

Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2016



Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2016

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

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

Artikelnummer	2016-2-29
ISBN	978-91-7555-369-6

Omslagsfoto	Calle Bredberg, Scandinav Bildbyrå
Sättning	Edita Bobergs AB, Västerås
Tryck	Edita Bobergs AB, Falun. Februari 2016



MILJÖMÄRKET Trycksak lic nr 3041 0359

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att varje år lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom vård och omsorg om äldre inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Rapporten har utarbetats av Michaela Prochazka (huvudredaktör), och Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Övriga medverkande i rapporten är Niklas Bjurström, Åsa Borén, Kalle Brandstedt, Malin Bruce och Marianne Lidbrink.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Rapportens upplägg	9
God vård och omsorg	9
Datakällor	10
Aktuell utveckling	11
Befolkningsutveckling	11
Äldres levnadsvillkor är beroende av varje lands generella levnadsstandard	14
Själv mord	16
Resurser för vård och omsorg	18
En svag ökning av tillförda resurser inom äldreomsorgen	18
Kostnader för äldreomsorgen	19
Satsningen på en ökad bemanning inom äldreomsorgen	21
Socialtjänstens insatser	22
Vilka flyttar in på särskilt boende?	23
Kunskapsbaserad vård och omsorg	25
Olämplig läkemedelsförskrivning till äldre minskar	25
Regionala skillnader i förekomst av LSS-insatser för personer äldre än 65 år	29
Kompetensutveckling av vård- och omsorgspersonal	31
Säker vård och omsorg	34
Äldres behov tillgodoses inte	34
Läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård	38
Trygghetslarm och larmmottagning	38
Undernäring	39
Individanpassad vård och omsorg	42
Äldres behov i centrum – behovsinriktat och systematiskt arbetssätt	42
Kommunal hälso- och sjukvård	42
En utvecklad och mer individanpassad primärvård	44
Jämlik vård och omsorg	47
Välfärdsteknik	47
Nationella minoriteters rätt till äldreomsorg	48
Andel utrikesfödda äldre ökar	48
Äldre får vänta länge på akutmottagningen	49
Tillgänglig vård och omsorg	51
Uppföljning av valfrihet i äldreomsorgen	51
Äldres rätt att bo tillsammans	52
Referenser	53
Databaser	56

Sammanfattning

I denna lägesrapport beskriver Socialstyrelsen tillståndet för och utvecklingen inom äldreomsorg och äldreomsorg. Avsikten med rapporten är att ge en samlad bedömning av olika verksamhetsområdena. Här presenterar vi de sammanfattande iakttagelserna.

- Kompetensnivån bland de som arbetar inom äldreomsorgen har höjts visar utvärderingen av Omvårdnadslyftet. Socialstyrelsens bedömning är att utvecklingen av kvalificerad personal inom äldreomsorg går åt rätt håll, men att personalkontinuiteten fortfarande är en utmaning.
- Av alla som tog sitt liv år 2014 var 27 procent 65 år eller äldre. Det är vanligare att män över 65 år tar sitt liv än kvinnor, och det är i högre utsträckning män med enbart grundskola eller gymnasieskola som högsta utbildningsnivå. Skillnaden mellan utbildningsnivåer och andel självmord har varit relativt konstant under de senaste 20 åren.
- Förskrivningen av läkemedel som bedöms vara olämpliga för äldre fortsätter att minska. Samtidigt har den totala läkemedelsanvändningen hos äldre ökat. En förklaring kan vara en positiv utveckling där nya läkemedel och behandlingsprinciper har gjort det möjligt att behandla allt fler sjukdomar och tillstånd.
- Kommunerna tillgodoser inte äldres behov i tillräcklig utsträckning när de fattar beslut om särskilt boende. Dessutom handlägger de ibland inte ansökningar om särskilt boende tillräckligt snabbt. Ärenden blir vilande och beslut fattas först när det finns tillgängliga platser.
- Andelen särskilda boenden och hemtjänstverksamheter som har rutiner för att förebygga undernäring ökar. Av de personer som bedömts ha risk för undernäring ligger andelen planerade åtgärder för riket på 49,9 procent. Inom hemtjänsten ligger andelen av planerade åtgärder för personer som bedömts ha risk för undernäring på 34,2 procent. Resultaten pekar på att det görs alltför få planerade åtgärder för de äldre som är eller riskerar att bli undernärda. Eftersom majoriteten av de äldre som har vård- och omsorgsbehov kommer att få vården i hemmet är det viktigt att utreda orsakerna och stimulera till förbättring inom området.
- Nästan 320 000 personer 65 år eller äldre (84 procent), fick kommunal hälso- och sjukvård någon gång under år 2014. Av personer 80 år eller äldre har 59 procent både hemtjänst och hemsjukvård. Socialstyrelsen konstaterar att långt fler personer 65 år eller äldre har kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) vid jämförelse med antalet personer i särskilt boende. Detta kan ses som ett resultat av att antalet personer med beslut om särskild boendeform successivt har blivit färre under de senaste åren. Behovet av att stärka medarbetarnas kompetens för att möta äldre med högre vårdbehov inom hemtjänsten har därför ökat.

Inledning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att årligen redovisa och analysera tillståndet och utvecklingen inom äldreomsorg och äldreomsorg.

Syfte med lägesrapporten är att presentera en samlad bedömning. Rapporten ska vara ett underlag för beslutsfattare på nationell nivå, men kan vara av intresse även för andra målgrupper.

Rapportens upplägg

Rapporten består framför allt av tidigare publicerat material som vägts samman i övergripande analyser. Socialstyrelsen har även gjort enstaka analyser särskilt för denna rapport.

God vård och omsorg

Socialstyrelsens analyser i den här rapporten utgår från målen för god vård och omsorg. Socialstyrelsen presenterade begreppet *god vård* [1] och begreppet *god kvalitet* i socialtjänsten 2008 [2]. De ska ses som samlingsbegrepp för de egenskaper som Socialstyrelsen anser att en god vård respektive en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla.

Socialstyrelsen har sedan dess utvecklat begreppen ytterligare. I dag använder myndigheten det gemensamma begreppet *god vård och omsorg*, som utgår från bestämmelserna i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och 3 § tandvårdslagen (1985:125), TL. Dessa anger att hälso- och sjukvården och tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och en god tandvård. Begreppet har använts bland annat i rapporten *Nationella indikatorer för God vård* [3] för att beskriva vissa utvalda mål för god kvalitet.

Inom socialtjänsten utgår man från begreppet *god kvalitet* som det används i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS [2].

Socialstyrelsen presenterar i denna rapport tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån fem områden som beskriver hur myndigheten anser att god vård och omsorg ska vara [4]:

- *Kunskapsbaserad.* Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.¹
- *Säker.* Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

¹ I detta område ingår evidensbaserad praktik.

- *Individanpassad.* Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.²
- *Jämlik.* Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.³
- *Tillgänglig.* Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Datakällor

Socialstyrelsens analyser och slutsatser bygger på flera källor:

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- Socialstyrelsens hälsodataregister och socialtjänstregister samt nationella kvalitetsregister
- Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel Väntetidsdatabasen, Vårdbarometern och Nationella patientenkäten
- statistik för Lex Maria och Lex Sara, Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

² I detta område ingår patientfokuserad hälso- och sjukvård och självbestämmande och integritet.

³ I detta område ingår likvärdig socialtjänst.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för den äldre befolkningens aktuella hälsoutveckling samt utvecklingen inom några stora vårdområden.

Befolkningsutveckling

Sverige har i likhet med många andra länder en utveckling där befolkningen blir allt äldre. Sverige står därmed inför en utmaning om hur man ska kunna tillgodose de äldres behov av vård och omsorg. Förutom att den svenska befolkningen generellt blir äldre så ökar också antalet individer som uppnår 100 år. I tabell 1 redovisar Socialstyrelsen antal 100-åringar uppdelat på kvinnor, män och totalt från år 1970 till och med år 2014. Under denna period ökade antalet 100-åringar 15,4 gånger. Samtidigt ökade Sveriges befolkning med ungefär 21 procent. Ökningen av antalet 100-åringar var alltså betydligt större än vad befolkningsökningen var under den aktuella perioden.

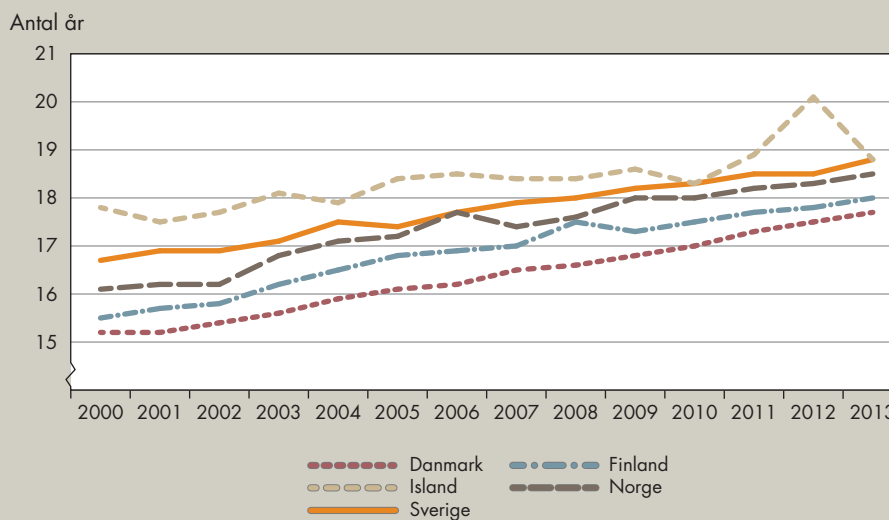
Tabell 1. Antal 100-åringar, uppdelat på kvinnor och män samt år

År	Kvinnor	Män	Totalt
1970	89	38	127
1975	149	59	208
1980	248	72	320
1985	382	95	477
1990	480	130	610
1995	656	142	798
2000	828	163	991
2005	1 137	205	1 342
2010	1 414	245	1 659
2014	1 632	321	1 953

Källa: SCB.

Återstående medellivslängd vid 65 år visar hur många år en person beräknas leva efter det att han eller hon fyllt 65 år. Figur 1 visar återstående medellivslängd för män i Sverige jämfört med de nordiska länderna Danmark, Island, Finland och Norge mellan åren 2010 till och med 2013. Svenska och isländska män har den högsta förväntade medellivslängden vid 65 års ålder, 18,8 år. Sedan år 2000 har de svenska männens återstående medellivslängd vid 65 års ålder ökat med 12,6 procent, vilket är mer än för de isländska männen (5,6 procent). Dock är ökningen mindre än för männen i Danmark (16,4 procent), Finland (16,1 procent) och Norge (14,9 procent).

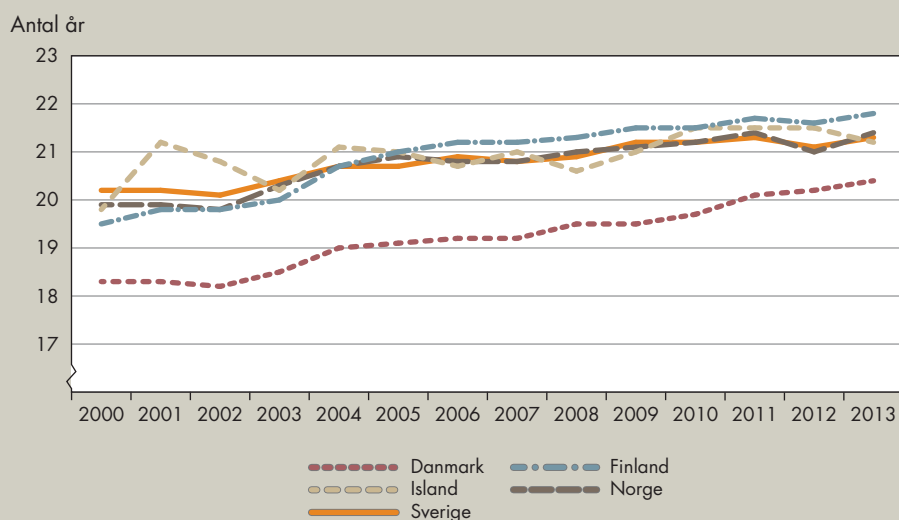
Figur 1. Återstående medellivslängd vid 65 år för män från år 2000 till och med år 2013, uppdelat på de nordiska länderna



Källa: OECD.

Siffror för kvinnors återstående medellivslängd vid 65 års ålder framgår av figur 2. För kvinnor 65 år och äldre har Finland högst förväntad medellivslängd, 21,8 år. Därefter ligger norska kvinnor (21,4 år) och sedan kommer de svenska kvinnorna med en återstående medellivslängd på 21,3 år. Kvinnor har fått ökad förväntad medellivslängd sedan år 2000, men ökningen har varit mindre än för män. De svenska kvinnornas ökning är lägst av de jämförda länderna. Sedan år 2000 har de svenska kvinnornas förväntade medellivslängd ökat med 5,4 procent, vilket kan jämföras med finländska kvinnor vars förväntade medellivslängd under samma period ökade med 11,8 procent.

Figur 2. Återstående medellivslängd vid 65 år för kvinnor från år 2000 till och med år 2013, uppdelat på de nordiska länderna



Källa: OECD.

Det finns stora lokala och regionala skillnader i andel äldre av Sveriges befolkning, vilket kan påverka behoven av vård och omsorg. I tabell 2 redovisas de fem kommuner som har lägst respektive högst andel personer 65 år och äldre i befolkningen. Sundbyberg är den kommun som har lägst andel personer 65 år och äldre (13,1 procent). Det kan jämföras med Överkalix som har den största andelen; där är ungefär 32,3 procent av befolkningen 65 år eller äldre. Samtliga kommuner med lägst andel äldre finns i Stockholms och Uppsala län.

Tabell 2. De fem kommuner med lägst, respektive högst andel personer 65 år och äldre i befolkningen, 2013

Kommun	Andel 65 år och äldre	Kommun	Andel 65 år och äldre
Sundbyberg	13,1	Överkalix	32,3
Huddinge	13,1	Borgholm	32
Knivsta	13,2	Pajala	31,7
Botkyrka	13,5	Simrishamn	30,9
Stockholm	14,3	Åsele	30,7

Källa: SCB.

