

Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2017

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

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

ISBN 978-91-7555-410-5
Artikelnummer 2017-2-2

Foto Maskot
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2017

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att årligen lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom vård och omsorg om personer 65 år eller äldre.

Rapporten har utarbetats av Michaela Prochazka (huvudredaktör), och Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. I projektgruppen har Kalle Brandstedt, Marianne Lidbrink och Jan Rehnberg ingått.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	7
Inledning.....	8
Rapportens upplägg	8
God vård och omsorg.....	8
Agenda 2030.....	9
Datakällor.....	9
Aktuell utveckling	10
Den åldrande befolkningen.....	10
Socialtjänstinsatser till äldre personer	12
Kommunal hälso- och sjukvård.....	12
Allt fler får kommunal hälso- och sjukvård.....	13
Hemsjukvård och socialtjänstinsatser	14
Hälsofrämjande aktiviteter	15
Förebygga fallolyckor.....	16
Bemanning inom äldreomsorgen	16
Äldre och alkohol	18
Själv mord är vanligare bland män än bland kvinnor	22
Olika boenden för äldre	23
Väntetiden till särskilt boende har ökat	24
Bostadstillägg för pensionärer.....	25
Resurser för vård och omsorg.....	27
Kostnader för vård och omsorg om äldre	27
Äldreomsorgens effektivitet.....	28
Stora kostnader för fallskador	29
Nationell statistik över personal i äldreomsorgen	30
Kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre – en förstudie	32
Kunskapsbaserad vård och omsorg.....	34
Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel	34
Många problem med äldres läkemedelsanvändning kvarstår.....	35
Fortsatt många äldre tar läkemedel som kan ge muntorrhet	37
Tandhälsa bland äldre	39
Åtgärder vid nedsatt munhälsa	40
Blåsdysfunktion är ett folkhälsoproblem	41

Nationella riktlinjer	41
Tvångs- och begränsningsåtgärder kan undvikas och förebyggas.....	44
En lyckad kompetenssatsning	44
Flera utbildningsåtgärder under 2016	45
Säker vård och omsorg	46
Från samverkan till samordnad vård och omsorg.....	46
En utmaning att samordna insatser.....	48
Samordnad individuell plan	49
Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum	49
Systematisk uppföljning på gruppnivå.....	50
Personalkontinuitet i hemtjänsten	50
Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende	51
Basala hygienrutiner och klädregler omfattar fler verksamheter.....	52
Äldres behov tillgodoses inte alltid	53
Jämlik vård och omsorg	57
Brist i rapporteringen om äldres tandhälsa och nödvändig tandvård	57
Översyn av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift	57
Minoritetsspråk i äldreomsorgen	58
Andelen utrikesfödda äldre ökar	59
Brist på kvalificerade tolkar hotar patientsäkerhet och personlig integritet.....	61
Tillgänglig vård och omsorg	62
Tandvårdsstödet missar äldre med låg inkomst.....	62
Stöd till anhöriga.....	62
Vägledning för anhörigstöd.....	63
Palliativ vård behöver bli bättre.....	64
Äldre fortsätter få vänta länge på landets akutmottagningar	66
Avstått läkemedel eftersom de inte haft råd.....	66
Allt vanligare med välfärdsteknik inom äldreomsorgen	67
Referenser	69

Sammanfattning

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

Från särskilt boende till ordinärt boende

En större andel kommuner än tidigare bedömer att behovet av särskilda boendeformer för äldre kommer att vara uppfyllt om två år. Samtidigt fortsätter väntetiden till särskilt boende att öka från 50 dagar år 2013 till drygt 57 dagar 2016. Allt fler personer får insatser i det ordinära boendet, medan antalet personer i särskilt boende fortsätter att minska. Behovet av att stärka personalens kompetens för att möta äldre med stora vårdbehov inom hemtjänsten är därför fortsatt stort.

Positiv utveckling av förskrivning av läkemedel

Förskrivning av läkemedel som bedöms olämpliga för äldre fortsätter att minska. Det är dock fortsatt viktigt att se över användningen av läkemedel, inte minst antidepressiva och smärtstillande opioider som enskilt eller i kombination med varandra kan öka risken för fallskada. Förskrivningen av dessa läkemedel ökar med ålder och är även vanligare bland kvinnor än bland män. Ungefär 70 procent av fallskadorna i slutenvården gäller personer 65 år och äldre. Fallskador leder till många dödsfall i åldersgruppen. En annan iakttagelse är att en stor andel äldre använder läkemedel som ökar risken för muntorrhet. Muntorrhet kan, om den inte behandlas, öka risken för tandskador och dålig munhälsa.

Äldres missbruk måste uppmärksammas

Andelen personer 65 år eller äldre som fått vård för alkoholrelaterade diagnoser fortsätter öka, medan allt färre personer mellan 20 och 64 år får vård på grund av dessa diagnoser. Drygt en tredjedel av hemtjänstverksamheterna och de särskilda boendena har rutiner vid misstanke om eller upptäckt av att någon är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel). Socialstyrelsen anser att fler verksamheter behöver utveckla rutiner för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av denna typ av missbruk.

Behov av samverkan och samordning kvarstår

En av de stora utmaningarna är fortfarande hur hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar och samordnar insatserna kring den enskilde äldre. Brister har uppmärksamats i bland annat nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom, demens och palliativ vård. Socialstyrelsens bedömning är att samverkan mellan kommuner och landsting måste förbättras och att samverkan utgår från en organisation som stödjer ett teambaserat arbetssätt utifrån den äldres behov.

Inledning

Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen redovisa och analysera tillståndet och utvecklingen inom äldre vård och omsorg.

Syfte med lägesrapporten är att presentera en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom äldre vård och omsorg. Rapportens huvudmålgrupp är beslutsfattare på nationell nivå, men kan vara av intresse även för andra målgrupper.

Rapportens upplägg

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

God vård och omsorg

Socialstyrelsens analyser i den här rapporten utgår från målen för god vård och omsorg. Begreppet *god vård* 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 tandvård. Inom socialtjänsten utgår man från begreppet *god kvalitet* som det anges i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS [1, 2].

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

- *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.
- *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.

¹ I detta område ingår evidensbaserad praktik

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

³ I detta område ingår likvärdig socialtjänst.

Agenda 2030

FN:s globala mål och Agenda 2030 syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Agenda 2030 är den nya utvecklingsagendan som består av 17 globala mål [3].

Socialstyrelsen har under 2016, liksom cirka 80 andra statliga myndigheter, avrapporterat hur myndighetens verksamhet bidrar till Sveriges genomförande av FN:s Agenda 2030. Agendans mål 3, *Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar*, är nära kopplat till myndighetens verksamhet med att styra och stödja hälso- och sjukvård och socialtjänst genom bland annat föreskrifter, nationella riktlinjer, rekommendationer och kunskapsstöd. I övrigt gör Socialstyrelsen bedömningen att även målen om att *1 Avskaffa fattigdom i alla dessa former överallt*, *mål 2 Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning, uppnå en bättre kosthållning och främja ett hållbart jordbruk*, *mål 5 Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt*, *mål 10 Minska ojämlikheten inom och mellan länder*, *mål 16 Främja fredliga och inkluderande samhällen för hållbar utveckling, tillhandahålla tillgång till rättvisa för alla samt bygga upp effektiva och inkluderande institutioner med ansvarsutkrävande på alla nivåer* och *mål 17 Stärka genomförandemedlen och återvitalisera det globala partnerskapet för hållbar utveckling* är mål som myndigheten har möjlighet att bidra till att påverka.

