	72 670	70 162	68 826	68 632	69 915	70 858	71 657
Män	31 852	31 794	32 194	32 377	33 622	32 272	32 297	33 195	34 756	36 423	37 931
Korttidsplats	5 883	5 480	5 377	5 357	5 320	4 193	4 432	4 428	4 378	4 385	4 534
Kvinnor	3 171	2 743	2 654	2 635	2 574	2 062	2 152	2 211	2 097	2 093	2 153
Män	2 712	2 737	2 723	2 722	2 746	2 131	2 280	2 217	2 281	2 292	2 381
Dagverksamhet	6 344	5 923	6 060	6 103	6 317	4 920	4 856	5 687	6 259	6 742	7 202
Kvinnor	4 067	3 713	3 731	3 756	3 830	3 002	2 896	3 322	3 640	3 917	4 180
Män	2 277	2 210	2 329	2 347	2 487	1 918	1 960	2 365	2 619	2 825	3 022

* Som hemtjänst räknas antal personer i ordinärt boende med ett hemtjänstbeslut som består av personlig omvårdnad eller service, samt de som har hemtjänstbeslut med ospecificerat innehåll.

** Säbo – särskilt boende för äldre.

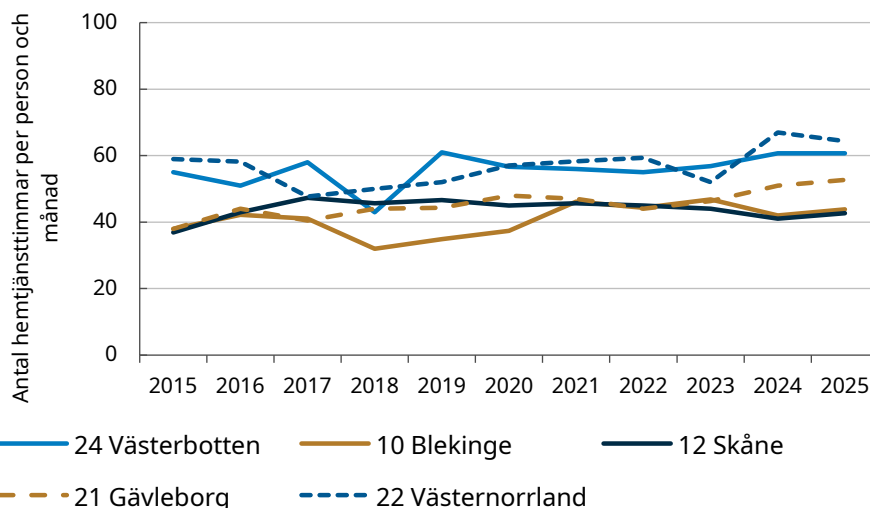
Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, december 2025. Nämnaren är totalbefolkningen den sista december föregående år (SCB).

Bilaga 3. Regional utveckling av hemtjänsttimmar före flytt till säbo

Utvecklingen över tid av antalet hemtjänsttimmar varierar mellan olika län. Gävleborg, Skåne, Blekinge, Västerbotten och Västernorrland visade en svag ökning (figur 62). Kronoberg, Västra Götaland, Stockholm, Dalarna och Halland hade ett relativt oförändrat antal hemtjänsttimmar (figur 63). I flertalet län syntes en svag minskning, däribland Uppsala, Jämtland-Härjedalen, Gotland, Kalmar, Jönköping, Norrbotten, Värmland, Örebro, Sörmland, Västmanland och Östergötland (figur 64 och 65).

Figur 62. Län som har ökande antal hemtjänsttimmar

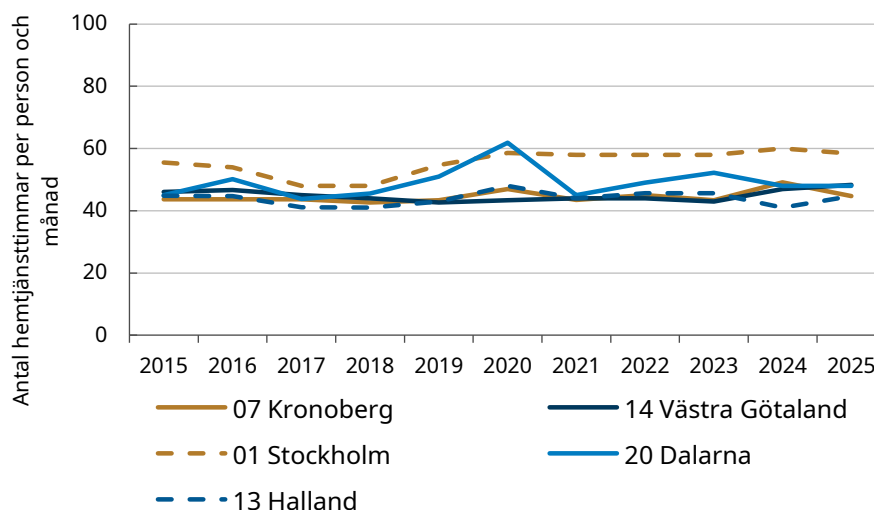
Antal hemtjänsttimmar i genomsnitt (median) per person och månad bland personer 65 år och äldre i länsom uppvisar en svag ökning. Medianen beräknades på de tre månaderna som var närmast före flytten till särskilt boende för äldre, 2015-2025. I hemtjänst ingår personlig omvårdnad och service.