Äldres levnadsvillkor är beroende av varje lands generella levnadsstandard

Världshälsoorganisationen (WHO) har satt upp som mål att den åldrande människan ska få åldras med god hälsa, få upprätthålla både oberoende och autonomi i viktiga livsval så länge som möjligt, och få vara en aktiv deltagare i samhällslivet [5]. I princip är det samma mål som styr den svenska hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Som en viktig del i att se hur väl målen uppfylls publicerade organisationen Global Age Watch Index⁴ hösten 2015 en sammanställning av offentliga data från 96 länder [6]. Sammanställningen är indelad i fyra huvudområden: hälsa, ekonomisk trygghet, tillvaratagande av äldres kompetens (till exempel andel sysselsatta i åldern 55–64 år, utbildningsnivå) och samhällets anpassning till äldre. Undersökningen visar tydligt att äldres levnadsvillkor är helt beroende av varje lands generella levnadsstandard. Av de tjugo länder med högst index är alla utom Panama antingen stater i Norden och EU eller så kallade anglosaxiska länder. Högst indextal för de fyra områdena år 2015 fick Schweiz, Norge och Sverige. Många länder saknas helt i undersökningen beroende på att det saknas uppgifter om hur de äldre har det i dessa länder. Framför allt gäller detta de afrikanska nationerna där enbart sju länder finns med i redovisningen.

Ny betalningsansvarslag föreslås

Betalningsansvarslagen (1990:1404) innebär ett kommunalt betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård, inom landstingets slutna hälso- och sjukvård, som är utskrivningsklara och för vilka det finns en vårdplan [7]. En klar majoritet av alla som omfattas av betalningsansvarslagen är över 65 år. Under 2014 fick denna grupp vänta drygt fyra dagar från att de bedömts som utskrivningsklara innan de kunde lämna slutenvården. Variationen mellan de olika landstingen eller regionerna är stor. I Region Kronoberg var väntan drygt två dagar och i Region Örebro län drygt sju dagar. Uppgifterna är hämtade från Kvalitetsportalen.se [8]. Antalet registreringar varierar stort och ska tolkas i förhållande till lokala förutsättningar, till exempel antalet tillgängliga vårdplatser.

Utredningen *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20) [9] föreslår att nuvarande betalningsansvarslag [10] upphävs och ersätts av en ny lag, lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Det förutsätter många gånger att det finns tillgång till äldreomsorg och korttidsvård i olika former i tillräcklig utsträckning.

⁴ Global Age Watch Index är en ideell organisation bestående av i första hand pensionärsorganisationer från hela världen. Organisationen medverkar i FN:s arbete. Den finansieras bland annat med stöd från SIDA och EU.

Behov av äldreomsorg

Sverige har i likhet med många andra länder en utveckling där befolkningen blir allt äldre och därmed står inför en utmaning om hur man ska kunna tillgodose de äldres behov av vård och omsorg. År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige vara 65 år eller äldre [11].

Socialdepartementet beräknar att en fördubbling av antalet personer som är 75 år och äldre skulle kunna innebära att äldreomsorgens kostnader ökar med 70 procent från år 2010 till 2050 [12]. Med anledning av det växande behovet av äldreomsorg genomförde Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) en studie för att beskriva konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen [13]. Vårdanalys konstaterar bland annat att planeringen av morgondagens äldreomsorg måste utgå från äldres olika behov och den måste anpassas till flera äldre med kroniska sjukdomar samt en ökad mångfald bland äldre. Det ska också finnas flera olika sorters äldreomsorg. Personer med en lätt funktionsnedsättning ska ha möjlighet att välja ett mellanboende där de lättare kan klara sig själva. Vidare behövs utveckling av det förebyggande arbetet och rehabilitering som ger de äldre goda chanser att klara sig undan en svårare funktionsnedsättning. Det behövs även utveckling av närståendestöd för att förebygga ohälsa hos dagens anhörigvårdare när de själva blir äldre.

Utifrån rapportens slutsatser konstaterar Vårdanalys att man måste stärka förutsättningarna för att kommunerna ska kunna arbeta långsiktigt och i samverkan med landstingen.

Samordnad individuell plan skapar förutsättningar för mer strukturerat omhändertagande

Personer med behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska erbjudas att få olika insatser samordnade genom en individuell plan. Landstinget och kommunen ska tillsammans upprätta en sådan plan efter den enskilda personens samtycke. Om det är lämpligt kan också närstående delta. Socialstyrelsen använder beteckningen *samordnad individuell plan*, SIP, om den plan som avses i HSL och SoL (3 f § HSL och 2 kap 7 § SoL).

Betydelsen av en god vårdplanering framkommer i en avhandling som syftade till att beskriva olika faktorer som kan relateras till remitteringar av äldre personer från äldreboenden till akutmottagningar och sjukhus [14]. Det framkommer bland annat att äldreboenden med hög andel remitteringar till akutmottagningen genomförde färre medicinska vårdplaneringar än äldreboenden med låg remitteringsfrekvens. Resultaten visar att organisatoriska faktorer kan förklara skillnaderna i remitteringsgrad mellan äldreboenden. Förbättrad planering, koordinering och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten resulterar i ett mer strukturerat omhändertagande för den äldre.

Demenssjukdomen en världsangelägenhet

Det finns ca 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för en rad symtom som orsakas av hjärn-skador. Det kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas och omfattningen av skada. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. År 2010 tog Socialstyrelsen fram Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Myndigheten genomför nu en revision av dessa riktlinjer och beräknar att den ska vara klar 2017.

Organisationen Alzheimer Disease International lämnade hösten 2015 en rapport om forskningen kring demensvården. Rapporten tog även upp förekomsten av demenssjukdomar samt samhällets kostnader för vården och omsorgen av demenssjuka [15]. Forskarna som har skrivit rapporten visar på att antalet demenssjuka fortsätter att öka kraftigt i världen. De uppskattar att 46,8 miljoner människor lider av demens i dag och att antalet troligen kommer att fördubblas vart tjugonde år. Den största relativa ökningen av demenssjuka kommer framöver att äga rum i låginkomstländerna. Fram till och med 2050 beräknas antalet demenssjuka i den rikare delen av världen öka med 116 procent, medan det kommer att öka med 264 procent i de fattigaste länderna. Redan i dag bor 58 procent av de demenssjuka i låg- eller medelinkomstländer enligt Världsbankens definition. Samtidigt uppskattar Världsbanken kostnaderna för demensvård och demensomsorg till 818 miljarder dollar, inräknat anhörigas insatser⁵, vilket motsvarar en dryg procent av världens BNP.

Enligt en ny artikel som publicerats i tidskriften Lancet Neurology [16] minskar demens procentuellt sett bland de som är över 80 år. Studien bygger på fem större epidemiologiska undersökningar från Sverige, Nederländerna, Storbritannien och Spanien. Anledningen till minskningen förmodas bland annat vara högre utbildningsnivå och bättre levnadsvillkor. Men också att behandlingen av hjärt- och kärlsjukdomar har blivit bättre, vilket minskar risken för demens.

Själv mord

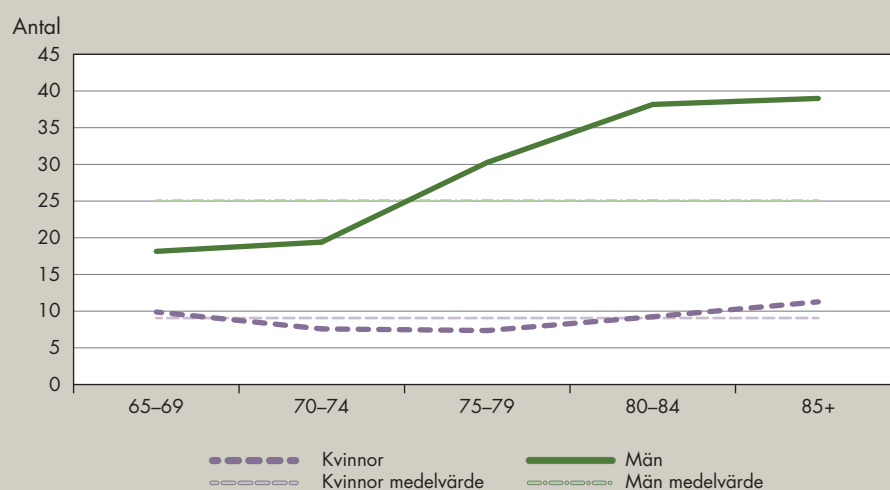
År 2014 var det 310 personer 65 år och äldre som tog sitt liv i Sverige. Det motsvarar 27 procent av alla som tog sitt liv. Av figur 3 framgår tydligt att skillnaden mellan könen ökar i de äldsta åldersgrupperna. Figuren visar att i åldersgruppen 65–74 år går det drygt två manliga på ett kvinnligt självmord, men för gruppen över 80 år är det fyra gånger vanligare att män tar sina liv än kvinnor. Bland männen över 65 år är det i högre utsträckning personer med enbart grundskola eller gymnasieskola som högsta utbildningsnivå som tar sina liv. Jämfört med 16 män per 100 000 invånare med en högskole-

⁵ Fördelningen av kostnaderna uppskattas till 20 procent sjukvårdskostnader, 40 procent offentlig omsorg och 40 procent insatser från närstående.

utbildning är det 33 respektive 28 män per 100 000 invånare med enbart grundskola eller gymnasieskola som tar sitt liv. Motsvarande tydliga skillnad finns inte bland kvinnor i åldern 65 år och äldre. Däremot finns det en tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå även bland kvinnor yngre än 65 år. Skillnaderna mellan utbildningsnivåer och andel självmord har varit relativt konstanta under de senaste 20 åren [17]. Socialstyrelsen planerar under 2016 att genomföra en fördjupad analys av självmord bland äldre.

Figur 3. Antal självmord per 100 000 invånare 65 år och äldre, år 2014

Dödsorsaksstatistik, Antal döda per 100 000, invånare. Avsiktligt självdestruktiv handling (självsmord). Riket, ålder: 65–85+, år 2014.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas oktober 2015.

Resurser för vård och omsorg

I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen förändringar i de offentligt finansierade verksamheterna för vård och omsorg om äldre.

En svag ökning av tillförda resurser inom äldreomsorgen

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2014 till drygt 109,2 miljarder kronor, vilket är en ökning med 2,6 procent sedan 2010. I siffran för åren 2011-2014 ingår den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för enligt 18 § HSL. Äldreomsorgen utgör 2,8 procent av BNP respektive 52,6 procent av socialtjänstens kostnader. Den största kostnadsposten är särskilt boende som 2014 uppgick till 62,8 miljarder kronor, vilket är 57,5 procent av hela äldreomsorgen. Dock har kostnaderna för särskilt boende sedan 2010 minskat med 2,4 procent.

Från och med 2011 har det skett förändringar i definitionerna vilket påverkar jämförelserna över de senaste fem åren. Tidigare ingick kostnaderna för hälso- och sjukvård som kommunerna utför enligt 18 § HSL i övriga biståndsbedömda insatser. Dessa kostnader redovisas sedan 2011 på den verksamhet där den utförs. Som tabell 3 visar så minskade kostnaderna för övriga biståndsbedömda insatser, medan kostnaderna för hemtjänst ökade.

Tabell 3. Kostnadsutveckling för vård och omsorg om äldre

Kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre 2010–2014, förändring mellan åren, andel av äldreomsorgens respektive socialtjänstens kostnader samt andel av BNP, miljoner kronor och procent, 2014 års pris.

Kommunens verksamhet för äldre	2010	2011	2012	2013	2014	Förändring		Andel %
						mnkr	%	
Särskilt boende	64 271	64 762	64 060	61 979	62 755	-1 516	-2,4	57,5
Ordinärt boende	40 473	41 457	42 146	42 482	44 882	4 409	10,9	41,1
Hemtjänst/boendestöd	27 838	31 784	32 629	33 366	35 582	7 745	27,8	32,6
Korttidsboende	6 212	6 465	6 490	6 044	6 404	192	3,1	5,9
Övriga biståndsbedömda insatser	6 424	3 209	3 027	3 073	2 896	-3 527	-54,9	2,7
Öppen verksamhet	1 728	1 697	1 634	1 563	1 568	-160	-9,2	1,4
Vård och omsorg om äldre totalt	106 472	107 916	107 839	106 024	109 206	2 733	2,6	100
Vård och omsorg om äldres andel av socialtjänsten	53,4	53,0	53,0	52,6	52,6		-0,8	
Vård och omsorg om äldres andel av BNP	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8		0,1	

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010-2014, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2014
Statistiska centralbyrån.

Inom vård och omsorg om äldre köptes verksamhet från andra utförare för 18,5 miljarder kronor. Det motsvarar 17 procent av äldreomsorgens kostnader. Huvuddelen av köpen gjordes från privata företag.

Kostnader för äldreomsorgen

En stor majoritet av brukarna av äldreomsorgen är 80 år och äldre. Tabell 4 visar utvecklingen av antalet och andelen personer, 80 år och äldre, som fick insatser från äldreomsorgen under åren 2008 till 2014. Medan antalet och andelen personer 80 år och äldre som får hemtjänst ökat något relativt sett under tidsperioden har både antalet och andelen personer i permanent särskilt boende minskat, likaså när det gäller korttidsboende och dagverksamhet.

Tabell 4. Personer 80 år och äldre med insatser den 1 oktober respektive år, 2008–2014.

Antal och andel i befolkningen, avrundade värden.

	Befolkning 80 år och äldre	Därav:							
		med hemtjänst i ordinärt boende*		bor permanent i särskilt boende		korttidsboende		dagverksamhet	
Årtal*	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
2008	493 113	113 571	23	76 971	15,6	8 086	1,6	7 704	1,6
2010	496 904	116 000	23,3	73 740	14,8	8 063	1,6	7 562	1,5
2011	498 218	118 852	23,9	72 941	14,6	7 800	1,5	7 537	1,5
2012	498 148	118 823	23,9	70 410	14,1	7 171	1,4	7 234	1,5
2013**	497 717	115 235	23,2	64 301	12,9	5 932	1,2	6 481	1,3
2014**	499 408	115 460	23,1	65 056	13	6 685	1,3	6 995	1,4

*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009.

**Uppgifterna för 2013 och 2014 avser genomgående verkställda beslut om insats. För åren 2008–2012 avser uppgifterna beviljad insats för hemtjänst i ordinärt boende, korttidsboende och dagverksamhet. Socialstyrelsen har definierat permanent särskilt boende på samma sätt under samtliga år. Vi har inte klarlagt vilken betydelse denna förändring har för uppgifternas jämförbarhet över tid. För år 2013 har vi gjort en bortfallskomplettering, dvs. skattat värden för kommuner som inte lämnat uppgifter.

Källa: SoL-registret, Socialstyrelsen och befolkningsstatistik, SCB.