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, Dödsorsaksregistret, Nationella planeringsstödet (NPS-registret) samt nationella kvalitetsregister
- Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel Väntetidsdatabasen och Nationella patientenkäten
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO): resultat som gäller klagomål, lex Sarah och lex Maria-anmälningar

Aktuell utveckling

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

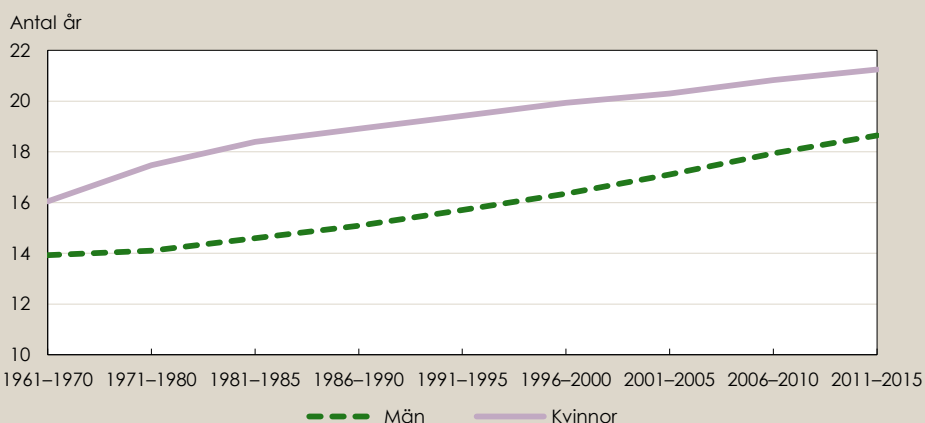
Den åldrande befolkningen

Åldersfördelningen i Sverige och i många andra länder förskjuts snabbt mot en ökande andel äldre och en minskande andel yngre till följd av en låg fertilitet och en hög och ökande medellivslängd. Medellivslängden har ökat i stort sett utan avbrott i Sverige under 250 år i en takt som motsvarar två månader per år [4]. Idag är den förväntade medellivslängden drygt 84 år för kvinnor och nästan 81 år för män [5].

Sedan 1961 har det skett en kontinuerlig ökning av den förväntade medellivslängden vid 65 år. Kvinnornas återstående medellivslängd vid 65 år har ökat från 16 år 1961 till drygt 21 år 2015. För män har den förväntade återstående medellivslängden vid 65 år ökat från nästan 14 år till drygt 18 år under samma tidsperiod, vilket framgår av figur 1. Dock kvarstår skillnaden mellan könen och kvinnor förväntas leva nästan tre år längre än män vid 65 års ålder.

Figur 1. Förväntad återstående medellivslängd för kvinnor och män vid 65 års ålder, år 1961–2015

För åren 1961–1980 är medelåldern redovisad på tio år, åren 1981–2015 redovisas medelåldern på fem år.



Källa: SCB.

Den förväntade medellivslängden varierar inte bara mellan kvinnor och män, utan även mellan kommuner. Skillnaderna beror bland annat på socioekonomiska faktorer och befolkningens hälsoläge, men den påverkas även i viss utsträckning av insatser från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Exempelvis förlänger hälso- och sjukvården livet med ungefär fem år genom bland annat preventiva insatser, vaccinationsverksamheter, insulinbehandling av diabetes och antibiotikabehandling [6]. Kommunerna med högst förväntad

medellivslängd är de flesta förortskommuner i Stockholms län, vilket framgår av tabell 1.

Tabell 1. Kommunerna med högst respektive lägst förväntad medellivslängd

Åren 2011–2015, medellivslängd (år) fördelat på kvinnor och män.

Kommun	Kvinnor, ålder	Kommun	Män, ålder
<i>Högst förväntad medellivslängd</i>			
Danderyd	86,4	Danderyd	83,1
Båstad	86,3	Täby	82,9
Bjurholm	86,2	Bollebygd	82,8
Lidingö	86,2	Ekerö	82,8
Storuman	86,1	Habo	82,6
<i>Lägst förväntad medellivslängd</i>			
Norsjö	79,7	Haparanda	75,4
Ljusnarsberg	80,7	Överkalix	76,2
Dorotea	80,8	Munkfors	76,3
Ånge	80,8	Gällivare	76,3
Kramfors	81,1	Åsele	76,3

Källa: SCB.

Merparten av kommunerna med lägst förväntad medellivslängd är glesbygdskommuner i norra Sverige. Kommunerna med lägst förväntad medellivslängd presenteras i tabell 1. Skillnaden i förväntad medellivslängd bland kvinnor mellan kommunen med högst och lägst medellivslängd är ungefär 6,7 år. För män är skillnaden än större: 7,7 år.

En befolkning med hög medelålder innebär troligtvis att det finns fler kvinnor och män med behov av äldreomsorg och hälso- och sjukvård. I tabell 2 redovisas de kommuner med högst respektive lägst medelålder bland kvinnor och män. Det finns stora skillnader mellan kommunernas medelåldrar. Skillnaden mellan kommunen med högst medelålder och kommunen med lägst medelålder uppgår till 14,6 år bland kvinnor och 12,3 år bland män.

Tabell 2. Kommunerna med högst respektive lägst medelålder år 2015

Medelålder (år) fördelat på kvinnor och män.

Kommun	Medelålder kvinnor	Kommun	Medelålder män
<i>Högst medelålder</i>			
Överkalix	51,3	Borgholm	48,6
Borgholm	50,6	Pajala	48,4
Sotenäs	50,2	Simrishamn	48,1
Simrishamn	49,9	Sotenäs	48,0
Hagfors	49,8	Övertorneå	47,8
<i>Lägst medelålder</i>			
Knivsta	36,7	Knivsta	36,3
Huddinge	38,0	Huddinge	36,6
Botkyrka	38,0	Botkyrka	36,9
Sundbyberg	38,5	Sundbyberg	37,0
Haninge	38,9	Lund	37,4

Källa: SCB.

Socialtjänstinsatser till äldre personer

Kommunernas ansvar innebär att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Biståndet ska utformas så att det stärker personens möjligheter att leva ett självständigt liv, 4 kap. 1 § SoL. Omsorgen ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund), 5 kap. 4 § SoL. Insatserna ges vanligen i form av hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende eller dagverksamhet.

Mellan 2010 och 2015 ökade antalet personer 65 år eller äldre med 200 000 personer till nästan 2 000 000, eller 20 procent av befolkningen (framgår ej av tabellen). Under samma period minskade andelen personer med äldreomsorg i samtliga insatsformer utom hemtjänst, se tabell 3. Mest minskade andelen i särskilt boende.

Tabell 3. Utveckling av olika kommunala insatser enligt SoL

Andel (%) personer 65 år eller äldre som hade olika kommunala insatser enligt SoL 2010–2015.

Årtal	Hemtjänst			Särskilt boende			Korttidsboende			Dagverksamhet		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2010	11,2	6,6	9,1	6,6	3,5	5,2	0,6	0,8	0,7	0,8	0,6	0,7
2011	11,2	6,6	9,1	6,4	3,4	5,0	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5	0,6
2012	11,0	6,5	8,9	6,0	3,2	4,7	0,5	0,7	0,6	0,7	0,5	0,6
2014	10,4	6,1	8,5	5,4	2,9	4,2	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
2015	10,5	6,3	8,6	5,3	2,9	4,2	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6

Individbaserad statistik för 2013 saknas, då den inte bedöms vara av tillräckligt god kvalitet för jämförelser över tid.

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

Trenden är att allt fler personer får insatserna i det ordinära boendet. Det betyder att fler personer med större behov av vård och omsorg bor kvar i det ordinära boendet. Det har fått effekter på utvecklingen och omfattningen av den kommunala hemsjukvården.

Kommunal hälso- och sjukvård

Kommunerna ansvarar enligt 18 § HSL för hälso- och sjukvård (exklusive läkarinsatser) i särskilt boende och dagverksamheter. Därutöver har kommunerna möjlighet att, efter överenskommelse med landstinget, överta ansvaret för hemsjukvården helt eller delvis (exklusive läkarinsatser) i ordinärt boende.

Kommunal hälso- och sjukvård

Kommunal hälso- och sjukvård finansieras av kommunerna och regleras i 18 § HSL. Verksamheten utförs av legitimerad personal såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter samt av personal med delegering att utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter. Läkarsatser fås via landstinget, i de flesta fall av en läkare vid en vård- eller hälsocentral.