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

Figur 63. Län som har oförändrat antal hemtjänsttimmar

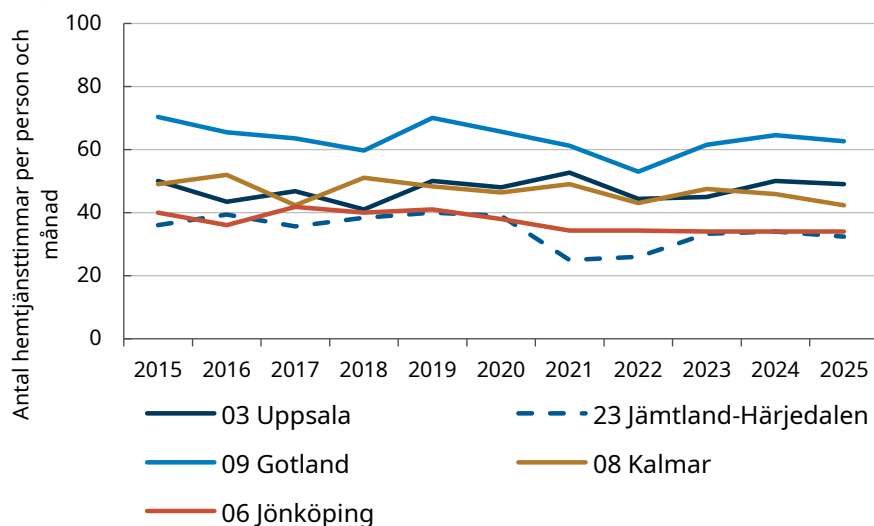
Antal hemtjänsttimmar i genomsnitt (median) per person och månad bland personer 65 år och äldre i län som har oförändrat antal. Medianen beräknades på de tre månaderna som var närmast före flytten till särskilt boende för äldre, 2015-2025. I hemtjänst ingår personlig omvårdnad och service.



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

Figur 64. Län som har minskande antal hemtjänsttimmar

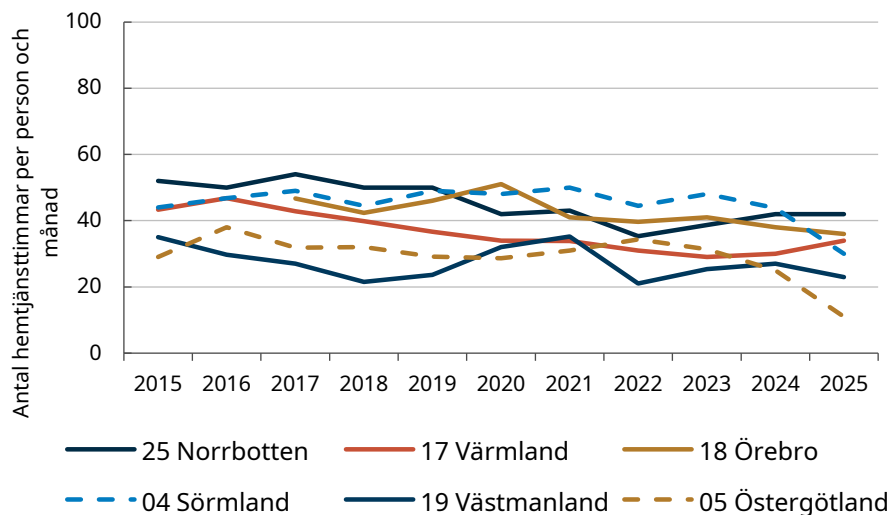
Antal hemtjänsttimmar i genomsnitt (median) per person och månad bland personer 65 år och äldre i regioner som uppvisar en svag minskning. Medianen beräknades på de tre månaderna som var närmast före flytten till särskilt boende för äldre, 2015-2025. I hemtjänst ingår personlig omvårdnad och service.



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

Figur 65. Län som har minskande antal hemtjänsttimmar

Antal hemtjänsttimmar i genomsnitt (median) per person och månad bland personer 65 år och äldre i regioner som uppvisar en svag minskning. Medianen beräknades på de tre månaderna som var närmast före flytten till särskilt boende för äldre, 2015-2025. I hemtjänst ingår personlig omvårdnad och service. Örebros värde för 2016 visas ej på grund av osäkerhet i datapunkten.