En studie från London School of Economics and Political Science visar att välfärdssamhället är mycket olika även inom EU [18]. I Sverige går det i dag ca 80 särskilda boendeplatser per 1000 invånare över 65 år [19]. I Medelhavs-länder som Italien och Spanien är det däremot 20 platser per 1000 invånare. I länder som Frankrike, Tyskland och Storbritannien finns mellan 45 och 55 platser per 1000 invånare över 65 år. Skillnaderna kan i hög utsträckning förklaras av att familjens ansvar för vården och omsorgen är betydligt större i södra Europa. Det märks även i samhällets kostnader för äldreomsorgen. I Sverige svarar vården och omsorgen om äldre enligt OECD för 3,7 procent av BNP, medan den i till exempel Frankrike svarar för 1,8 procent och i Italien 0,8 procent. Däremot har Sverige relativt få slutenvårdsplatser inom hälso-

och sjukvården (se tabell 5). En direkt jämförelse med de övriga Europeiska länderna i detta avseende måste därför göras med försiktighet.

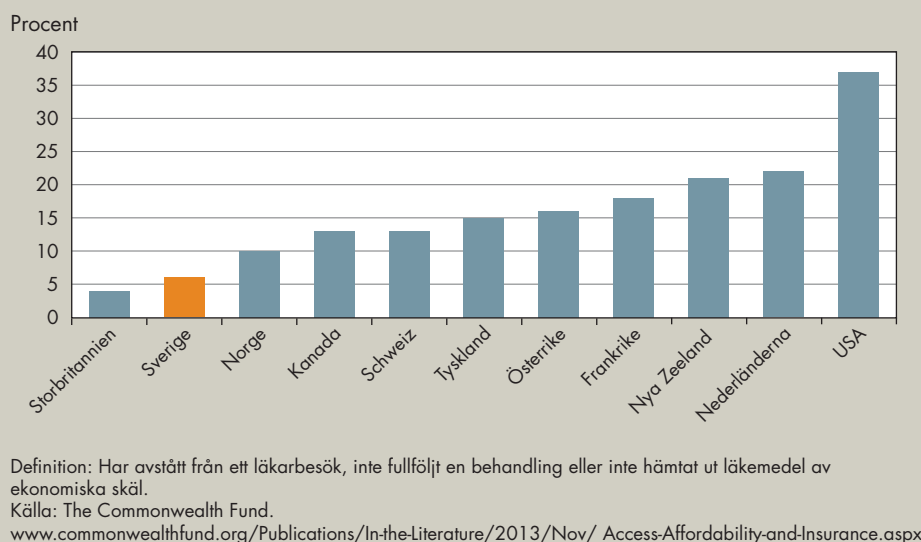
Tabell 5. Antal sjukhussängar 2013 per 1000 invånare.

Land	Antal
Mexiko	1,6
Sverige	2,6
Danmark	3,1
Island	3,2
Norge	3,9
Finland	4,9
Frankrike	6,3
Tyskland	8,3
Korea	11
Japan	13

Def: sjukhussäng inkluderar all slutenvård, både somatisk och psykisk.

Källa: OECD 2015 Data Hospital Beds.

Brittiska parlamentet har tagit fram en rapport om socialförsäkringssystemen i nio olika länder, däribland Sverige. Figur 4 visar hur stor andel som avstår från att använda vården och omsorgen på grund av höga kostnader. Länder som Storbritannien och Sverige, med hög grad offentlig finansiering av hälso- och sjukvården, är också de länder som har lägst andel medborgare som har ekonomiska svårigheter att nyttja sjukvården. Statistiken tyder på att även om äldre personer som grupp både har en hög vårdkonsumtion och låga inkomster så är den ekonomiska tröskeln att nyttja sjukvården relativt låg i dessa länder.

Figur 4. Andel personer som upplever ekonomiska svårigheter att använda hälsovården

Satsningen på en ökad bemanning inom äldreomsorgen

I juni 2015 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel samt att administrera och följa upp satsningen på ökad bemanning inom äldreomsorgen 2015–2018. Syftet med satsningen är att skapa ökad trygghet och kvalitet för den enskilde inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen skulle betala ut 995 miljoner kronor 2015 och 2 miljarder kronor årligen 2016–2018 förutsatt att riksdagen beviljade medel för ändamålet. Socialstyrelsen utlyste 2015 års stimulansmedel i juli 2015. Fördelningen av medel baserades på den så kallade standardkostnaden för äldreomsorg i den kommunalekonomiska utjämningen. Mest fick Stockholm (ca 88 miljoner kr) och minst fick Sorsele (ca 434 000 kr). Kommunerna fick endast använda medlen till personalkostnader för personal som utför stöd och omvårdnad och som tillhör en personalkategori som arbetar nära de äldre, till exempel vårdbiträden, undersköterskor, arbetsterapeuter och arbetsledare på verksamhetsnivå. Personalen i fråga förväntades ha adekvat utbildning eller erbjudas introduktion, handledning och en planering för utbildning av nyanställda. År 2015 deltog 289 kommuner i satsningen [20].

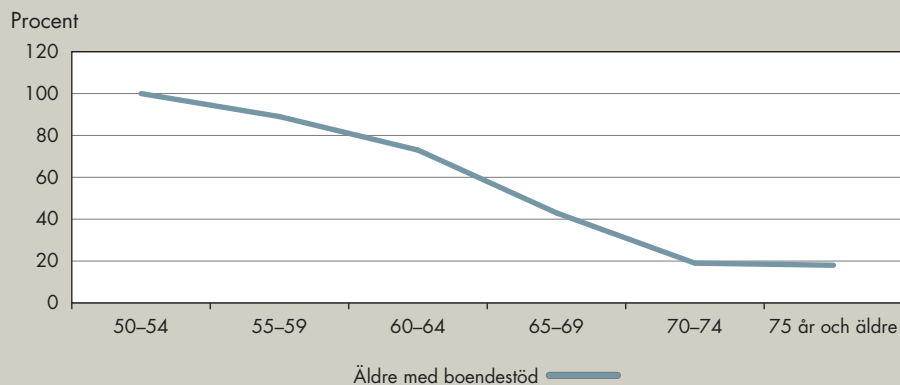
Socialtjänstens insatser

Behovet av boendestöd kan kvarstå även efter 65 års ålder

Boendestöd är en biståndsinsats som enligt socialtjänstlagen är riktad till personer med kognitiva funktionsnedsättningar som beror på till exempel psykisk sjukdom eller missbruk. Syftet med insatsen är att ge stöd i vardagen. Boendestöd är ofta förknippat med åldersgruppen yngre än 65 år, men insatsen omfattar alla i målgruppen oberoende av ålder. Av figur 5 framgår att det enbart är en femtedel så många som får boendestöd i åldersgruppen 70 år och äldre i jämförelse med de 50–54 år. För en stor del av målgruppen med kognitiva funktionshinder kan behovet av boendestöd kvarstå även efter 65 års ålder, men detta behov avspeglas inte i statistiken för boendestöd. En trolig förklaring till minskningen skulle kunna vara att målgruppen överförs till äldreomsorgen och erbjuds hemtjänst i stället för boendestöd.

Figur 5. Andel äldre 2014 med boendestöd

100% = gruppen i åldern 50–54 år.

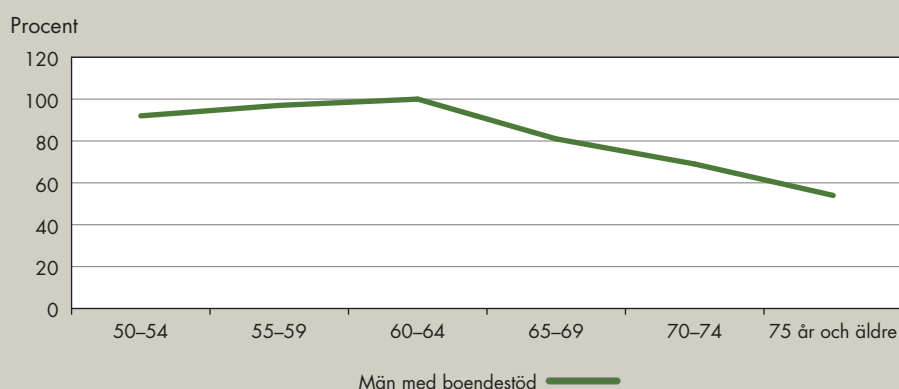


Källa: Socialstyrelsen 2015, specialkörning av den individbaserade statistiken.

Även mellan könen är det stora skillnader mellan vilka som får och inte får boendestöd. Män och kvinnor får ungefär lika mycket boendestöd fram till 65 års ålder. Därefter minskar andelen män som får denna insats kraftigare än andelen kvinnor (figur 6). Orsaken till detta kan vara hög dödlighet bland män med missbruksproblem och psykisk sjukdom eller mer allvarliga fysiska sjukdomar som kräver andra insatser. Men det kan även finnas andra orsaker som inte är kända.

Figur 6. Andel män med boendestöd i förhållande till kvinnor

Kvinnor = 100%.



Källa: Socialstyrelsen 2015, specialkörning av den individbaserade statistiken.

Vilka flyttar in på särskilt boende?

Årligen flyttar ca 20 000 till 25 000 äldre till ett särskilt boende. År 2014 var flertalet kvinnor, 63 procent. Medianåldern vid inflyttningen var år 2014 för kvinnor 87 år och för män 85 år. Men skillnaderna är stora mellan olika kommuner. Kommunerna med högsta respektive lägsta medianålder vid inflyttningen, oavsett kön, framgår av tabell 6. Orsaken till skillnaden från riksgenomsnittet kan i något fall bero på relativt få inflyttande under 2014. Det är även möjligt att tabellen visar både på det lokala utbudet av särskilda boenden och på det generella hälsoläget bland äldre i respektive kommun. Framför allt är det Norrlandskommuner som har en tidigare inflyttning till särskilda boenden, medan kommuner i södra Sverige har senare inflyttningar till särskilt boende.

Tabell 6. Medianålder vid inflyttningen till särskilt boende 2014 i några kommuner som avviker mycket från riksgenomsnittet

	Medianålder				
	Yngsta inflyttning		Äldsta inflyttning		
Kommun	Män	Kvinnor	Kommun	Män	Kvinnor
Ale	69	91	Rättvik	85	94
Övertorneå	75	87,5	Höör	86	92
Bromölla	75	88	Essunga	92	86,5
Kiruna	88	78	Vadstena	69	91
Svalöv	85	78	Sjöbo	89	90,5
Lekeberg	78,5	90	Årvidaberg	90,5	87
Hjo	79	90	Nordmaling	83	90,5
Älvsbyn	80	85	Torsås	84,5	90
Gällivare	80	81,5	Hörby	86	90

Källa: Officiell statistik, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen, egen bearbetning.

Den stora majoriteten av de som flyttar till ett särskilt boende har i dag hemtjänst innan inflyttningen. Av tabell 7 framgår andel personer utan hemtjänst innan de flyttade in på särskild boende. Skillnaden mellan könen är relativt liten även om det är vanligare bland kvinnor. Det finns även en tendens att stigande ålder innebär att personen har haft hemtjänst innan inflyttningen. Orsaken kan vara att i yngre åldrar kan behovet av boende komma plötsligt, men det kan även vara att makar i högre grad kan ge varandra hjälp och stöd senare i livet.

Tabell 7. Andel personer utan hemtjänst månaden innan de flyttade in på särskilda boenden 2011–2014

År	Män 65–79 år (%)	Kvinnor 65–79 år (%)	Män 80 år och äldre (%)	Kvinnor 80 år och äldre (%)
2014	33	21	22	15
2013	32	23	22	16
2012	27	20	17	14
2011	27	20	18	13

Källa: Officiell statistik, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen, egen bearbetning.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

En kunskapsbaserad vård och omsorg ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för bland annat läkemedelsanvändning bland äldre och personalens kompetensutveckling.

Olämplig läkemedelsförskrivning till äldre minskar

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel [21]. Därtill medför den omfattande läkemedelsanvändningen, som äldre ofta har, en ökad risk för läkemedelsbiverkningar och att läkemedel påverkar varandra (interagerar). Det finns därför ett stort behov av att fördjupa kunskapen om hur en omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

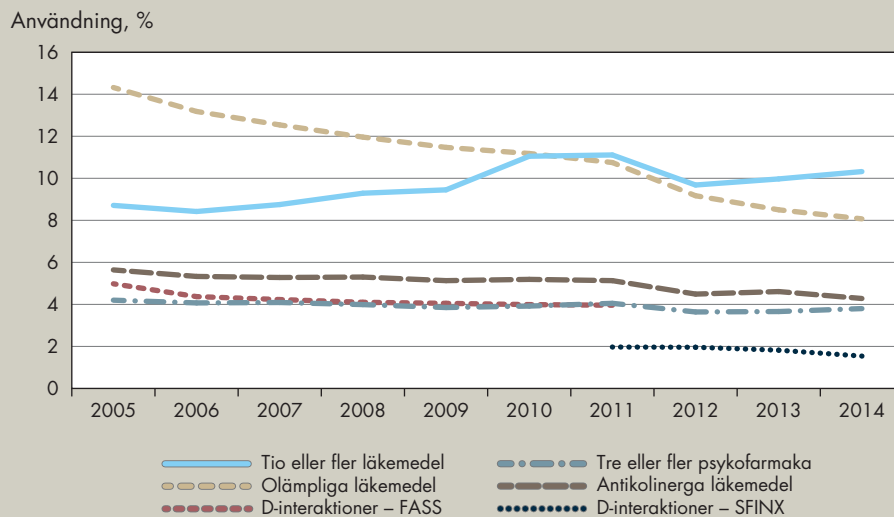
Personer som är 75 år och äldre använder i dag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel [22]. Äldre som är multisjuka och äldre som bor i särskilt boende, som på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar är de mest känsliga för läkemedel, använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel [23].

Figur 7 visar att förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos personer 75 år och äldre har minskat under perioden 2005–2014. Socialstyrelsen har mätt förändringen med hjälp av fem olika indikatorer. Samtidigt tilltar emellertid den totala användningen av läkemedel. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel har ökat med 19 procent. Den påtagliga ökning vi såg mellan 2009 och 2010 vände till en minskning 2011–2012. Därefter har andelen åter ökat något, från 9,7 till 10,3 procent.

Under 2005–2014 har det skett ett flertal förbättringar i kvaliteten i läkemedelsbehandlingen. Läkemedel som är olämpliga för äldre – en indikator i Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [22] – har minskat med 44 procent. Användningen av antikolinerga läkemedel minskade under samma tid med 24 procent. Dessa läkemedel kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre och ingår i denna indikator. En annan indikator för god läkemedelsterapi hos äldre, samtidig förskrivning av tre eller fler psyko-farmaka, har minskat med 10 procent.