Vanliga åtgärder i den kommunala hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen genomförde under 2015 en testinsamling i fem kommuner av nya uppgifter till registret över kommunal hälso- och sjukvård. Testet utgjorde ett led i att utveckla registret till att också omfatta utförda åtgärder klassificerade enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) [7]. Testinsamlingen visade bland annat att de vanligaste åtgärderna inom den kommunala hälso- och sjukvården är

- bedömning av huden
- bedömning av smärta
- bedömning av hjälpmedelsbehov
- sårvård
- hjälpmedelsförskrivning
- läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos, förskrivning och läkemedelstillförsel

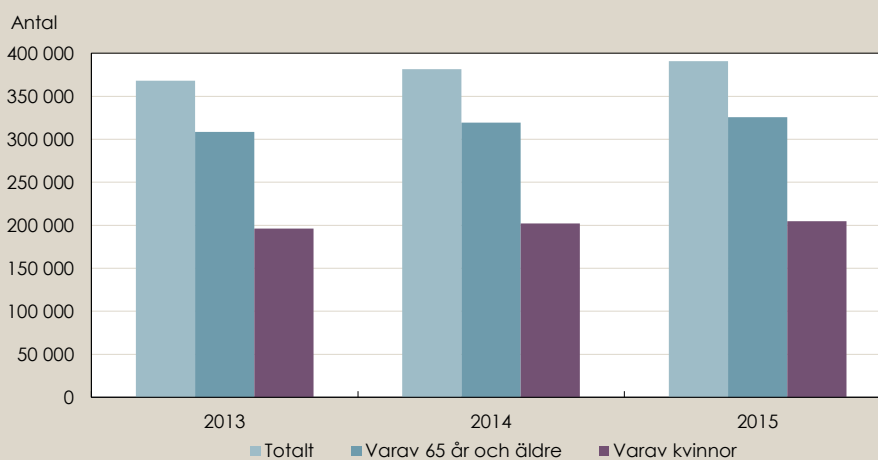
Resultaten av de insamlade uppgifterna kan inte ses som representativa för de deltagande kommunerna eller landet som helhet, men ger ändå en bild av vad som ingår i den kommunala hälso- och sjukvården.

Allt fler får kommunal hälso- och sjukvård

Sedan 2013 har allt fler kommuner tagit över ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård. År 2015 var det enbart kommunerna i Stockholms län, Norrtälje undantaget, som ännu inte ansvarade för denna verksamhet. Att fler kommuner numer utför hemsjukvård i ordinärt boende förklarar ökningen av antalet personer med kommunal hälso- och sjukvård år 2013–2014. Dock beror det ökade antalet från 2015 på att fler människor får insatserna, se figur 2. Figuren visar att kommunal hälso- och sjukvård främst ges till personer över 65 år, varav kvinnorna är i majoritet, och någon förändring ses inte över åren.

Figur 2. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård

Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård, varav antal personer 65 år eller äldre och av dessa antal kvinnor. 2013–2015.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

Vidare är det allt fler som får insatser i ordinärt boende, jämfört med särskilt boende. Totalt fick 224 000 personer 65 år eller äldre hälso- och sjukvård i ordinärt boende år 2015, vilket är en ökning med 10 000 personer jämfört med år 2014⁴. Samtidigt minskade antalet som fick hälso- och sjukvård i särskilt boende med 2 000 till cirka 104 000 personer 65 år eller äldre under 2015.

Hemsjukvård och socialtjänstinsatser

Socialstyrelsens termbank definierar hemsjukvård som: ”hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.” Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Det är vanligast att kommunal hälso- och sjukvård ges som hemsjukvård både i ordinärt och särskilt boende⁵. År 2015 var det drygt 85 procent av alla personer med kommunal hälso- och sjukvård som var 65 år eller äldre i ordinärt boende som hade hemsjukvård, se tabell 4. Tre kommuner rapporterade 100 procent. I särskilt boende fick nästan 95 procent hemsjukvård, här rapporterade 50 kommuner 100 procent. De personer som har hemtjänst har ofta också hemsjukvård. I åldrarna 65 till 79 år är det fler män än kvinnor som har hemsjukvård, men i de övre åldrarna ses ingen nämnvärd skillnad mellan könen.

Av alla personer 65 år eller äldre som fick insatser i ordinärt boende var det 19 procent som enbart hade hemsjukvård. Motsvarande uppgift för åldrarna 65 till 79 år var drygt 30 procent.

⁴ En uppskattning ger vid handen att ytterligare 50 000 personer skulle tillkomma om samtliga Stockholmskommuner skulle inkluderas.

⁵ I registret för kommunal hälso- och sjukvård finns uppgifter om när en person fått minst en insats under en månad. Hemsjukvård är hälso- och sjukvård som ges sammanhängande över tid. Med hemsjukvård inkluderar Socialstyrelsen här samtliga personer som fick insatser två gånger eller fler under 2015 i ordinärt eller särskilt boende.

Tabell 4. Personer med hemsjukvård i olika boendeformer¹, 2015

Andel med hemsjukvård bland alla som har kommunal hälso- och sjukvård, hemtjänst respektive särskilt boende samt andel som enbart har hemsjukvård av alla med både hemtjänst och hemsjukvård, fördelat efter ålder och kön. Procent.

Indikator	65–79 år		80 år och äldre		Totalt	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	65 år och äldre	80 år och äldre
Andel med hemsjukvård av alla med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende	80,4	82,1	87,9	86,9	85,3	87,5
Andel med hemsjukvård av alla med hemtjänst ²	63,2	66,9	69,9	70,3	68,5	70,0
Andel med hemsjukvård i permanent särskilt boende enligt SoL	93,2	92,7	94,9	95,1	94,6	95,0
Andel med enbart hemsjukvård i ordinärt boende	32,8	30,4	11,3	17,1	19,1	13,2

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 2015.

Hälsofrämjande aktiviteter

Äldre personer har länge varit eftersatta som mottagare av hälsofrämjande aktiviteter. Behovet av att främja hälsa bland äldre uppmärksammades först på 1990-talet [8]. Tidigare antogs att de äldre generationerna inte var en bra målgrupp för hälsofrämjande arbete då det var för sent att ändra sin livsstil. Därför var det först efter 2001, när WHO:s experter enhälligt påtalade vikten av en hälsosam livsstil i varje skede av livet, som hälsofrämjande åtgärder riktade till de äldre började bli fler.

Hälsofrämjande åtgärder för äldre skiljer sig ofta från de som riktar sig till de yngre generationerna. Detta beror delvis på det faktum att den äldres hälsa i allmänhet är sämre [9, 10]. Äldre personer är mer benägna att ha kroniska sjukdomar och flera sjukdomstillstånd, och deras funktionsförmåga kan vara begränsad [11]. Äldre människor är mer benägna att drabbas av ensamhet och social isolering. Detta innebär att hälsofrämjande program för de äldre måste ta hänsyn till begränsningarna i deras hälsa och dagliga aktiviteter, och att det krävs mer engagemang av professionella och mer individualiserade strategier.

Hälsofrämjande strategier för äldre har i allmänhet tre grundläggande mål: att upprätthålla och öka funktionsförmågan, bibehålla eller förbättra egenvården, samt stimulera ett socialt nätverk [12]. Tanken bakom dessa strategier är att bidra till ett längre, självständigt liv med god livskvalitet [10]. Även socialt nätverk och sociala aktiviteter, exempelvis lärande aktiviteter och deltagande i kulturella evenemang är en förutsättning för ett hälsosamt åldrande [13, 14].

Förebygga fallolyckor

Cirka 70 000 personer vårdas varje år på sjukhus efter att ha fallit. Ungefär 70 procent av fallskadorna i slutenvården gäller personer 65 år eller äldre. Fallolyckor är en av olyckstyperna som leder till flest dödsfall i Sverige. År 2015 avled drygt 1 050 personer till följd av fallolyckor, varav knappt 960 var personer 65 år eller äldre. Rädsla för att falla upplevs som en stor störning i vardagen för många äldre personer. Rädslan kan öka risken för stillasittande och social isolering och i förlängningen leda till försämrad livskvalitet. Att förebygga fallhändelser kan ge bättre levnadsvillkor för både äldre personer och deras anhöriga. Det finns flera faktorer som bidrar till en ökad fallrisk, men några av de mest avgörande är nedsatt gång- och balansförmåga.