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

Bilaga 4. Personaltäthet i hemtjänst och utvalda mått på vård- och omsorgsbehov

Riket, län och 10 kommuner	Antal hemtjänsttagare per omsorgspersonal (vardagar)	Andel personer med hemtjänst som även har minst en månads hälso- och sjukvårds-insatser i kommunal regi (%)	Genomsnittligt antal hemtjänst-timmar per person och månad	Andel personer med enbart service-insatser (%)	Andel personer med personliga omvårdnadsinsatser med eller utan service (%)
Riket	10,06	55	31	19	81
Län					
Halland	8,09	52	33	19	81
Jönköping	8,27	59	35	4	96
Stockholm	8,31	-	36	32	68
Örebro	8,72	68	35	18	82
Norrbottn	8,75	48	35	10	90
Värmland	8,99	69	23	17	83
Västerbotten	9	51	33	18	82
Dalarna	9,34	61	32	20	80
Västernorrland	9,46	64	37	19	81
Gotland	9,87	51	38	11	89
Södermanland	9,95	54	30	19	81
Västra Götaland	10,1	45	31	11	89
Kalmar	10,28	57	30	12	88
Västmanland	10,51	47	27	18	82
Östergötland	10,98	45	12	13	87
Kronoberg	11,05	62	33	12	88
Blekinge	11,62	63	32	27	73
Uppsala	11,77	55	34	23	77
Gävleborg	11,8	35	35	20	80
Skåne	12,36	71	29	21	79
Jämtland	14,2	43	20	13	87

Vård och omsorg för äldre

Riket, län och 10 kommuner	Antal hemtjänsttagare per omsorgspersonal (vardagar)	Andel personer med hemtjänst som även har minst en månads hälso- och sjukvårds-insatser i kommunal regi (%)	Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar per person och månad	Andel personer med enbart serviceinsatser (%)	Andel personer med personliga omvårdnadsinsatser med eller utan service (%)
Kommun*					
Borgholm	4,37	96	43	12	88
Östra Göinge	5,02	95	36	9	91
Malå	5,19	89	26	28	71
Enköping	5,2	80	34	17	83
Kävlinge	5,26	93	33	28	72
Kristianstad	21,57	51	24	20	79
Vadstena	22,82	-	30	4	96
Ödeshög	24,11	49	-	3	98
Tyresö	25,76	-	57	18	82
Åre	28,78	30	24	42	58

*De fem kommunerna med högst respektive lägst resultat för måttet antal hemtjänsttagare per en omsorgspersonal valdes ut.

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, (uttag i februari 2025) samt Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård (samt Registret 2025), Socialstyrelsen.

Bilaga 5. Demenspopulationen

Personer med demenssjukdom identifierades från året 2007 och framåt genom minst ett av följande kriterier:

- Patientregistret, diagnoskoder: ICD-10: F00, F01, F02, F03, F051, F107A, G30
- ICD-9: 290, 294B
- Läkemedelsregistret, ATC-koder: N06D
- BPSD kvalitetsregister
- SveDem kvalitetsregister

Bilaga 6. Kompletterande kostnadstabeller

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

Tabell 10. Kostnader för vård och omsorg för äldre samt kostnad fördelad per verksamhetsområde

Miljarder kronor, löpande priser.

Total kostnad vård och omsorg om äldre

	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020–2024 (%)
Kostnad	135,3	138,8	146,6	157,7	166,1	30,8 (22,8 %)
Årlig förändring	4,6 %	2,6 %	5,6 %	7,6 %	5,3 %	0,0 (16,5 %)

Kostnad fördelad per verksamhetsområde

Verksamhetsområde	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020–2024 (%)
Särskilt boende/ annat boende	77,1	78,7	83,2	89,0	95,0	17,9 (23,2 %)
Ordinärt boende	56,7	58,6	61,9	67,0	69,3	12,6 (22,2 %)
Hemtjänst	47,3	48,9	51,6	55,8	57,6	10,3 (21,9 %)
Korttidsboende	6,7	6,8	7,1	7,7	8,0	1,3 (19,3 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	2,7	2,9	3,2	3,4	3,6	0,9 (34,8 %)
Öppen verksamhet	1,5	1,4	1,6	1,7	1,9	0,3 (22,1 %)

Not: Kostnaderna avser kommunernas insatser enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen och inkluderar myndighetsutövning och både biståndsbeslutade och icke-biståndsbeslutande insatser
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2019–2024, SCB.

Bilaga 7. Metodbeskrivning

Kapitlet redogör för kommunernas kostnader och kostnadsutveckling inom vård och omsorg för äldre, redovisade i både löpande och fasta priser. Analysen baseras huvudsakligen på kostnadsuppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB). Uppgifterna har en viss eftersläpning, vilket innebär att kostnader redovisas fram till och med 2024, i linje med tidigare års rapportering.

Som mått används kommunernas löpande kostnader för ”eget antagande”. För att möjliggöra jämförelser över tid har kostnaderna räknats om till fasta priser, baserade på 2024 års prisnivå. I denna analys används ett specifikt konsumentprisindex för kommunal omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning. Indexet återspeglar prisutvecklingen inom vård och omsorgssektor.

SCB har gjort vissa förändringar under året, vilket innebär att jämförelser med tidigare års lägesrapporter inte är möjliga. För ökad transparens redovisas kostnader i löpande priser separat i bilaga 6, tabell 10.



Vård och omsorg för äldre – lägesrapport 2026 (artikelnr 2026-3-10088)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.