Figur 7. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta

Andel personer 75 år och äldre som förskrivs olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer.



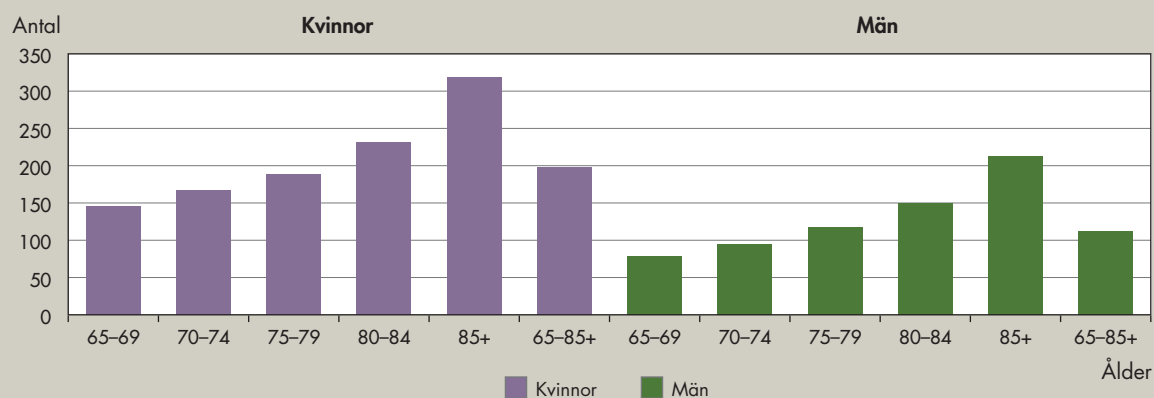
Mellan 2005 och 2014 har det också skett en påtaglig minskning av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner. Med det menas att de kan påverka varandras omsättning eller verkan på ett sätt som kan leda till allvarliga biverkningar eller utebliven effekt. Mellan 2005 och 2011, när mätningarna baserades på den interaktionskälla som användes i FASS, sjönk förekomsten med 21 procent. Från och med 2011 baseras mätningarna på källan SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing, tillgänglig i flertalet patientjournalssystem). Värdena för indikatorn ligger med denna interaktionskälla generellt lägre, men har fortsatt att sjunka med 22 procent under 2011–2014.

Oklar behandling av äldres depression

Trots att användning av psykofarmaka minskar, svarar fortfarande äldre personer för en stor andel av konsumtionen av psykofarmaka. Av figur 8 framgår ett tydligt samband mellan förskrivning av antidepressiva läkemedel och stigande ålder. Detta gäller både män och kvinnor.

Figur 8. Förskrivning av antidepressiva läkemedel efter ålder under 2014

Antal patienter per 1 000 invånare i respektive åldersgrupp

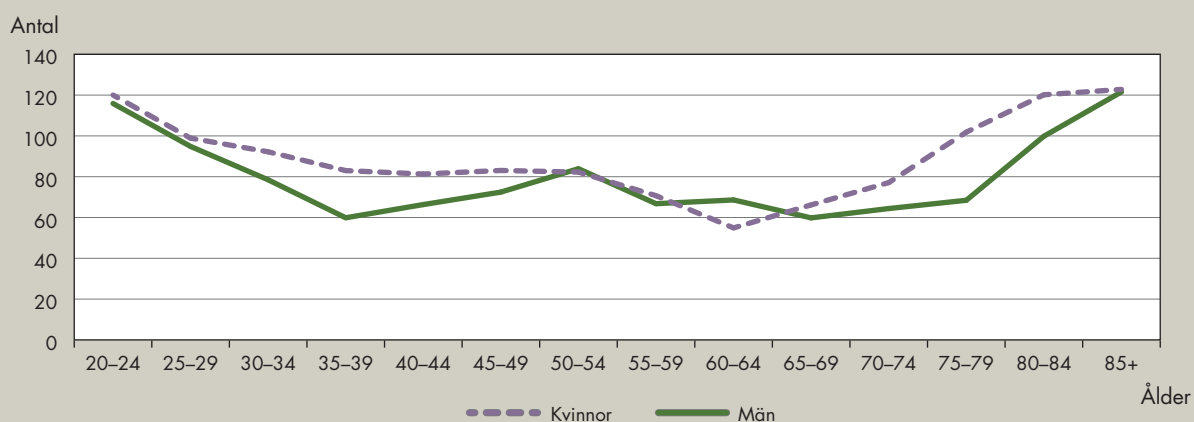


Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas oktober 2015.

I Socialstyrelsens lägesrapport från 2009 var det 50 procent av de äldre 75 år och äldre som bor på särskilt boende som behandlas med antidepressiva läkemedel [24]. År 2014 hade andelen minskat till 47,2 procent enligt vårt läkemedelsregister. Sambandet mellan ålder och ökad risk för depression framgår av figur 9. Figuren visar antal äldre som behandlades inom slutenvården för depression år 2014. Av diagrammet framgår även att motsvarande ökande efterfrågan på vård för depression finns bland de yngre i tjugoårsåldern. En observation är att skillnaderna i antalet mellan män och kvinnor är betydligt mindre för de som behandlas inom slutenvården än för de som behandlas med antidepressiva läkemedel.

Figur 9. Behandling för depression inom slutenvård 2014

Antal per 100 000 invånare i respektive åldersgrupp.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas oktober 2015.

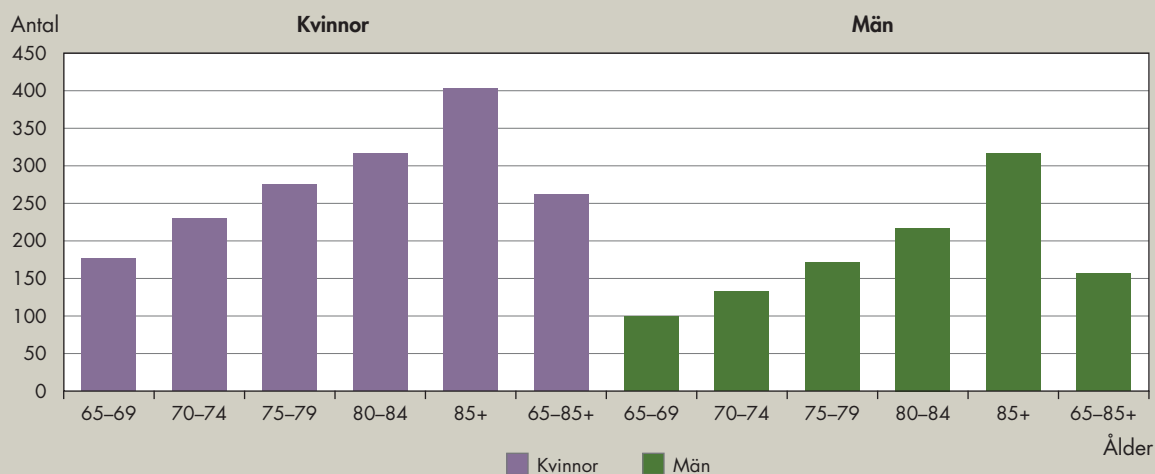
Även för lugnande medel och sömnmedel finns det ett ökande behov i samband med stigande ålder, vilket framgår av figur 10. Det är relativt fler kvinnor än män som förskrivs lugnande medel och sömnmedel. Socialstyrelsen har mellan 2006 och 2012 på regeringens uppdrag fördelat ekonomiskt stöd genom stimulansmedel till landsting och kommuner som startat projekt kring systematiska läkemedelsgenomgångar. Projektets syfte var att minska den ibland överdrivna användningen av sömnmedel, men även andra psykofarmaka. Exempelvis Region Halland driver sedan flera år ett arbete med läkemedelsgenomgångar. Regionen försöker i samarbete med kommunerna se över om det finns andra alternativ än läkemedel, bland annat kortare nattfasta, mera uteaktiviteter på dagtid och taktillmassage. Detta är åtgärder som kan underlätta för en god sömn och därmed leda till minskad användning av sömnmedel.

Många äldre med depression blir inte tillräckligt hjälpta av antidepressiva läkemedel. Däremot finns ett visst stöd för att psykologisk behandling, som problemlösningsterapi, kan lindra depressionssymtomen hos personer över 65 år. Det konstaterade Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i en rapport där de i en systematisk översikt har sammanställt det vetenskapliga underlaget för behandling av depression hos äldre [25]. Översikten visar vidare att effekten av antidepressiva läkemedel av typen SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) är tveksam på kort sikt, samtidigt som preparaten kan förhindra återinsjuknande.

Effekter av annan psykologisk behandling eller fysisk aktivitet är otillräckligt studerade för sköra personer över 65 års ålder. Det behövs mer kunskap om hur depressionsbehandling ska anpassas till dessa personers behov.

Figur 10. Förskrivning av lugnande läkemedel och sömnmedel år 2014, uppdelat efter kön och ålder

Antal patienter i per 1 000 invånare i respektive åldersgrupp



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas oktober 2015.

Regionala skillnader i förekomst av LSS-insatser för personer äldre än 65 år

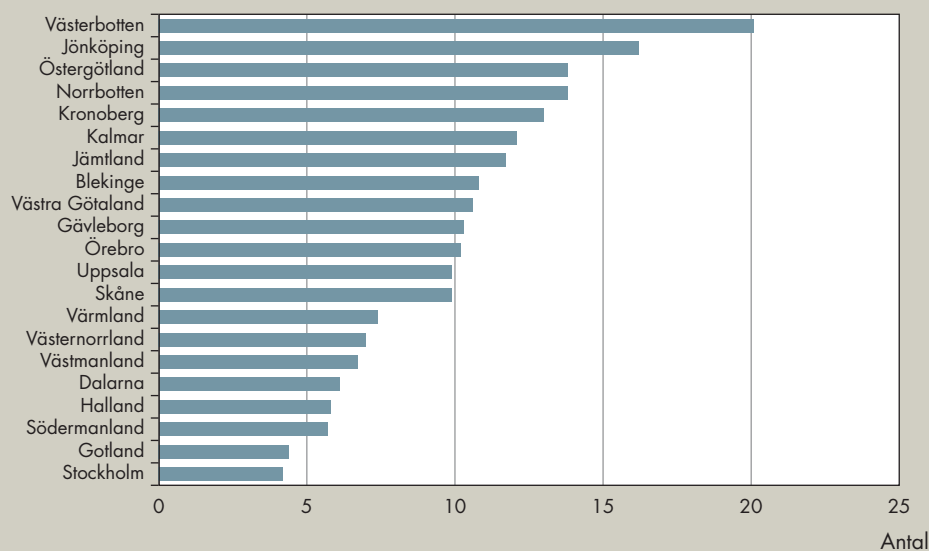
De grupper som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) anges i 1 § LSS och delas in i tre personkretsar:

1. Personkrets 1: omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
2. Personkrets 2: gäller personer med ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter en hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
3. Personkrets 3: omfattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om dessa är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Om funktionshindret inte beror på normalt åldrande kan en person ha rätt till LSS-insatser även efter det att han eller hon har fyllt 65 år. Särskilda regler finns för personer med funktionsnedsättning över 65 år vad gäller personlig assistans enligt LSS.

Av figur 11 framgår att det finns stora regionala skillnader i antalet personer äldre än 65 år som ingår i personkrets tre. I Stockholm och Gotland är det enbart fyra personer per 10 000 äldre som ingår i personkrets tre. Medan i Västerbotten är det 20 personer och i Jönköping 16 personer per 10 000 äldre. Däremot är de relativa skillnaderna för personkrets ett och två mindre, 33 personer per 10 000 äldre i Jämtland som har flest och 16 personer i Halland som har minst antal. En orsak kan vara att det är små grupper, vilket kan påverkas av variationer i behov.

Figur 11. Antal personer i personkrets 3 per 10 000 invånare över 65 år fördelat per landsting/region, år 2014



Källa: Socialstyrelsen 2015: Specialkörning av Sveriges officiella statistik Socialtjänst. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2014.

Utvecklingsområden inom kommunal hälso- och sjukvård

Astma, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och diabetes är folksjukdomar som tillsammans drabbar många hundratusentals människor i Sverige. De drabbar i större utsträckning den äldre befolkningen.

Socialstyrelsen har i utvärderingen av nationella riktlinjer för vård vid astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom identifierat förbättringsområden för kommunernas hälso- och sjukvård när det gäller vård av personer med KOL [26]. Ett förbättringsområde är exempelvis bättre tillgång till kunskapsunderlag för patientgruppen inom den kommunala hälso- och sjukvården för att kunna individanpassa vården. Med goda kunskapsunderlag menas till exempel vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Underlagen kan vara särskilt viktiga när det råder brist på formell kompetens inom KOL-vård i kommunernas hälso- och sjukvård [26, 27]. Få kommuner har en sjuksköterska med högskoleutbildning i KOL-vård i sina omsorgsverksamheter. Fler sjuksköterskor med formell kompetens kan behövas för en säkrare vård och omsorg av personer med KOL.

Svensk diabetesvård visar i de flesta fall positiva resultat och trenderna tyder på en stadig förbättring, både för sjukvårdens processer och för dess resultat. I Socialstyrelsens senaste utvärdering av diabetesvården var utgångspunkten våra nationella riktlinjer för diabetesvård från 2010 och 2015 samt utvärderingen av diabetesvården från 2011 [28-30]. Utvärderingen visar att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landstingen och regionerna som i kommunerna. Bland annat behöver hälso- och sjukvården

lägga ytterligare kraft på att i ännu högre grad följa riktlinjerna och framöver även uppnå de målnivåer som Socialstyrelsen fastställt för vissa indikatorer. Några exempel på förbättringsområden för landstingen och regionerna är att minska andelen rökare bland personer med diabetes, öka förekomsten av kulturadaptad utbildning och öka andelen diabetessjuksköterskor med utbildning i pedagogik vid sjukhusmottagningarna. Exempel på förbättringsområden för kommunernas hälso- och sjukvård är en höjd utbildningsnivå inom diabetes för samtlig personal som vårdar diabetiker, regelbundna fotkontroller och möjlighet till preventiv fotvård.

Kompetensutveckling av vård- och omsorgspersonal

Omvårdnadslyftet

Omvårdnadslyftet var en kompetenssatsning inom äldre- och funktionshindersomsorgen 2011–2014 [31]. På regeringens uppdrag fördelade Socialstyrelsen 974 miljoner kronor som ett prestationsbaserat statsbidrag till kommuner. Det första året var Omvårdnadslyftet avgränsat till äldreomsorgen och utbildningsinsatser på gymnasienivå. Under perioden utökades satsningen till yrkeshögskole- och högskolenivå. Det var dels för att tillgodose kompetensbehovet hos personal med specialiserade uppgifter, dels för att möjliggöra kompetensutveckling för personal som med stöd av socialtjänstlagen 2001:453 (SoL) ger stöd, service eller omsorg till personer med funktionsnedsättning [32].