År 2016 har Socialstyrelsen ansvarat för en nationell kampanj, en fortsättning på den kampanj som tidigare organiserats av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Kampanjen *Balansera mera – Tips och råd för att förhindra fall i vardagen* fokuserade på tre teman: motion, mat och medicin [15]. Broschyrer och annat kampanjmaterial stöttar på olika sätt de tre temana.

Under kampanjvecka 3–9 oktober 2016 genomfördes en rad aktiviteter över hela landet med Socialstyrelsens material som stöd. Pensionärsorganisationer, civilförsvarsföreningar med flera samt kommuner, privata företag, vårdcentraler och många fler har arrangerat evenemang för att lyfta fallproblematiken och visa vad man kan göra själv. Träning och balansövningar har varit ett vanligt tema, kompletterat med andra aktiviteter som rör kampanjens två andra teman mat och medicin.

Bemanning inom äldreomsorgen

Socialstyrelsen har i uppdrag att administrera, fördela medel och löpande följa upp en satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen under åren 2015–2018. Stimulansmedlen ska användas till kostnader för personal som utför stöd och omvårdnad i den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre personer och avser personal som arbetar nära de äldre. Medlen bör användas till personal som har adekvat utbildning och erfarenhet och avser främst vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister samt arbetsledare på verksamhetsnivå. I uppdraget ingick att för 1 juli–31 december 2015 fördela 995 miljoner kronor till landets kommuner. Under åren 2016–2018 ska cirka två miljarder kronor fördelas årligen.

Socialstyrelsen har genomfört uppföljningen av 2015 års stimulansmedel [16]. Uppföljningen visar att satsningen kom igång snabbt. Redan i juli 2015 hade 82 procent av landets kommuner börjat använda stimulansmedlen till att finansiera personal. Alla kommuner utom en rekvirerade stimulansmedel under 2015 för sina och enskilda utförare verksamheter. Det var två kommuner som inte hade använt de rekvirerade medlen. Av de tillgängliga stimulansmedlen hade 82 procent använts. Satsningen har enligt kommuner-

nas redovisningar sammantaget finansierat knappt 5 000 årsarbetare i olika yrkeskategorier hos kommunala och enskilda utförare av äldreomsorg. Det mest påtagliga resultatet som framträder i kommunernas redovisningar är att stimulansmedlen bidragit till större möjligheter för omsorgspersonalen att bidra till en meningsfull tillvaro för äldre personer med omsorgsinsatser när det gäller utevistelser, måltider, gemensamma sociala aktiviteter och möjligheter till individuella aktiviteter. Eftersom stimulansmedlen har kunnat användas för att anställa sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter dietister och arbetsledare på verksamhetsnivå har dessa uppgetts kunnat ge stöd och handledning och sprida kunskaper till övrig personal.

Det finns kommuner som redovisar förstärkning av nattbemanningen, och ibland även helgbemanningen, inom såväl särskilt som ordinärt boende. I andra kommuner har medlen använts till ”trygg hemgång” för äldre personer efter vistelse på sjukhus eller korttidsboende, där extra personella resurser sätts in efter hemkomsten. Det finns också kommuner som har förbättrat organisationen kring trygghetslarm.

Stimulansmedlen har kunnat användas i verksamheter inom äldreomsorgen där kommunerna anser att behoven är störst. Ett återkommande tema i kommunernas rapportering är att stimulansmedlen har använts för att uppnå kontinuitet i bemanningen. Tillgängligheten till personal i olika yrkeskategorier har ökat vid enheter där sådan personal har anställts.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att satsningen kom igång effektivt, kommunerna var snabba att fördela medlen och medlen har använts i riktning mot en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik och tillgänglig äldreomsorg.

Statskontoret har i delrapporten *Ökad bemanning inom äldreomsorgen. En uppföljning av regeringens tillfälliga satsning* analyserat utformningen, styrningen och arbetssätten i satsningen på ökad bemanning inom äldreomsorgen [17]. Statskontoret bedömer bland annat att satsningens utformning är ändamålsenlig och att medlen fördelades till samtliga kommuner utifrån kriterier som fångar behoven i kommunerna väl. Vidare konstaterar Statskontoret att kommunernas förutsättningar för att planera verksamheten har varit goda även om de försämrades av att regeringens beslut om satsningen låg nära tidpunkten för när medlen kunde börja användas. Statskontoret bedömer överlag att de aktiviteter som kommunerna har genomfört stödjer satsningens mål om ökad kvalitet och trygghet för de äldre.

En ny regel om bemanning på särskilda boenden för äldre

I februari 2016 beslutade regeringen att införa en ny bestämmelse om bemanning i socialtjänstförordningen (2001:937), SoF. Bestämmelsen återfinns i 2 kap. 3 § SoF och gäller särskilda boenden för äldre personer enligt 5 kap. 5 § (2001:453), SoL, och avser enbart sådan personal som genomför service och omvårdnad enligt SoL. Bestämmelsen innebär att det ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om de boende behöver stöd och hjälp. Bestämmelsen trädde i kraft den 15 april 2016.

Äldre och alkohol

Flera studier visar en ökad alkoholkonsumtion bland personer 65 år eller äldre [18-20]. Vad som kan ligga bakom denna förändring är oklart. En möjlighet kan vara att den generation som nu går mot pension och ålderdom var unga under 60- och 70-talen, en liberal tid vad gäller förhållningssättet till alkohol, antas behålla det förhållningssättet [18]. En annan möjlighet kan vara att fler äldre i dag har bättre köpkraft; en faktor som generellt tenderar att öka alkoholkonsumtionen [19]. Men det kan också vara den kraftigt ökade tillgängligheten till alkohol i dag jämfört med bara 10–15 år sedan [21]. Att äldre personer dricker mer alkohol antas leda till ökade alkoholrelaterade problem inte minst eftersom biologiska förändringar kopplat till åldrande förefaller öka känsligheten för alkohol: äldre tål alkohol sämre än yngre och äter dessutom ofta mediciner som inte bör kombineras med alkohol. Den ökade riskfyllda alkoholkonsumtionen bland personer 65 år eller äldre kan innebära behov av en ändrad resursfördelning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det kan behövas säkerställa resurser både för att förbättra tidig upptäckt och för behandling av alkoholmissbruk.

Från 2004 till 2015 har andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 65–84 år ökat bland både män och kvinnor. Bland männen från åtta till tio procent och bland kvinnorna från tre till sex procent [22].

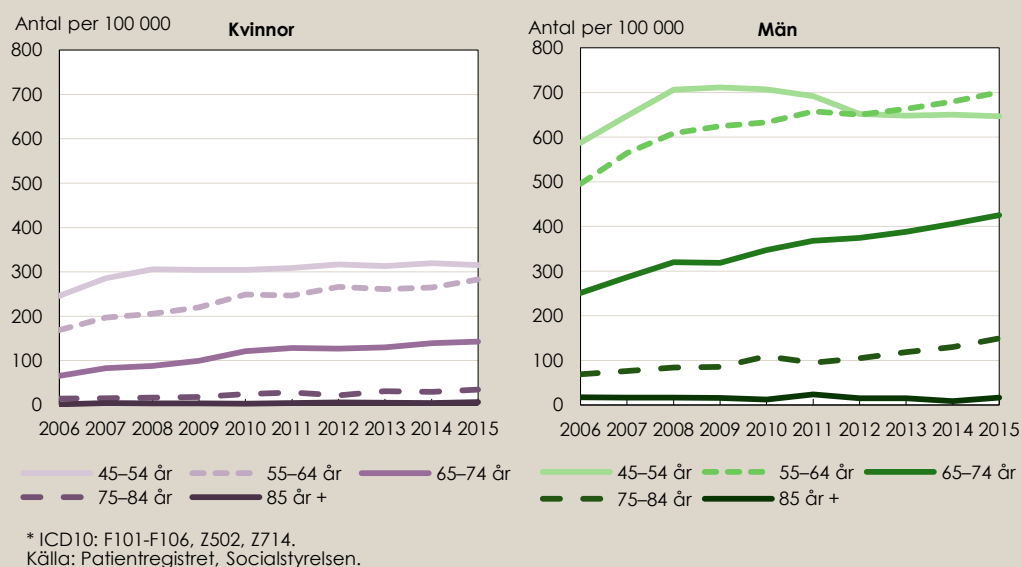
Skadligt bruk och missbruk av alkohol ökar mest bland äldre

Andelen kvinnor och män som fått vård med en diagnos som indikerar pågående alkoholmissbruk⁶ har ökat kontinuerligt de senaste tio åren. Det är inom den specialiserade öppenvården som ökningen har skett, se figur 3. Andelen patienter som får slutenvård på grund av alkoholmissbruk är dock i stort sett konstant över samma tidsperiod, och för vissa åldersgrupper noteras en minskning, se figur 4. Majoriteten av dem som vårdats är män, omkring 75 procent i slutenvården och 70 procent i öppenvården, se figur 3 och 4.

⁶ Avser diagnoskoderna F10.1-6, Z50.2, Z71.4

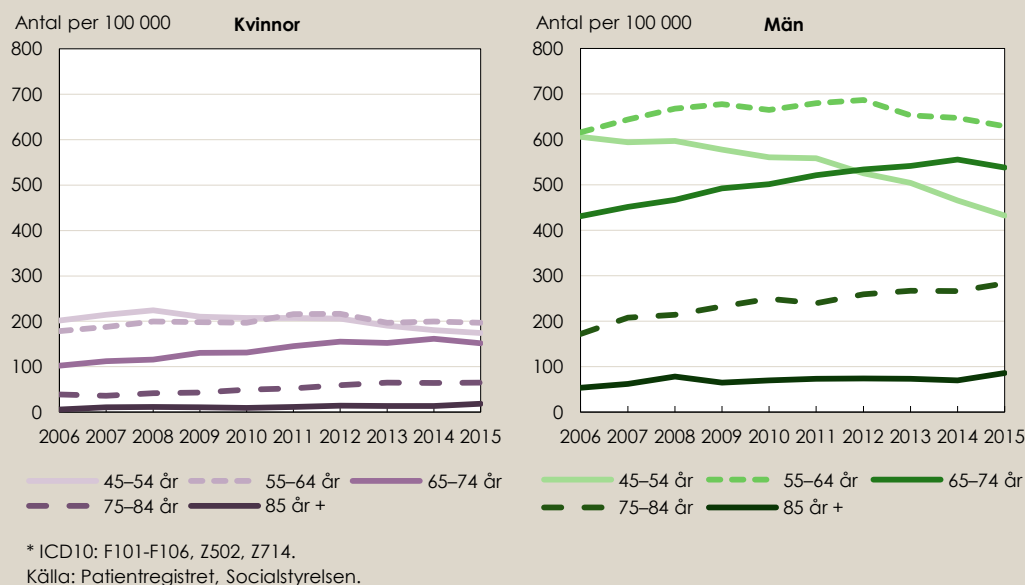
Figur 3. Vård inom den specialiserade öppenvården för alkoholberoende

Antal per 100 000 invånare som vårdats inom den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män 45 år och äldre åren 2006–2015.



Figur 4. Vården inom slutenvården för alkoholberoende

Antal per 100 000 invånare som vårdats inom slutenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män 45 år och äldre åren 2006–2015.



Den största förändringen är att andelen vårdade ökat i de äldsta åldersgrupperna, det vill säga män och kvinnor som är 65 år eller äldre. I den allra äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre, är det dock få personer som vårdats till följd av alkoholmissbruk. Anledningen till detta kan exempelvis vara att man har minskat alkoholbruk. Inom den specialiserade öppenvården har andelen män i åldrarna 75–84 år ökat med 87 procent och bland kvinnor i åldrarna 65–84 år syns en ökning med över 100 procent.⁷ Motsvarande ökning inom

⁷ För kvinnor 65-74 år syns en ökning med 112 procent och för kvinnor 75 -84 år med 104 procent.

slutenvården har varit 55 procent bland män i åldersgruppen 75–84 år och 65 procent för kvinnor i de åldrarna.

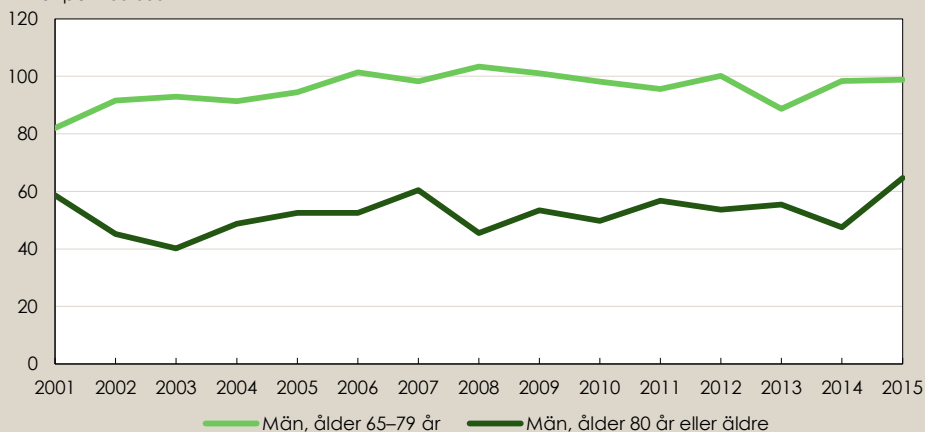
Fler dör på grund av alkoholrelaterade orsaker

År 2015 dog över 1000 personer som var 65 år eller äldre av orsaker relaterade till alkohol⁸. Mätt i antal dödsfall per hundra tusen personer motsvarar det 53,5 personer, och en ökning med 41 procent sedan 2001. Antal män som dör på grund av missbruk av alkohol är betydligt högre, se figur 5, än antalet kvinnor, se figur 6. Det faktiska antalet kvinnor som avled på grund av alkoholrelaterade orsaker var 99 kvinnor år 2001 och år 2015 var antalet 223 kvinnor. Det motsvarar en ökning med 125 procent. Motsvarande ökning kan inte noteras för övriga vuxna i åldrarna 20–64 år [23]. Tvärtom, för dessa åldrar minskar död på grund av alkoholrelaterade orsaker bland både kvinnor och män med 33 procent.

Figur 5. Alkoholrelaterad dödlighet bland män i riket 2001–2015

Antal döda per 100 000 av alkoholrelaterade orsaker bland män i åldersgruppen 65–79 år och 80 år eller äldre 2001–2015.

Antal per 100 000



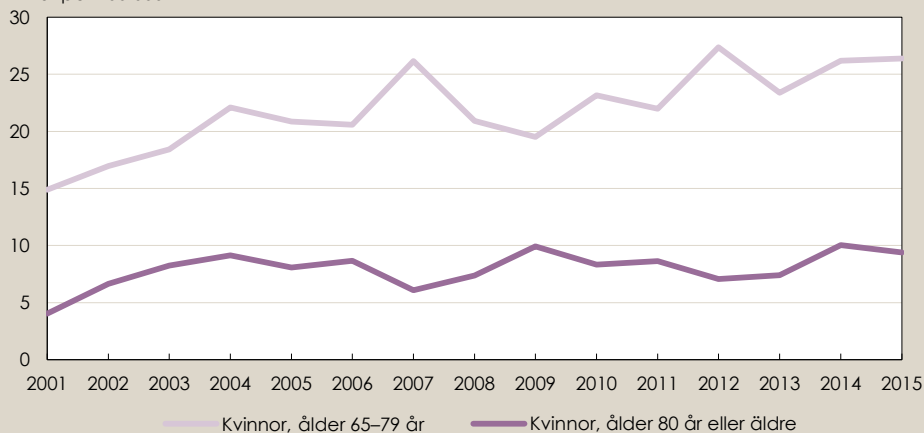
Källa: Dödsorsaksstatistik. Socialstyrelsens statistikdatabas 2016-10-18.