Syftet med Omvårdnadslyftet var att stimulera huvudmännens långsiktiga arbete med att stärka medarbetarnas kompetens och ge dem möjlighet att växa i sina yrkesroller. Kommunerna kunde söka statsbidraget för sin egen eller för enskilda utförarens räkning. Målgruppen var personal som i regel måste ha en relevant gymnasieutbildning, till exempel vårdbiträden, undersköterskor och boendestödjare.

Utbildningsinsatserna skulle genomföras som uppdragsutbildning av utbildningsanordnare med betygsrätt. Socialstyrelsen anvisade vilka slags utbildningar som fick finansieras med statsbidraget utifrån de allmänna råden om grundläggande kunskaper i äldreomsorgen (SOSFS 2011:12), Socialstyrelsens vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen [33] och motsvarande rekommendationer inom funktionshindersomsorgen.

Kommunerna skulle också inventera personalens utbildningsnivå. Socialstyrelsen tog fram en modell för att kunna jämföra äldre utbildningar med senare utbildningar. Baserat på inventeringen fördelades premier till 60 kommuner som under satsningen hade ökat andelen personal med grundläggande kunskaper enligt tre olika mått. Flera kommuner hade svårt att göra en fullskalig inventering. Andra ansåg att modellen var användbar för att kartlägga utbildningsbehov även i fortsättningen.

Varje år ansökte ca 200 kommuner om bidraget och totalt deltog omkring 23 000 personer i någon utbildningsinsats. Utnyttjandegraden av fördelade medel ökade med åren, från 40 procent 2011 till 68 procent 2014. De flesta satsade på att öka den grundläggande kompetensen. Kapaciteten att hantera statsbidraget ökade under satsningens gång men flera hade ändå svårt att hinna planera och genomföra utbildningsinsatser inom ramen för varje bidragsår. Flera kommuner menade att satsningen var mycket positiv eftersom man kunde genomföra en mer omfattande kompetenshöjning och inkludera fler medarbetare än vad ekonomin annars tillåter. Hos medarbetarna bidrog satsningen till ökad studielust, ökat självförtroende, stärkt yrkesidentitet, vidgade perspektiv, större analytisk förmåga och ökad benägenhet att acceptera förändringar i verksamheten [31].

Socialstyrelsens bedömning är att utvecklingen av kvalificerad personal inom äldreomsorg går åt rätt håll.

Viss ökning av andelen personal med högre utbildning

Socialstyrelsens statistik visar att antalet legitimerad personal – sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter – har mellan 2010 och 2013 ökat med inte fullt 13 procent, från 16 690 till 18 819. Orsaken till detta kan vara kommunernas övertagande av hemsjukvården, men även en allmän förstärkning av kompetensen inom äldreomsorgen. Ett tiotal större kommuner har redovisat till Socialstyrelsen att minst 90 procent av kommunernas sjuksköterskor och fysioterapeuter arbetar inom äldreomsorgen. Den största yrkesgruppen är dock omsorgspersonalen, i första hand undersköterskor och vårdbiträden. Enligt räkenskapssammandraget svarade år 2014 äldreomsorgen för 53 procent av kostnaderna för socialtjänsten.

Det fattas i dag komplett personalstatistik för den av kommunerna finansierade äldreomsorgen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sammanför i sin personalstatistik alla som arbetar med vård och omsorg oberoende av om de arbetar mot äldre eller funktionshindrade. Flertalet enskilt drivna vård- och omsorgsföretag har i dag ingen skyldighet att redovisa till Statistiska centralbyrån (SCB) vilken personal de har anställda. Även SKL:s statistik för kommunernas biståndshandläggare är osäker beroende på att många biståndshandläggare inte är anställda inom äldreomsorgen, utan ingår i en kommunal beställarenhet eller myndighetsförvaltning.

Utbildningssatsningar

Under det senaste året har flera utbildningssatsningar gjorts. Webbutbildningen Läkemedelsbehandling av äldre lanserades och finns nu tillgänglig via Kunskapsguiden och på Socialstyrelsens webbplats. Webbutbildningen utgörs till större delen av verklighetsbaserade patientfall. Fallen är indelade i fyra moduler som baseras på de fyra tjänstgöringsblocken inom AT: internmedicin, allmänmedicin, psykiatri och opererande specialiteter. Syftet är att deltagaren ska känna igen frågor från sin kliniska vardag. Utbildningens delar utgörs av kunskapsinventering, patientfall, teoriavsnitt, övningsfrågor och kunskapstest.

Utbildningen riktar sig i första hand till AT-läkare, men innehållet är lämpligt för alla läkare som vill stärka sin kompetens om läkemedelsbehandling av äldre patienter. För att mäta effekter av webbutbildningen på AT-läkarnas kompetens har Socialstyrelsen tagit fram en enkät med frågor som tar sin utgångspunkt i webbutbildningens kompetensmål. Socialstyrelsen gav i uppdrag till e-hälsoinstitutet vid Linnéuniversitetet att efter publiceringen genomföra en utvärdering av i vilken mån webbutbildningen ger stärkt kompetens hos AT-läkarna. Sedan september 2015 har sammanlagt över 1300 personer påbörjat utbildningen och nästan 560 AT-läkare registrerat sig i webbutbildningen.

Karolinska Institutet har med stöd från bland annat Socialstyrelsen utvecklat en webbaserad utbildning, *Psyk-e bas*. Den är riktad till personal inom framför allt primärvården, men även andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården [34]. Utbildningen finns tillgänglig via Kunskapsguiden och består av 18 videoföreläsningar samt fallvinjetter som ska ge underlag till diskussioner i arbetslag eller studiegrupper.

Svenskt Demenscentrum (SDC) arbetar med att sammanställa kunskapsunderlag och sprida kunskap. De har även webbutbildningar som samtliga är avgiftsfria och bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Utbildningspaketet *Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar* är resultatet av ett uppdrag från socialdepartementet och har lanserats av SDC i olika etapper under 2015 [35]. Med utbildningsmaterialet vill SDC inspirera och ge verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetssättet. En personcentrerad vård och omsorg är nyckeln till att kunna förebygga svåra situationer och utveckla strategier för att bemöta dem, om de ändå uppstår. Utbildningspaketet riktar sig både till yrkesverksamma inom vård och omsorg och till anhöriga.

Säker vård och omsorg

Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet. I det här avsnittet presenterar Socialstyrelsen material som belyser olika aspekter av säker vård och omsorg.

Äldres behov tillgodoses inte

Äldres behov tillgodoses inte i tillräcklig utsträckning vid beslut om särskilt boende, enligt tillsynsrapporten från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) [36]. Socialnämnderna fastställer sällan hur beslut om särskilt boende ska följas upp. Vidare behöver socialnämnderna i större utsträckning följa upp den enskildes behov av stöd och hjälp. Andra resultat från tillsynen är:

- Ansökningar om särskilt boende handläggs ibland inte tillräckligt snabbt. Ärenden blir vilande och beslut fattas först när det finns tillgängliga platser.
- Socialnämnderna fastställer sällan hur de ska följa upp beslut om särskilt boende. Detta leder bland annat till att uppföljningen av insatser till äldre sker på en allmän nivå och därmed saknar ett individuellt perspektiv.
- Sviktande personalkontinuitet leder till att det inte finns ordinarie personal i tjänst under kvällar och nätter. Vid flera boenden är nattbemanningen låg.

Anmälda händelser enligt Lex Sarah och Lex Maria

Det är viktigt att det går att framföra upplevda brister och det är viktigt att kommunerna själva gör anmälningar om den egna verksamhetens brister. Det för att bristerna ska kunna utredas så att samma sak inte upprepar sig.

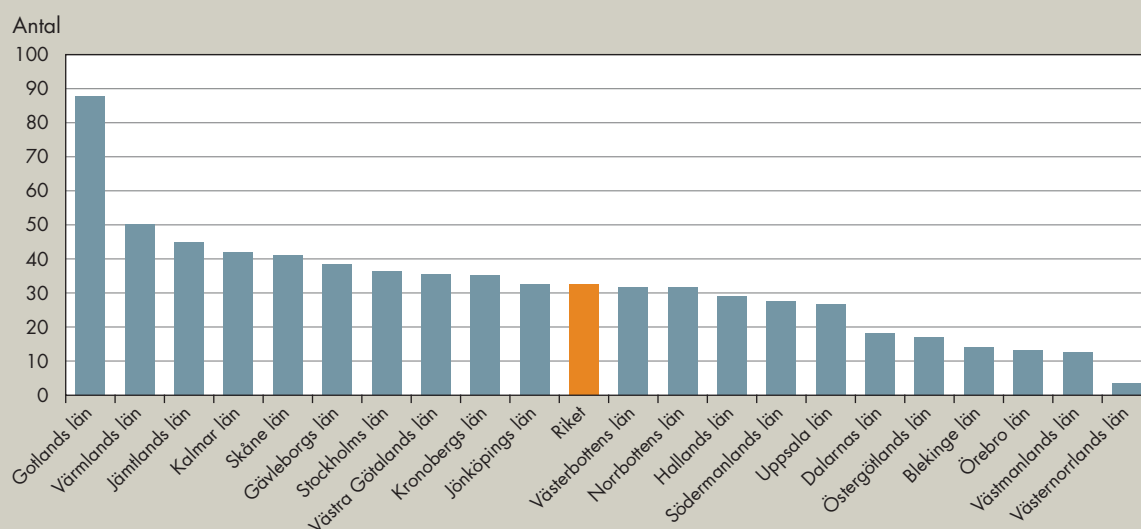
Lex Sarah

I figur 12 redovisar Socialstyrelsen antal beslut under 2014 om anmälan per 100 000 invånare 65 år och äldre enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5). Anmälningarna skedde inom äldreomsorgen.

Lex Sarah

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5) anges att anställda, uppdragstagare, praktikanter eller deltagare i arbetsmarknadspolitiska program är skyldiga att rapportera risker för och missförhållanden inom verksamheter som utgår från socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

Figur 12. Antal beslut om anmälda lex Sarah per 100 000 invånare 65 år och äldre, uppdelat på län, 2014



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, SCB.

I riket var det 33 beslut om anmälningar per 100 000 invånare 65 år och äldre. Det var stora skillnader mellan länen och antalet varierar från 88 ner till 4 anmälningar per 100 000 invånare 65 år och äldre. Antalet anmälningar kan både spegla antalet faktiska missförhållanden samt personalens anmälningsbenägenhet. För att en verksamhet ska kunna vara eller bli säker för de individer som får vård och omsorg behövs att personalen är anmälningsbenägen samtidigt som verksamheten tar till sig och lär av de anmälningar som görs.

Lex Maria

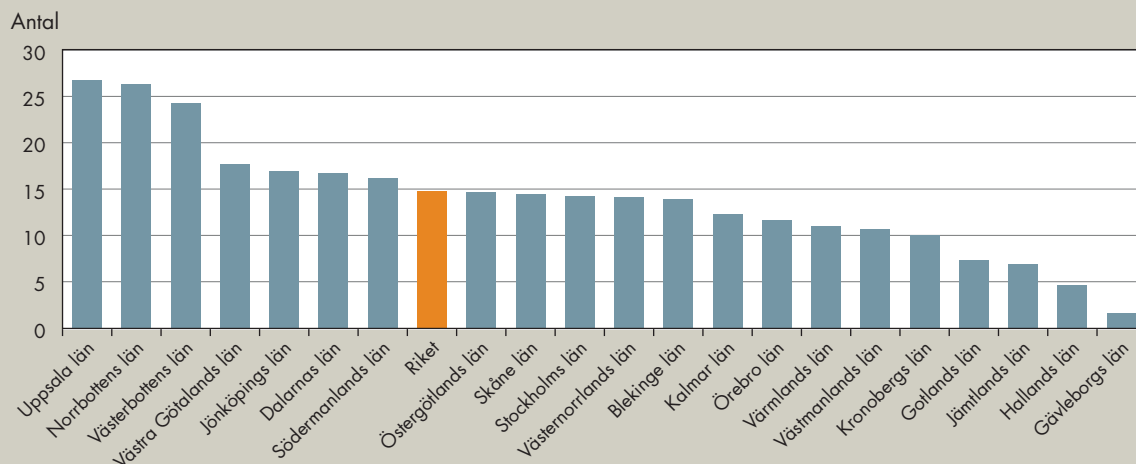
Vårdgivaren ansvarar för att utse befattningshavare som ansvarar för att anmäla händelser enligt lex Maria. Den som har ansvaret bör delta i patient- och kvalitetsarbetet och inneha en position som gör det möjligt att jämföra anmälningsfall (SOSFS 2005:28).

Lex Maria

Lex Maria syftar till att verksamheter ska anmäla händelser som har eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (SOSFS 2005:28). Därför ska vårdgivare ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs enligt föreskrifterna (SOSFS 2013:3).

I figur 13 redovisar Socialstyrelsen antal beslut om anmälningar enligt lex Maria inom äldreomsorgen per 100 000 invånare 65 år och äldre under år 2014. Materialet är uppdelat per län.

Figur 13. Antal beslut om anmälda lex Maria inom äldreomsorgen per 100 000 invånare 65 år och äldre, uppdelat per län, 2014



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, SCB.

För riket låg antalet beslutade anmälningar på 15 per 100 000 invånare 65 år och äldre. Det är svårt att fastställa vad som är ett rimligt antal beslutade anmälningar per 100 000 invånare, men spannvidden mellan länen är stor. Uppsala län hade flest anmälningar medan Gävleborg hade minst antal, 27 respektive två beslutade anmälningar per 100 000 invånare 65 år och äldre.

Tvångs- och begränsningsåtgärder

Under 2014 har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att bland annat ta reda på omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder i vården och omsorgen om vuxna. I rapporten *Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga* [37] konstaterar myndigheten att tvångs- och begränsningsåtgärder alltjämt förekommer, men att omfattningen har minskat något inom demensvården. Samma konstaterande görs av Inspektionen för vård och omsorg i rapporten *Skapa trygghet utan tvång* [38].

Båda myndigheterna kan konstatera brister när det gäller att synliggöra och rapportera förekomsten av, eller risk för, tvångs- och begränsningsåtgärder. Det är inte självklart att personalen ser tvångs- och begränsningsåtgärder, eller situationer som riskerar att leda till dessa åtgärder, som missförhållanden som de ska rapportera i enlighet med lex Sarah.