⁸ I begreppet *alkoholrelaterad dödlighet* ingår alla dödsfall med alkoholdiagnos nämnd på dödsorsaksintyget.

Figur 6. Alkoholrelaterad dödlighet bland kvinnor i riket 2001–2015

Antal döda per 100 000 av alkoholrelaterade orsaker bland kvinnor i åldersgruppen 65–79 år och 80 år eller äldre år 2001–2015.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksstatistik. Socialstyrelsens statistikdatabas 2016-10-18

Omsorgs- och hemtjänstpersonal är ofta de som först ser tecken på missbruk och kan arbeta stödjande. Årets kommunundersökning, visade att endast 34 procent av hemtjänstverksamheterna och 32 procent av de särskilda boendena har aktuella rutiner för misstanke eller upptäckt av att någon är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)[24, 25]. Vidare svarade 17 kommuner att de använder den standardiserade bedömningsmetoden AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) för att identifiera om någon har alkoholproblem. AUDIT är ett manualbaserat frågeformulär som används för att identifiera konsumtionsmönster och drogrelaterade problem. Bedömningen kan användas som underlag för motivation till förändring. Resultatet tyder på att alkoholrelaterade problem hos äldre personer eller bland dem inom LSS-området inte uppmärksammas i särskilt hög utsträckning av kommunerna. Däremot används AUDIT inom andra områden i något högre utsträckning, se tabell 5.

Tabell 5. Områden där kommuner använder AUDIT*

Andel kommuner (%) som använder AUDIT som bedömningsinstrument för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion.

Område	Använder AUDIT, procent
Ekonomiskt bistånd	41
Våld i nära relationer	33
Hemlöshet	27
Socialpsykiatri	20
LSS	6
Äldre	6

* AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test

Källa: Öppna jämförelser, socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen 2016. Egen bearbetning.

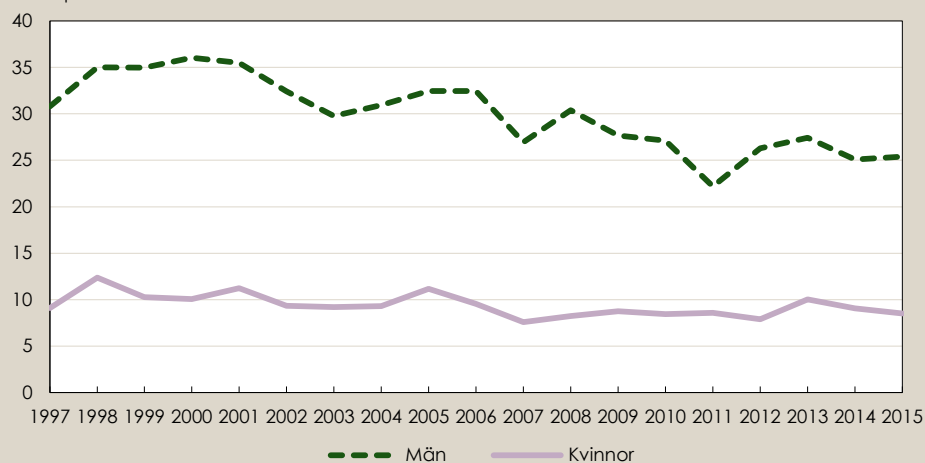
Själv mord är vanligare bland män än bland kvinnor

Andelen som begår självmord bland personer 65 år eller äldre har varit oförändrad sedan början av 2000-talet, se figur 7. Bland männen finns det en tendens till en liten minskning över tid. I motsats till denna minskning kan Socialstyrelsen samtidigt konstatera att det är de äldre männen, 85 år och äldre, som relativt sett begår mest självmord i befolkningen, något som varit konstant över tidsperioden. Figur 8 redovisar data från 2015 där det framgår att andelen av dem som begick självmord var högst för män i åldersgruppen 85 år och äldre. När det gäller kvinnor är självmorden mer jämnt fördelade över åldersgrupperna.

Figur 7. Avsiktligt självdestruktiv handling (själv mord). Trend 1997–2015

Antal döda per 100 000 invånare. Ålder 65 år eller äldre. Riket.

Antal per 100 000

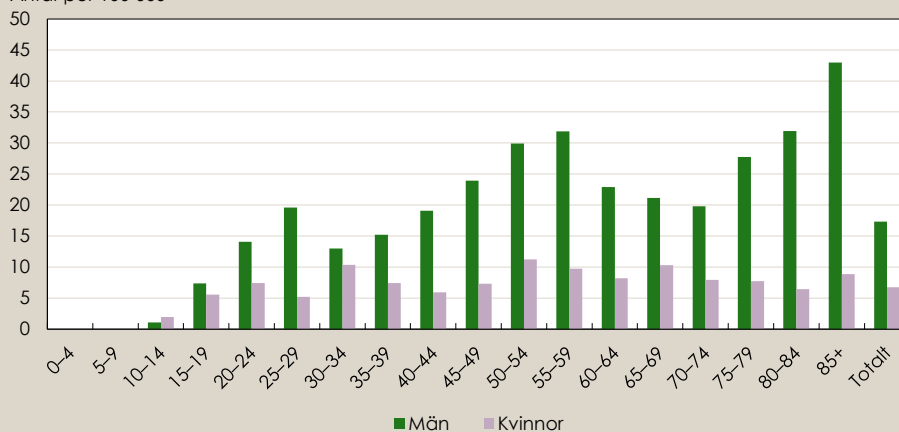


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 8. Avsiktligt självdestruktiv handling (själv mord) i olika åldersgrupper

Antal döda per 100 000 invånare. Riket 2015. Ålder 0–85 år eller äldre.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Olika boenden för äldre

Varje år genomför Boverket en bostadsmarknadsenkät, som består av kommunernas bedömningar i olika frågor och ger en sammanhållen bild av bostadsmarknaden i hela landet. Nedan redovisas de huvudsakliga resultaten från enkätundersökningen 2016 för särskilda boendeformer, seniorbostäder och trygghetsbostäder [26].

Så säger lagen

Det är kommunen som enligt 5 kap. 5 § SoL har ansvar för att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. För att bo i särskilt boende krävs en ansökan till kommunen som därefter utreder behovet och fattar beslut.

Särskilda boendeformer

Enlig Socialstyrelsens definition är särskilt boende ett boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd [27]. I Boverkets undersökning uppger hälften av kommunerna i landet att de har balans i utbudet av särskilda boendeformer för äldre. Totalt 21 kommuner uppger att de har ett överskott på särskilda boendeformer för äldre. Antalet kommuner som bedömer att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre har minskat något. Sammanlagt 109 kommuner svarar att de har ett underskott på denna boendeform, vilket kan jämföras med 2015 då 122 kommuner uppgav att de hade underskott på särskilda boendeformer för äldre.

Enligt enkäten är underskottet på särskilda boendeformer för äldre mest utbrett i högskolekommunerna⁹, där 46 procent av kommunerna uppger att de har ett underskott. Sett till invånarantalet har läget tidigare ofta varit bättre i små kommuner utanför storstadsområdena. I enkäten uppger 40 procent av kommunerna i kommungruppen ”övriga kommuner med färre än 25 000 invånare” att de har underskott på särskilda boendeformer för äldre.

En större andel kommuner än tidigare uppger att behovet av särskilda boendeformer för äldre kommer att vara täckt om två år. Andelen har ökat från 60 procent till 63 procent sedan 2015. 65 procent av landets kommuner räknar med att behovet av denna boendeform kommer att vara täckt på fem års sikt. Motsvarande siffra för 2015 var 60 procent, då 175 kommuner räknade med att behovet av särskilda boendeformer för äldre skulle vara täckt om fem år.

Sammanlagt 90 kommuner gör bedömningen att 5 100 bostäder i särskilda boendeformer för äldre kommer att tillkomma under 2016 och 2017. De allra flesta bostäder förväntas tillkomma genom nybyggnation.

⁹ Högskolekommuner är de kommuner som enligt Bostadsmarknadsenkäten klassas som högskolekommuner. De är lokaliserade i och utanför storstadsregionerna och har fler än 300 studenter på högskola eller universitet. Sammanlagt finns det 43 kommuner i landet som klassas som högskolekommuner enligt denna definition.

Seniorbostäder

Boverket beskriver seniorbostäder som helt vanliga bostäder med ökad möjlighet till gemenskap – det ska vara ett enkelt och bekvämt boende att kunna åldras i. Det finns olika benämningar på seniorboenden, exempelvis plusboende, livsstilsboende eller boendegemenskaper. Kommunerna uppger i Boverkets enkät att det finns cirka 29 900 seniorbostäder i Sverige. Närmare två tredjedelar av landets kommuner svarar att de har seniorbostäder idag. I Storstockholm och på högskoleorterna finns det seniorbostäder i nio av tio kommuner. Drygt hälften av kommunerna i Storgöteborg och gruppen ”övriga kommuner med färre än 25 000 invånare” uppger att de har seniorbostäder.

Totalt 43 kommuner bedömer att det kommer att påbörjas 1 300 seniorbostäder under de närmaste två åren. I första hand rör det sig om nybyggnation.

Trygghetsbostäder

Trygghetsbostäder är enligt Boverkets beskrivning en så kallad mellanboendeform som överbryggar glappet mellan vanligt boende och särskilda boenden med heldygnssomsorg. I 150 av landets kommuner finns det trygghetsbostäder. Antalet trygghetsbostäder uppgår till närmare 9 800 lägenheter. Men det kan finnas fler bostäder av denna boendeform, eftersom tio kommuner valt att inte besvara frågan i enkäten. Det finns också stora regionala skillnader. I de större högskoleorterna har 15 av 17 kommuner trygghetsbostäder. I Storstockholm, Storgöteborg och kommungruppen ”övriga kommuner med färre än 25 000 invånare” finns det däremot trygghetsbostäder i färre än hälften av kommunerna.

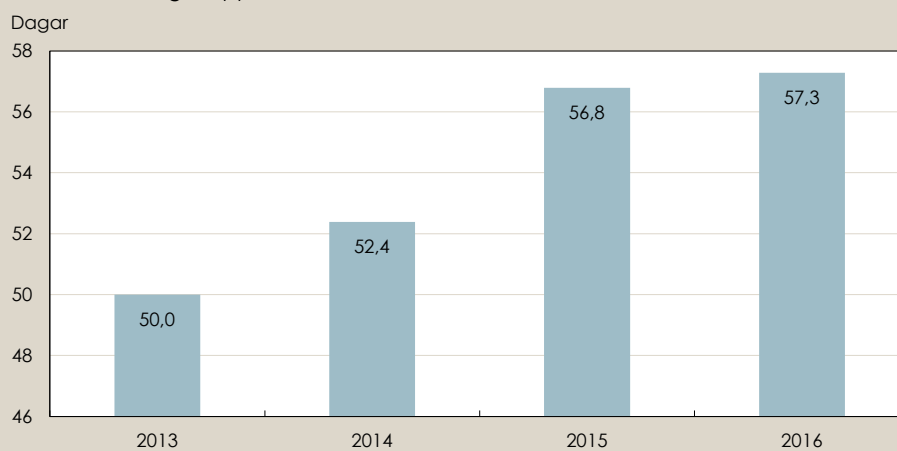
Sammanlagt uppger 107 av de 150 kommunerna med trygghetsbostäder att de inte hade några outhyrda trygghetsbostäder den 1 januari 2016. Motsvarande siffra för 2015 var 98 kommuner. I 24 kommuner finns det outhyrda trygghetsbostäder i en mindre del av beståndet och endast tre kommuner uppger att de har outhyrda trygghetsbostäder i en större del av beståndet.

Väntetiden till särskilt boende har ökat

Som framgår av föregående avsnitt, var det något färre kommuner än tidigare som bedömer att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. Väntetiden till särskilt boende fortsätter dock öka, från 2013 till 2016 ökade väntetiden med drygt sju dagar, se figur 9. År 2016 var det två kommuner, Bollnäs och Vårgårda, som rapporterade att de inte hade någon väntetid alls till särskilt boende. Hallstahammar rapporterade flest dagar av samtliga kommuner i undersökningen. Här fick man vänta 178 dagar på att få ett erbjudande om inflyttning, efter ansökan om särskilt boende.

Figur 9. Väntetid till särskilt boende

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende. Samtliga rapporterade kommuner 2013–2016. Medelvärde.



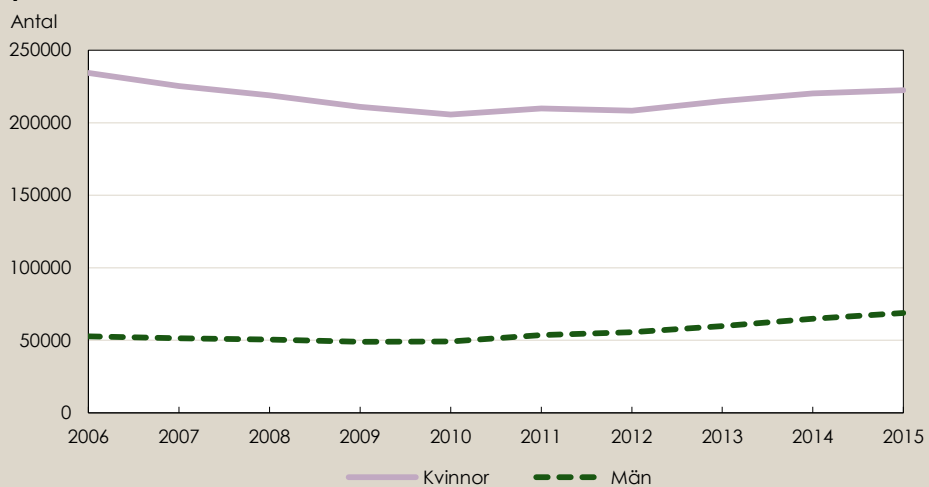
Källa: www.kolada.se, RKA.

Bostadstillägg för pensionärer

Pensionärer som har låg pension kan ansöka om bostadstillägg som är ett skattefritt tillägg och betalas ut samtidigt som den allmänna pensionen. Storleken på bostadstillägget beror på personens inkomster och tillgångar samt bostadskostnad. Bostadstillägget betalas ut med maximalt 5 090 kronor per månad och det genomsnittliga beloppet är cirka 2 400 kronor per månad. Möjligheten att ansöka om bostadstillägg rör personer som fyller 65 år och tar ut hela sin allmänna pension. Det gäller oavsett hur personen bor och om han eller hon äger sin egen bostad. En enkel tumregel är att ensamstående pensionärer kan ha rätt till bostadstillägg om månadsinkomsten är cirka 13 000 kronor efter skatt eller lägre. För sammanboende gäller andra belopp [28].

År 2015 hade 222 417 kvinnor, 65 år eller äldre, bostadstillägg jämfört med 234 405 kvinnor för år 2006. Motsvarande siffra för män, 65 år eller äldre, var 68 760 för år 2015 och 52 639 för år 2006, se figur 10. En förklaring till att betydligt fler kvinnor än män har bostadstillägg är inkomstskillnaderna mellan könen. Kvinnor har i genomsnitt lägre inkomster under livet än män, vilket leder till lägre pension [29]. Samtidigt går många pensionärer miste om det bostadstillägg som de har rätt till, eftersom de inte ansöker om det. Detta har uppmärksammats av Riksrevisionen som år 2013 beräknade mörkertalet inom bostadstillägget till 37 procent [30].