För att stödja verksamheterna kommer olika former av kunskap och stöd att samlas under temat tvång och begränsningar på Kunskapsguiden under våren 2016. Stödet utgörs av olika kunskapsunderlag från Socialstyrelsen,

Inspektionen för vård och omsorg, Svenskt Demenscentrum och Myndigheten för delaktighet. Socialstyrelsen betonar bland annat vikten av ett systematiskt kvalitetsarbete, där avvikelserapportering i form av lex Sarah samt klagomål och synpunkter är en viktig del i arbetet med att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder

Akuta inläggningar kan undvikas

Akuta inskrivningar av äldre i den slutna specialiserade vården på grund av läkemedelsbiverkningar är ett känt förbättringsområde. Både den landstingsfinansierade och den kommunala hälso- och sjukvården behöver förbättra sin kunskap om läkemedelsbiverkningar hos äldre för att bättre kunna erbjuda en individanpassad vård och omsorg. Socialstyrelsens rapport över läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre [39] visar att drygt åtta procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar. Det är en lägre förekomst än vad som i många fall har rapporterats. Men även vid denna nivå utgör läkemedelsbiverkningar en av de största enskilda orsakerna till sjukhusinläggningar av äldre. Vidare har drygt hälften av biverkningarna i de studier som Socialstyrelsen har granskat i detta projekt, bedömts vara möjliga att förebygga. Detta innebär att uppskattningsvis 20 000–25 000 inläggningar av äldre skulle kunna undvikas årligen i Sverige [39].

Begränsat antal läkemedel bakom allvarliga läkemedelsbiverkningar hos äldre

Ett begränsat antal läkemedelsgrupper som ger upphov till ett begränsat antal symtom och tillstånd ligger bakom merparten av de sjukhusinläggningar av äldre som beror på läkemedelsbiverkningar. De läkemedel som oftast är orsaken är: hjärt-kärlläkemedel, antikoagulantia (blodförtunnande medel), läkemedel som påverkar centrala nervsystemet (främst psykofarmaka, morfinbesläktade smärtstillande medel, antiepileptika), antibiotika, cytostatika, antiinflammatoriska medel (NSAID) och diabetesmedel.

De tillstånd som dessa läkemedel orsakar, och som oftast föranleder inläggningarna, är: lågt blodtryck, fall, blödningar, hjärtrytmrubbningar, salt- och vätskebalansrubbningar, medvetandepåverkan eller konfusion (förvirring), hjärtsvikt samt hypoglykemi (lågt blodsocker). Socialstyrelsen bedömer utifrån rapporten över läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre att det bör finnas möjlighet att minska förekomsten av läkemedelsbiverkningar som orsak till akut sjuklighet hos äldre i Sverige [39]. Rapporten utgör en kunskapssammanställning och kan tjäna som underlag för informations- och utbildningsaktiviteter om läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre, både för primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården liksom för patienter och anhöriga.

Läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård

Sjuksköterskor delegerar medicinska uppgifter till personal inom kommunernas omsorgsverksamhet utifrån hälso- och sjukvårdslagen. Detta är ett viktigt område för att den kommunala vården och omsorgen till de äldre ska fungera. En aktuell avhandling visar att distriktssköterskorna upplever det stressigt att behöva delegera administration av läkemedel till en person som saknar kunskap om läkemedel, till exempel när det är lämpligt att blanda olika läkemedel eller späda ut dem med vätska. Hemtjänstpersonalen upplever i sin tur att delegeringen och det medföljande ansvaret är en förutsättning för att få vården och omsorgen att fungera effektivt och att det underlättar arbetsbördan för distriktssjuksköterskorna [40]. Vidare redogör avhandlingen för hur personer 65 år och äldre, i eget boende, uppfattar att få hjälp av hemtjänstpersonal för att hantera sin medicinering. De äldre uttrycker oro för hemtjänstpersonalens kunskaper om läkemedel, men anser inte att de kan kräva mer med hänvisning till hemtjänstpersonalens arbetsbelastning. De förlitar sig på läkarnas och distriktssjuksköterskornas kunskap och anser att de är en garant när det gäller kunskap om läkemedel i allmänhet och delegering av administrering i hemmet.

Trygghetslarm och larmmottagning

I januari 2015 fanns det ca 203 000 trygghetslarm i landet enligt en enkätundersökning till kommunerna.⁶ Av dessa var 54 000 digitala (27 procent). Det har skett en kraftig utveckling av antalet digitala trygghetslarm under senare år. Mellan 2014 och 2015 hade antalet digitala larm ökat med 80 procent.

Regeringens mål är att samtliga analoga trygghetslarm ska vara utbytt mot digitala vid 2016 års utgång. Endast ca 70 procent av kommunerna beräknar kunna nå detta mål. Ca 16 procent av kommunerna hade helt och hållet gått över till digitala larm och ca 30 procent av kommunerna hade inte några digitala trygghetslarm alls. Övriga 54 procent hade påbörjat processen att byta ut analoga trygghetslarm men hade inte avslutat den.

De flesta av de digitala trygghetslarmen kommunicerar med larmcentralen via mobila nät (ca 80 procent) och betydligt färre (10 procent) via fast bredband. Trenden är att allt fler trygghetslarm ansluts via mobila nät och färre via fasta bredband.

När det gäller att säkra kvaliteten i trygghetslarmen är det fler kommuner som har ett ledningssystem som omfattar trygghetslarmen 2015 än 2014. Det är fler som har identifierat och fastställt processerna, tagit fram rutiner och gjort riskanalyser. Däremot är det en mindre andel än föregående år som har system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet.

⁶ Detta är en beräkning baserad på att 237 av landets 290 kommuner har besvarat frågan.

Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen av en fungerande larmkedja går framåt men att staten och kommunerna behöver uppmärksamma vissa områden för att trygga en fortsatt positiv utveckling. Utbyggnaden av infrastuktur för kommunikation behöver staten fortsätta att verka för. Kommunerna behöver utveckla kompetensen när det gäller upphandlingar och avtal av tekniska system, i synnerhet för trygghetslarm och larmmottagning. Vidare behöver kommunerna säkra kvaliteten och säkerheten i trygghetslarmen och se till att ledningssystemen omfattar trygghetslarmen.

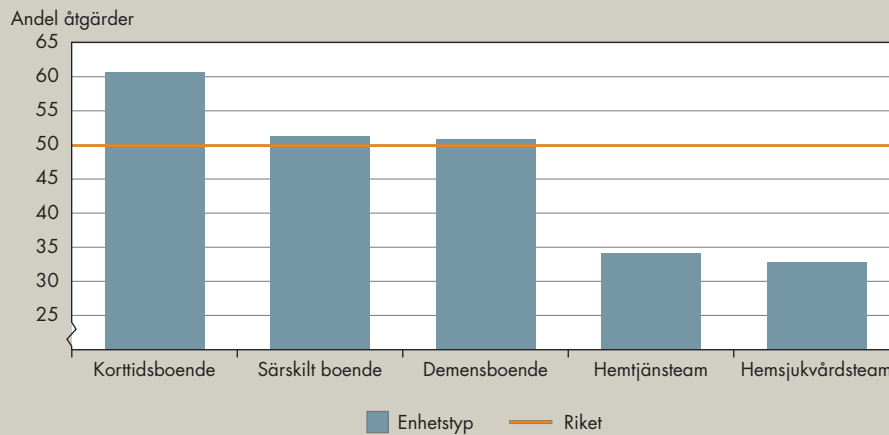
Undernäring

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:10) och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring trädde i kraft den 1 januari 2015. Föreskrifterna gäller verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen samt verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen om insatsen avser hemtjänst eller särskilt boende.

Undernäring är när en person har brist på energi, protein eller andra näringsämnen och bristen leder till mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller sjukdomsförlopp. De verksamheter som regleras av föreskrifterna ska ha rutiner för att förebygga, upptäcka och behandla undernäring. Andelen särskilda boenden och hemtjänstverksamheter som har rutiner för att förebygga undernäring ökar. Hemtjänstpersonalen har en viktig funktion för att upptäcka tecken på undernäring hos de äldre personerna. Andelen hemtjänstverksamheter som har rutiner för att förebygga undernäring har ökat från 83 procent år 2014 till 89 procent år 2015. Andelen äldre som har aktuell genomförande plan med information om mat och måltider i särskilda boenden 2015 var 81 procent, jämfört med 76 procent 2014. Målet är att samtliga verksamheter har rutiner [41].

I figur 14 redovisar Socialstyrelsen andelen planerade åtgärder för personer som bedömts ha risk för undernäring. De verksamheter som materialet är uppdelat på är korttidsboende, särskilt boende, demensboende, hemtjänstteam och hemsjukvårdsteam. Indelningen utgår från kvalitetsregistret Senior Alerts enhetstyper.

Figur 14. Andel åtgärder för personer som bedömts ha risk för undernäring, uppdelat på enhetstyp, 2014–2015



Källa: Senior Alert.

Av alla registrerade personer som är riskbedömda för undernäring i kvalitetsregister Senior Alert ligger andelen planerade åtgärder för riket på 49,9 procent (den linjära linjen). Det är vanligast att det planeras åtgärder för de personer som finns på korttidsboenden. Av dessa individer finns det åtgärder angivna i 60,7 procent av fallen. Både särskilt boende och demensboende ligger runt riksvärdet. För särskilt boende är andelen 51,3 procent och för demensboende 50,9 procent. För verksamheterna hemtjänsteam och hemsjukvårdsteam ligger andelen betydligt lägre. Det finns registrerade åtgärder för endast 34,2 procent av individerna som bedömts ha risk för undernäring i hemtjänsten. För hemsjukvårdsteam, som är den verksamhet som har lägst värde, är andelen 32,8 procent.

En inriktning på insatser som kan genomföras är nutritionsbehandling, vilket innebär att anpassa mat och måltider som kan tillgodose individens energi- och näringsbehov. Behandlingen kan inkludera åtgärder som:

- energi- och proteinrik kost
- specialkost
- kost med anpassad konsistens
- kosttillskott och annat oralt nutritionsstöd
- artificiell nutrition (enteral eller parenteral tillförsel)
- rådgivning om ätande och ätbeteende

Personer inom äldreomsorgen bör vägas minst var tredje månad, men personer som har risk att utveckla undernäring bör vägas oftare [42]. I tabell 8 redovisar Socialstyrelsen de åtgärder som finns registrerade i Senior Alert för personer som bedömts ha risk för undernäring.

Tabell 8. Registrerade åtgärder för personers som bedömts ha risk för undernäring, 2014–2015

Åtgärd	Andel (%)
Vägning minst 1 gång var tredje månad	15,2
Mellanmål	12,8
Minska nattfastan till max 11 timmar	11,8
Läkemedelsgenomgång	9,7
Uppmuntran och påstötning	8,9
Assistans vid munvård	7,6
Omgivningsanpassning för en individuell måltidssituation	5,9
Beräkning av maten	5,2
Näringsdryck	4,9
Protein- och energirik kost	3,3
Matning	3,3
Konsistensanpassning	3,1
Övriga åtgärder	8,5

Källa: Senior Alert.

Som framgår av tabell 8 är den andelsmässigt vanligaste åtgärden vägning minst en gång var tredje månad, 15,2 procent av de registrerade åtgärdena. Därefter kommer mellanmål och att minska nattfastan till max 11 timmar, med 12,8 respektive 11,8 procent. I kategorin ”Övriga åtgärder” finns exempelvis åtgärder som hjälpmedelsförskrivning och träning i munvård, här utgör de registrerade åtgärdena 8,5 procent.

Resultaten pekar på att det är alltför få planerade åtgärder för de äldre inom hemtjänst och hemsjukvård som är eller riskerar att bli undernärda. Den vanligaste åtgärden är vägning (15,2 procent). Många färre har en behandlande åtgärd planerad, det vill säga energi- och protein rik kost (3,3 procent) eller påstötning och uppmuntran att äta (8,9 procent). Detta indikerar att det saknas systematiska rutiner för att förebygga och behandla undernäring, framför allt för de äldre som bor hemma. Vi vet dock inte om orsaken är bristande organisation och ledning och/eller kompetens hos personal som ska utföra åtgärder och behandling. Eftersom majoriteten av de äldre som har vård- och omsorgsbehov kommer att få detta i hemmet är det viktigt att utreda orsakerna och stimulera till förbättring inom området.

Individanpassad vård och omsorg

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, och hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad. I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen material som belyser olika aspekter av personcentrerad vård och omsorg.

Äldres behov i centrum – behovsinriktat och systematiskt arbetssätt

Äldres behov i centrum (ÄBIC) är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt som bland annat innebär att handläggare och utförare använder ett gemensamt språk för strukturerad dokumentation av individens behov, mål och resultat [43]. Det övergripande målet är att äldre personer i hela landet får stöd och hjälp av god kvalitet utifrån sina individuella behov.

Från starten 2013 till och med 2015 har 267 kommuner genom Socialstyrelsen utbildat processledare för ÄBIC och 243 kommuner har beslutat om att införa arbetssättet. Flertalet har påbörjat förändringsarbetet, även om det varierar mellan kommuner hur långt de har kommit. På många håll har regionala eller lokala nätverk bildats som stödjer kommunerna att förändra sitt arbetssätt.

Kommunal hälso- och sjukvård

Ädelreformen genomfördes 1992 och innebar bland annat att kommunerna tog över ansvaret för 33 000 långvårdsplatser och 3 000 platser i gruppboenden för personer med åldersdemens. Efter ädelreformen fanns det drygt 50 000 vårdplatser kvar i landstingens regi [44]. I samtliga kommuner omfattade hälso- och sjukvårdsansvaret från början de särskilda boendeformerna och i ca hälften av kommunerna också kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende, så kallad hemsjukvård. Därefter har ansvaret för vården i ordinärt boende successivt växlats över till kommunerna. I början av 2014 hade sådan överlämning skett i samtliga regioner eller landsting, förutom Stockholm (exklusive Norrtälje kommun).

Hemsjukvård i kommunerna

Som framgår av tabell 4 har antalet och andelen personer 80 år och äldre som får hemtjänst ökat något mellan 2008 och 2014. Totalt fick 381 500 personer kommunal hälso- och sjukvård någon gång under år 2014. Nästan 320 000 personer, eller 84 procent, var 65 år eller äldre, och 61 procent var kvinnor [45]. Under 2014 fick nästan 106 000 personer 65 år och äldre insatser i permanent särskilt boende. Nästan alla i denna boendeform har behov av

hälso- och sjukvård. Trots att kommunerna i Stockholms län inte tagit över ansvaret för hemsjukvård, är det ändå betydligt fler personer som får hälso- och sjukvård i ordinärt boende, jämfört med dem i särskilt boende i kommunerna [10, 27].

Registret om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser till äldre personer och personer med funktionsnedsättning

Den person som minst en gång under en månad fått någon form av hälso- och sjukvårdsinsats rapporteras till Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård som ges enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen. Det kan röra sig om allt från en insats under en månad, i form av till exempel utprovning av ett hjälpmedel, till flera insatser per dygn, såsom behovet ofta är för personer i särskilt boende. I registret kan man inte se skillnad på om det rör sig om hälso- och sjukvård när det finns behov av vård och behandling sammanhängande över tid eller om det handlar om enstaka insatser.

Två vanliga kriterier för den kommunala hemsjukvården är dels att behovet ska beräknas pågå mer än 14 dagar och vara sammanhängande över tid, dels att den enskilde ska ha svårt att funktionsmässigt ta sig från hemmet till en vårdcentral, den så kallade tröskelprincipen.

Kommunernas ansvar är olika beroende på personens ålder. I 12 landsting och regioner omfattar det kommunala hemsjukvårdsansvaret alla åldrar medan det i åtta landsting och regioner finns en åldersgräns om 18 år. Undantaget är kommunerna i Uppsala och Värmlands läns landsting, där åldersgränserna är 17 respektive sju år. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar också enstaka hembesök i 19 av 20 regioner och landsting.

Socialstyrelsen har för denna rapport speciellt tagit fram uppgifter om i vilken utsträckning äldre med hemtjänst respektive särskild boende även har kommunal hälso- och sjukvård. En person som har behov av hemsjukvård har ofta också behov av andra insatser, vilket framgår i tabell 9. Andelen personer med hemtjänst och som samtidigt får hälso- och sjukvård två månader i rad (hemsjukvård) ökar med stigande ålder. Av alla personer som är 80 år eller äldre får 59 procent en sådan insats. I särskilt boende får över 90 procent av de äldre kommunal hälso- och sjukvård. Av alla som får kommunal hälso- och sjukvård, får de allra flesta insatser sammanhängande över tid (hemsjukvård), och här dominerar de äldre kvinnorna. I åldrarna 65–79 år är det vanligare med renodlade kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i förhållande till dem som är 80 år eller äldre. Socialstyrelsen konstaterar att långt fler personer 65 år eller äldre har kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) vid jämförelse med antalet personer i särskilt boende. Det kan ses som ett resultat av att antalet personer med beslut om särskild boendeform successivt har blivit färre under de senaste åren. Vi

kommer att fortsatt följa utvecklingen av kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Tabell 9. Andel personer 65 år och äldre med hemsjukvård i hemtjänst och särskilt boende samt andel med hemsjukvård¹ i förhållande till samtliga med kommunal hälso- och sjukvård och andel med enbart kommunal hälso- och sjukvård eller hemsjukvård i riket 2014, procent

Indikator	65 – 79 år		80 år och äldre		Totalt 65 år och äldre	Totalt 80 år och äldre
	Man	Kvinna	Man	Kvinna		
Andel med hemsjukvård i hemtjänst ²	49	48	55	59	54	59
Andel med hemsjukvård i särskilt boende	91	91	93	93	93	93
Andel med hemsjukvård i förhållande till alla med kommunal hälso- och sjukvård	81	78	87	89	85	88
Andel med kommunal hälso- och sjukvård och inga andra insatser i förhållande till alla med socialtjänst och hälso- och sjukvård	43	46	23	18	28	20
Andel med hemsjukvård och inga andra insatser i förhållande till alla med socialtjänst och hälso- och sjukvård	29	31	12	8	16	9

¹ I beräkningarna förutsattes att en person som fått hälso- och sjukvård i ordinärt boende minst två månader i rad fick hemsjukvård.

² Service, personlig omvårdnad eller hemtjänststimmar. I beräkningen har kommunerna i Stockholms län exkluderats, Norrtälje undantaget.

Källa: Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård samt registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2014.

Socialstyrelsen har tagit fram uppgifterna i tabell 9 med hjälp av registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. För att ta fram dessa uppgifter förutsatte vi att en person med insatser minst två månader i rad fick hemsjukvård. Vid samkörning med socialtjänstregistret matchade vi dem som hade både hälso- och sjukvård och någon äldreomsorgsinsats minst en månad samtidigt.

En utvecklad och mer individanpassad primärvård

Primärvård för sjuka äldre

Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre och utvecklingen med bättre medicinska resultat innebär att fler äldre lever med flera sjukdomar. Den utmaningen delar Sverige med de flesta europeiska länder. Detta innebär ett ökat behov av primärvård, men också att primärvårdsnivåns roll i vården av målgruppen behöver stärkas och utvecklas så att organisation och arbetsätt ger en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård [46, 47]. Vården och omsorgen för de äldre har under de senaste decennierna flyttats till det egna boendet vilket innebär ett ökat behov av primärvårdens tjänster, både från den landstingsfinansierade och från den kommunala primärvården.

I föregående avsnitt framgick att allt fler personer får kommunal hälso- och sjukvård i det egna hemmet jämfört med antalet som får insatserna i särskilda boendeformer. Flera olika insatsformer ställer krav på samordning och kontinuitet. Kontinuitet i personalgruppen i vården och omsorgen om äldre bidrar till förutsättningar för en mer individanpassad vård och omsorg. De äldre och deras anhöriga kan uppleva ökad grad av trygghet och ökad möjlighet till att vara delaktiga i vården. Det är också viktigt för att vården ska ge rätt behandling, som läkemedelsbehandling, följa upp behandling och hålla en hög patientsäkerhet. Socialstyrelsen har i lägesrapporten för patientsäkerhet särskilt lyft fram att patientsäkerheten behöver utvecklas i samband med vårdövergångar, såsom in- och utskrivning i och från den slutna specialiserade vården för äldre [48].

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sina tillsynsrapporter framfört kritik mot den begränsade läkarmedverkan i hemsjukvården. I dessa framför IVO att den begränsade medverkan ger kontinuitets- och kompetensproblem. Dessutom får vård- och omsorgs personal ta ett större medicinskt ansvar än de har kompetens för [49, 50].

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram åtgärdsförslag för att utveckla primärvården till att bättre anpassas till de sjuka äldres behov och för att öka förutsättningarna för en mer samordnad vård och omsorg [51]. Ett förslag är att med hjälp av statsbidrag stimulera ökad geriatrisk kompetens hos vårdpersonal. Det skulle främst vara för all personal inom primärvården, oavsett om det är landstinget eller kommunen som är huvudman [52].

Mer primärvård och samverkan

Patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än i dag. Detta är en viktig övergripande slutsats i den statliga utredningen Effektiv vård [53]. Man eftersträvar en mer sammanhållen vård genom ett närmare samarbete mellan kommun, landsting och socialtjänst. Vidare föreslås att primärvården ska kunna hantera de allra flesta vårdbehov och även få ett tydligt akutuppdrag samt en organisatorisk uppdelning av primärvården i en allmän primärvård och en riktad primärvård. Den riktade primärvården ska fullgöra primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov.

Teamarbete ger bäst resultat

Det finns stöd för att aktivitets- och funktionsförmågan blir bättre för personer med höftfraktur med teamarbete jämfört med konventionell rehabilitering. Det visar en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU [54]. Förutom att interdisciplinära team ger bättre resultat på aktivitets- och funktionsförmågan påverkas patienternas förmåga att förflytta sig mer positivt än med konventionell vård. Den slutsatsen drar SBU efter en genomgång av sju randomiserade och kontrollerade studier som jämfört konventionell vård med att arbeta i interdisciplinära team.

Äldre personer som får en höftfraktur får i större utsträckning tillbaka rörlighet och förmågan att klara vardagssysslor om vården jobbar i team. Det är viktigt med snabb operation och träning så snart som möjligt. Om personen i stället blir passiv ökar risken för komplikationer som lunginflammation, blodpropp och trycksår.

Vid konventionell vård kan olika professioner, som läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter, mycket väl samarbeta kring patienten. Men de olika disciplinerna finns inte med under hela vårdkedjan utan kallas in vid behov och efter hand. Med intradisciplinära team möts de olika professionerna regelbundet för att tillsammans diskutera patienten. Teamet gör en geriatrisk bedömning, vårdplanering och behandling, och sköter uppföljningen.

I processen ingår även att optimera nutritionen och smärtbehandlingen och att tidigt träna patienten i att förflytta sig och själv sköta den personliga vården. Det interdisciplinära teamarbetet påbörjas ofta redan före själva operationen. Det kan även fortsätta i hemmet efter att patienten skrivits ut.

Rehabilitering hemma bättre för flertalet patienten

I en rapport har SBU presenterat en översikt över vad forskningen kommit fram till när det gäller rehabilitering efter stroke [55]. I dag sker den tidiga rehabiliteringen oftast på en vårdinstitution. Men SBU:s granskning visar att efter en individuell bedömning är det oftast bäst för patienter med milda till måttliga funktionshinder att de tidigt skrivs ut och rehabiliteras hemma.

Den arbetsmetod som SBU har granskat innebär att vårdteamet runt patienten samordnar utskrivningen från sjukhuset och att samma team ansvarar för rehabiliteringen i hemmet. Metoden kräver att ett interdisciplinärt team med specialkunskaper inom strokevård koordinerar vården, både genom täta regelbundna möten och genom ett samarbete mellan de olika professioner som ingår i teamet.

När det interdisciplinära teamet ansvarar för den fortsatta rehabiliteringen i hemmiljön leder det till att färre avlider eller behöver hjälp med vardagliga ADL-behov (aktiviteter i dagligt liv). Det ger bättre resultat än om ansvaret för hemvården lämnas över till primärvården och/eller kommunen.

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen hur jämlik vård och omsorg är för personer 65 år eller äldre.

Välfärdsteknik

Under senare år har utvecklingen i välfärdsteknik gått allt snabbare. Konkret kan det till exempel handla om

- tillsyn med hjälp av kamera
- hemtjänst via bildtelefoni
- digitala trygghetslarm som kan kompletteras med olika typer av sensorer (till exempel rörelse-, fall- och epilepsisensorer)
- GPS:er som gör det möjligt att snabbt lokalisera en person som gått vilse
- robotar som kan hjälpa den äldre att få maten från tallrik till mun i den takt han eller hon önskar

Under 2014 och 2015 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att ge juridiskt och etiskt stöd till de regeringsuppdrag om välfärdsteknik som Myndigheten för delaktighet har. Som en konsekvens av detta har Socialstyrelsen lagt till området välfärdsteknik i *Frågor och svar om skydds- och begränsningsåtgärder* som finns publicerad på myndighetens egen webbplats. Socialstyrelsen menar att det inte finns några hinder för att använda välfärdsteknologi om en individuell bedömning gjorts och den enskilde gett sitt samtycke. När de gäller personer med nedsatt beslutsförmåga finns det i dag små möjligheter att få ett samtycke, varför det inte är möjligt att använda vissa typer av välfärdsteknik för den målgruppen. I betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:80) finns förslag – både om företrädare och om framtidsfullmakter – som eventuellt kan göra det möjligt att använda välfärdsteknologi även för en del personer med nedsatt beslutsförmåga. Den föreslagna lagen om stöd och hjälp till vuxna vid ställningstagande till hälso- och sjukvård och omsorg (LSH), kan tidigast träda i kraft den 1 januari 2018 om regeringen väljer att lägga en proposition om detta.

I den mån välfärdsteknik ger ett mervärde i form av exempelvis ett ökat oberoende och en ökad trygghet för den enskilde, är det framöver viktigt att beakta perspektivet en jämlik vård och omsorg. Målet är att alla ska kunna få ta del av detta mervärde, oavsett kognitiv förmåga, om man bor i stad eller i glesbygd, ekonomiska möjligheter etc.

Nationella minoriteters rätt till äldreomsorg

Lagen om nationella minoriteter (2009:724) ställer krav på kommunerna i förvaltningsområdena att de ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller delar av sin äldreomsorg utförd av personal som behärskar finska, meänkieli eller samiska (SFS 2009:724). Företrädare för minoriteterna har rapporterat att det ofta har varit svårt att få gehör för att få äldreomsorg på minoritetsspråk. Detta bekräftas även i Länsstyrelsen för Stockholms läns rapport 2013: Äldreomsorg – Nationella minoriteter – Språk och kultur [56].

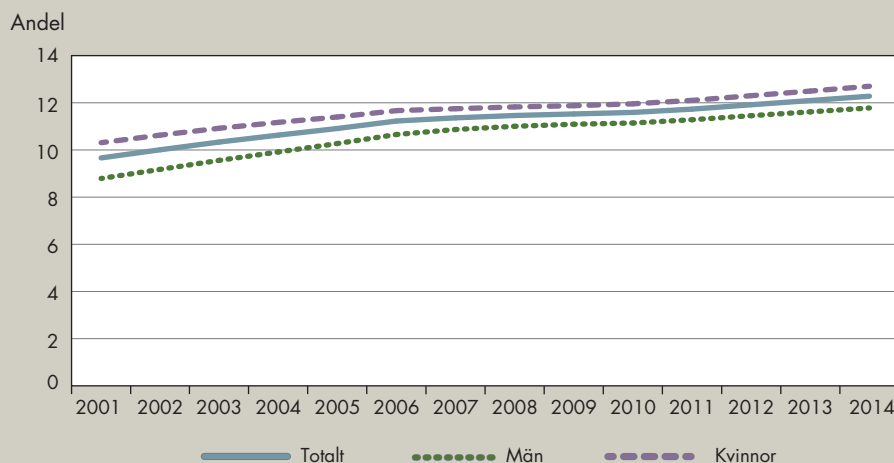
Socialstyrelsen har under 2015 haft i uppdrag av regeringen att utreda om förvaltningskommunerna har behov av ytterligare kunskapsstöd för att fler äldre ska kunna få sin äldreomsorg på meänkieli, finska eller samiska [57]. Socialstyrelsens utredning visar på stora variationer i utbudet av äldreomsorg på minoritetsspråk inom förvaltningsområdena. En del kommuner har utvecklat äldreomsorg på minoritetsspråk som t.ex. hemtjänst, dagverksamhet och särskilda boenden med minoritetsprofil, medan andra kommuner helt eller nästan helt saknar äldreomsorg på minoritetsspråk. Många kommuner saknar kunskap om de nationella minoriteternas behov, idag och framöver, av äldreomsorg som är anpassad efter deras kultur och språk. I och med detta saknas också relativt ofta en planering för hur minoriteternas behov ska tillgodoses i framtiden. Vidare saknar många kommuner idag rutiner för att ta reda på om de äldre vill ha sin äldreomsorg på ett nationellt minoritetsspråk. En orsak till detta kan vara att t.ex. biståndshandläggarna ofta saknar tillräckliga kunskaper om lagstiftningen kring nationella minoriteter.

Företrädare för de nationella minoriteterna anser att en äldreomsorg på minoritetsspråk ökar säkerheten i kommunikationen med myndigheter och personal. Man framhåller också att det inte enbart handlar om språk utan också om möjligheten att upprätthålla den kulturella identiteten livet ut.

Andel utrikesfödda äldre ökar

I figur 15 redovisar Socialstyrelsen utvecklingen av andelen utrikesfödda personer 65 år och äldre. Andelen av personer 65 år och äldre som är utrikesfödda ökar kontinuerligt i Sverige. Mellan 2001 och 2014 har andelen ökat från 9,7 till 12,3 procent. Ökningen av antalet äldre med utländsk bakgrund medför med största sannolikhet även en ökning av andelen äldre personer med socialtjänstinsatser. Många äldre kan förlora kunskaperna i det sist inlärd språket, men behåller kunskaperna i modersmålet. Äldreomsorgen behöver därför vara proaktiv och säkerställa att de insatser som genomförs inom äldreomsorgen kan tillgodose nya behov som kan uppstå när andelen utrikesfödda ökar. Det kan exempelvis vara i form av äldreomsorg på flera språk.

Figur 15. Andel utrikesfödda bland personer 65 år och äldre, år 2001 till 2014, uppdelat på män och kvinnor



Källa: SCB.

Konflikterna i omvärlden har gjort att antalet personer som sökt asyl i Sverige är på historiskt höga nivåer [58, 59]. Majoriteten av de som söker asyl är personer under 65 år, så inom den närmaste tiden berörs inte äldreomsorg i någon större utsträckning. Detta kommer dock förmodligen att påverka behov av äldreomsorg i framtiden.

Äldre får vänta länge på akutmottagningen

Socialstyrelsen redovisar sedan 2010 årligen väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar. I 2015 års redovisning framgår att under första halvåret 2015 var det 2,5 miljoner besök på akutmottagningar, vilket är en ökning med tre procent jämfört med 2014 [60]. Hälften av besökarna fick vänta mer än tre timmar. Den totala vistelsetiden på akuten har under perioden 2010–2015 i genomsnitt ökat med 31 minuter. De äldre än 80 år får i genomsnitt vistas 41 minuter längre än övriga åldersgrupper. Däremot finns det ingen signifikant skillnad mellan äldre och yngre vad gäller väntetiden att få bli undersökt av en läkare. En orsak till den långa vistelsetiden kan vara att 58 procent av de äldsta skrivs in i slutenvården från akutmottagningen, jämfört med till exempel 33 procent i åldersgruppen 60–69 år och enbart 13 procent i åldersgruppen 20–29 år.

Skillnaderna mellan landets olika akutmottagningar är stora. På mottagningar som till exempel Södersjukhuset i Stockholm, Lund och Uppsala är de äldsta patienternas vistelsetider i genomsnitt ca fem timmar, medan mottagningstiden i till exempel Eksjö, Västervik och Ljungby är ca två och en halv timme. Risken för vårdskador kan öka för äldre patienter när vistelsetiden ökar. Det gäller både för att till exempel förvirringstillstånd kan förvärras, men även att de hårda sängarna på en akutmottagning troligen ökar risken att

de allra äldsta och svagaste personerna drabbas av trycksår. Det är angeläget att utveckla arbetsformer på akutmottagningarna som kan minska vistelsetiden för att bryta trenden med allt längre vistelsetider.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det ska vara lätt att få kontakt med en verksamhet och att få vård och omsorg inom rimlig tid. I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen material som belyser hur äldre personer uppfattar tillgängligheten till vård och omsorg.

Uppföljning av valfrihet i äldreomsorgen

Mellan 2011 och 2014 fördelade Socialstyrelsen på regeringens uppdrag 71,8 miljoner kronor i stimulansbidrag till kommuner som ville införa och utveckla valfrihetssystem enligt lagen om valfrihet (LOV) i socialtjänsten. Socialstyrelsen utvärderade satsningen 2015, bland annat genom en enkätundersökning, intervjustudier i fem kommuner samt en jämförande studie mellan 30 kommuner som infört LOV och 30 kommuner som inte infört LOV.

Resultatet av *enkätundersökningen* visade att fler än hälften av kommunerna (155) hade infört valfrihetssystem enligt LOV. I dessa kommuner var valfriheten störst inom äldreomsorgen och vanligast vid personlig omvårdnad (83 procent) och serviceinsatser (73 procent) i hemtjänsten. Brukarnas val av utförare föll oftast på kommunens egenregi (56 procent), medan en dryg tredjedel (34 procent) valde privata utförare. Endast en tiondel av brukarna avstod av olika skäl (ovilja eller oförmåga) från att välja utförare. I sådana fall måste kommunen tillhandahålla ett ickevalsalternativ i enlighet med LOV. Drygt hälften av kommunerna (53 procent) tillämpade ett turordningssystem (till exempel alfabetisk ordning), medan 46 procent använde kommunens egenregi som ickevalsalternativ. Även närhetsprincip och lottning förekom som strategier vid ickeval.

I *intervjuer med brukare och anhöriga* i kommuner som har infört valfrihetssystem enligt LOV, framkom att majoriteten av dem var positiva till att kunna välja utförare. Den information som kommunen förmedlade om utförarna beskrevs dock som alltför likartad och svår att ta till sig. Valet av utförare grundade sig i stället på rekommendationer från vänner, släktingar och grannar. Omval var sällsynta och de hanterade i allmänhet missnöje på andra sätt än genom att byta utförare. I intervjuer med biståndshandläggare framkom att valfriheten i LOV-kommunerna kunde variera i en och samma kommun, exempelvis beroende på att vissa utförare inte var tillgängliga i hela kommunen. Utbudet var i allmänhet störst i kommunens mer centrala delar.

Den *jämförande studien* om kundnöjdhet visade att personer över 65 år med färre än 25 timmars hemtjänst per månad var mer nöjda i kommuner som infört valfrihetssystem enligt LOV, jämfört med personer i kommuner som inte hade gjort det.

Äldres rätt att bo tillsammans

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att under tre år följa upp den ändring i socialtjänstlagen (SoL) som innebär att äldre makar eller sambor har rätt att bo tillsammans i ett särskilt boende, även om bara den ena personen har bedömts behöva bistånd. Den nya bestämmelsen infördes i SoL den 1 november 2012. I december 2015 lämnade Socialstyrelsen slutrapporten av uppföljningen.

Uppföljningen visar att den nya bestämmelsen har haft ett begränsat genomslag bland ansökningarna som kommunerna handlade. Under perioden juli 2014 till och med juni 2015 ansökte 419 par om att få bo tillsammans i särskilt boende trots att bara den ena parten hade behov av insatsen. Det motsvarar ca tre procent av alla sammanboende personer som kommunerna beviljar särskilt boende för under ett år. Ca 51 procent av kommunerna hade fått in ansökningar om medboende under 2014/2015.

Antalet ansökningar om medboende har ökat från i genomsnitt 1,23 ansökningar per kommun till 1,73, vilket motsvarar ca 40 procent mellan 2012 och 2014/2015. Ökningen av antalet kommuner som fick ansökningar var dock betydligt mindre, ca 3 procentenheter under samma tidsperiod.

Det är stora regionala skillnader i hur många ansökningar som kommer in till kommunerna. I Jämtlands, Blekinge och Gävleborgs län har kommunerna fått in flest ansökningar per 10 000 sammanboende personer över 80 år. Lägst andel ansökningar har Hallands, Östergötlands och Kalmar län fått in. Genomsnittet för riket är ca 11 ansökningar per 10 000 sammanboende över 80 år. Det kan finnas flera möjliga förklaringar till varför så få ansöker om medboende:

- Det råder brist på information om rättigheten att bo tillsammans. Endast en mindre andel av kommunerna informerar aktivt om möjligheten att söka medboende.
- Det finns för få lämpliga platser, bland annat för att bostäderna är för små och olämpliga för två personer. En stor andel av de som beviljas särskilt boende får detta i ett demensboende. Dessa boenden är inte alltid lämpliga och attraktiva för medboende makar och sambor. Endast ett mindre antal kommuner har konkreta planer på att bygga nya bostäder för parboende i särskilda boenden eller att bygga om befintliga bostäder för parboende.
- Situationen som förväntas uppstå när den biståndsbedömda personen avlider kan vara ett hinder. De flesta medboende kan behöva säga upp eller sälja ursprungsbostaden och måste därför hitta ett annat boende när de blir ensamma. De tvingas till ytterligare en flytt på en ofta kort tid, vilket de kan uppleva som ett stressmoment.

Referenser

1. God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. God kvalitet i socialtjänsten: om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
3. Nationella indikatorer för god vård: hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer : indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
4. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt 2013.
5. Beard, JR, Officer, A, de Carvalho, IA, Sadana, R, Pot, AM, Michel, JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet. 2015.
6. HelpAge International. Global AgeWatch Index 2015 Insight report; 2015.
7. Betalningsansvarslagen. 2014.
8. Kvalitetsportalen. 2015. Hämtad 2015-12-18 från: <http://www.kvalitetsportal.se/Start.aspx>
9. Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård: betänkande. Stockholm: Fritze; 2015.
10. Kommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård: en vägledning. Stockholm: Svenska kommunförb.; 1991.
11. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus: med fokus på sköra äldre: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) = Swedish Council on Health Technology Assessment; 2013.
12. Den ljusnande framtiden är vård: delresultat från LEV-projektet. Stockholm: Socialdepartementet, Regeringskansliet; 2010.
13. Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
14. Kirsebom, M. Mind the gap: Organizational factors related to transfers of older people between nursing homes and hospital care. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2015.
15. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. London; 2015.
16. Wu, YT, Fratiglioni, L, Matthews, FE, Lobo, A, Breteler, MM, Skoog, I, et al. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. Lancet Neurol. 2015.

17. Dödsorsaker 2014. Socialstyrelsen; 2015.
18. Costa-Font, J, Zigante, V. Long Term Care Coverage in Europe: A Case for 'Implicit Insurance Partnerships'. British Library Cataloguing in Publication Data. A catalogue record for this publication is available from the British Library; 2014.
19. OECD. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Data. 2015. Hämtad från: <https://data.oecd.org/health.htm>
20. Socialstyrelsen. Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen 2015. Hämtad 2015 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statsbidrag/aktuellastatsbidrag/okadbemanninginomaldreomsorgen>
21. Mangoni, AA, Jackson, SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. Br J Clin Pharmacol. 2004; 57(1):6-14.
22. Öppna jämförelser av läkemedelsbehandlingar 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/lakemedel>
23. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
24. Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2008 Socialstyrelsen; 2009.
25. Behandling av depression hos äldre: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015.
26. Nationella riktlinjer - utvärdering 2014 - Vård vid astma och kol Bilaga. Socialstyrelsen; 2015.
27. Nationella riktlinjer - utvärdering 2014 - Vård vid astma och KOL - Måttbeskrivningar. Socialstyrelsen; 2015.
28. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
29. Diabetesvård: landstingens och kommunernas insatser: nationell utvärdering 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
30. Diabetesvård: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning: nationell utvärdering 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
31. Omvårdnadslyftet: slutredovisning av regeringens kompetenssatsning 2011-2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
32. Höjt avgiftstak för avgift enligt socialtjänstlagen (2001:453) 8 kap. 5 §. Stockholm: Fritze; 2015.
33. Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen 2012.
34. PSYK-E bas – webbutbildning i grundläggande psykiatri. 2015-01-29 Hämtad från: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Webb-utbildningar/Sidor/PSYK-E-bas-webbutbildning-i-grundlaggande-psykiatri.aspx>
35. Utbildningspaket för en nollvision. 2015. Hämtad från: <http://www.demenscentrum.se/Nyheter/Utbildningspaket-for-att-forverkliga-nollvision/>

36. Tillsynsrapport - De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
37. Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga: slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
38. Skapa trygghet utan tvång. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
39. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre: kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
40. Gransjön Craftman, Å. Medicine management in municipal home care: delegating, administrating and receiving. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
41. Socialstyrelsen. Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2015. Stockholm; 2015.
42. Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
43. Äldres behov i centrum – Behovsinriktat och systematiskt arbetsätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
44. Lägesrapport 2010: folkhälsa, hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättningar, vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
45. Socialstyrelsen. Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser till äldre personer och personer med funktionsnedsättning år 2014. 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/insatserikommunalhalso-ochsjukvard>
46. Ageing health workforce, Ageing patients. Multiple challenges for hospitals in Europe. HOSPAGE BERLIN; 2012.
47. NHS. Transforming Primary Care. England; 2014.
48. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
49. Äldre efterfrågar kontinuitet - Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013. Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
50. Tillsynsrapport - Tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
51. Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre - Primärvård och korttidsboende - vad behöver förändras? Socialstyrelsen; 2015.
52. Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre : primärvård och korttidsboende - vad behöver förändras? Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
53. Effektiv vård : slutbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
54. Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer - interdisciplinära team: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015.

55. Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015.
56. Weintraub, N. Äldreomsorg: nationella minoriteter: språk och kultur. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms län; 2013.
57. Äldreomsorg på minoritetsspråk. Socialstyrelsen; 2015.
58. Fortsatt ökning av utrikes födda i Sverige. 2012. Hämtad från: http://www.scb.se/sv_/hitta-statistik/artiklar/fortsatt-okning-av-utrikes-fodda-i-sverige/
59. SCB. Befolkning 2015. Hämtad från: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/
60. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar 2015.

Databaser

Kommunernas räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån,
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Offentlig-ekonomi/Finanser-for-den-kommunala-sektorn/Rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/

Landstingens räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån,
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Offentlig-ekonomi/Finanser-for-den-kommunala-sektorn/Rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/

De svenska hälsoräkenskaperna (SHA) 2001–2013, Statistiska centralbyrån,
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Nationalrakenskaper/Nationalrakenskaper/Halsorakenskaper/

Statistik och hälso- och sjukvård och regional utveckling, Sveriges Kommuner och Landsting,
<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/statistik-om-halso-och-sjukvard-och-regional-utveckling-2014.html>

Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2016

(artikelnr 2016-2-29) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se