Figur 10. Antal personer 65 år eller äldre med bostadstillägg till pensionärer den sista december 2006–2015



Resurser för vård och omsorg

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

Kostnader för vård och omsorg om äldre

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2015 till 114 miljarder kronor, se tabell 6. Kostnaderna för äldreomsorgen uppgick till 19,9 procent av kommunernas totala kostnader för egen verksamhet, vilken är en minskning jämfört med föregående år. Andelen har minskat sedan 2011 då den uppgick till 20,5 procent av kommunernas kostnader. Som andel av kostnaderna för socialtjänsten har kostnaderna för vård och omsorg om äldre också minskat, från 52,6 procent 2014 till 52,1 procent 2015.

Tabell 6. Kostnader för vård och omsorg om äldre

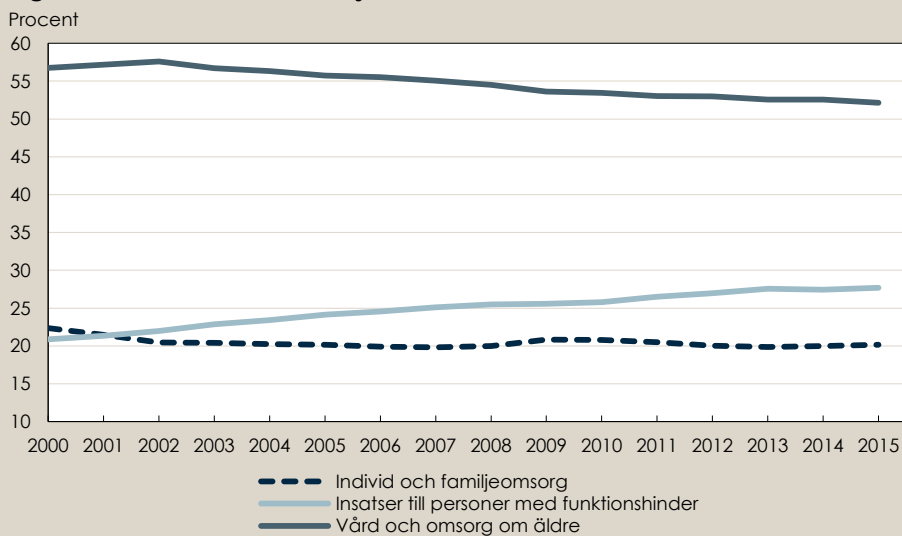
Kostnader för vård och omsorg om äldre 2011–2015, förändring mellan åren, andel av äldreomsorgens respektive socialtjänstens kostnader, kommunernas kostnader samt andel av BNP, miljarder kronor i fasta priser och procent, 2015 års pris.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2015–2011		Fördeln.
	2011	2012	2013	2014	2015	Miljarder kronor	%	2015 %
Verksamhetsområde								
Särskilt boende	65,1	64,3	63,6	63,8	64,4	-0,6	-0,9	56,7
Ordinärt boende	41,6	42,3	43,6	45,6	47,6	5,9	14,2	41,9
Därav: Hemtjänst/boendetjänst	31,9	32,8	34,3	36,2	38,1	6,2	19,4	33,5
Korttidsboende	6,5	6,5	6,2	6,5	6,6	0,1	1,0	5,8
Övriga biståndsbedömda insatser	3,2	3,0	3,2	2,9	2,9	-0,3	-10,1	2,5
Öppen verksamhet	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	-0,1	-6,6	1,4
Summa kostnad	108,4	108,2	108,8	111,0	113,6	5,2	4,8	100,0
Procentuell förändring jämfört med föregående år	1,4	-0,1	0,5	2,0	2,3			
Andel av socialtjänstens totala kostnader, %	53,0	53,0	52,6	52,6	52,1		-0,9	
Andel av kommunernas tot. kostn. för egen verksamhet, %	20,5	20,5	20,1	20,1	19,9		-0,7	
Andel av BNP, %	2,7	2,8	2,8	2,8	2,7		0,0	

* Andel av vård och omsorg om äldre totala kostnader.
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2011–2015.

Som andel av bruttonationalprodukten (BNP) har kostnaderna för vård och omsorg om äldre varit mer stabila men har också minskat under det senaste året, se figur 11. Att andelen av kommunernas kostnader totalt och kostnaderna för socialtjänsten har minskat förklaras dels av en stark utveckling av kostnaderna för socialtjänsten, dels att utvecklingen av kostnaderna för vård och omsorg om äldre har varit mer återhållsam. Det beror i sin tur på att kostnaderna för särskilt boende, som står för 57 procent av kostnaderna för äldreomsorgen, har minskat i fasta priser under de senaste åren, se tabell 6.

Figur 11. Andelar av socialtjänstens kostnader mellan 2000–2015



Äldreomsorgens effektivitet

Effektivitet för äldreomsorgen handlar om att använda de tillgängliga resurserna så att de gör så mycket nytta som möjligt för de äldre som får äldreomsorg. Det finns flera angreppssätt som kan belysa effektivitet. Här ges exempel på två angreppssätt, effektivitetskvot och ineffektivt resursutnyttjande, som ger ett underlag för vidare analys på lokal nivå.

Välbefinnande ett av målen för äldreomsorgen

Socialtjänstlagen anger att äldreomsorgen ska inriktas på att äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (5 kap. 4 § SoL). De äldres välbefinnande är därmed ett av målen för äldreomsorgen och indikerar nyttan för äldre med äldreomsorg. Äldreomsorgens effektivitet kan belysas genom en effektivitetskvot, dvs. äldreomsorgens totala kostnader dividerat med antalet äldre med högt välbefinnande. Ju lägre kostnad per äldre med högt välbefinnande, desto effektivare är verksamheten.

I Socialstyrelsens undersökning *Så tycker de äldre om äldreomsorgen* [31] ställs tre frågor som visar på de äldres välbefinnande:

- Har du besvär av ångslan, oro eller ångest?
- Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten/bo på ditt äldreboende?
- Händer det att du besväras av ensamhet?

Högt välbefinnande har de äldre personer som uppgett att de inte har besvär av ångslan, oro eller ångest, att de känner sig mycket eller ganska trygga och att de inte besväras av ensamhet.

Uppgifter om kostnader för hemtjänst respektive särskilt boende samlas in från kommunerna i SCB:s undersökning *Kommunernas räkenskapsämmandrag* (RS). Eftersom uppgifterna i RS avser samtliga äldre med äldreomsorg

har kostnaden som används i detta sammanhang justerats för att avse de äldre som ingår i målpopulationen för undersökningen *Så tycker de äldre om äldreomsorgen* [31].

För att stabilisera uppgifterna har ett genomsnitt över tre år använts och uppgifterna redovisas per län i 2015 års penningvärde, se tabell 7. En jämförelse av effektivitetskvoten för de två perioderna, 2012–2014 och 2013–2015, indikerar att effektiviteten i äldreomsorgen har minskat eftersom kostnaden per person med välbefinnande har ökat. För hemtjänsten ökade kostnaden med fem procent och för särskilda boenden med två procent. På länsnivå finns exempel på län där effektiviteten för både för hemtjänsten och särskilda boenden har ökat, dvs. där kostnaden per person med bra välbefinnande har minskat. I de flesta län har effektiviteten dock blivit lägre.

Tabell 7. Effektivitetskvoter för äldre personens välbefinnande i hemtjänst respektive i särskilt boende

Kostnad per person med stöd av hemtjänst respektive i särskilt boende med bra välbefinnande per län i 2015 års penningvärde. Genomsnitt för åren 2012–2014 och 2013–2015 samt förändring i procent.

Län	Hemtjänst, kostnader, tusen kronor		Förändring, %	Särskilt boende, kostnader, tusen kronor		Förändring, %
	2012–2014	2013–2015		2012–2014	2013–2015	
Stockholms län	474	493	4	7 696	7 651	-1
Uppsala län	597	598	0	6 085	6 136	1
Södermanlands län	496	528	7	6 227	6 429	3
Östergötlands län	356	405	14	5 410	5 722	6
Jönköpings län	444	503	13	5 660	5 712	1
Kronobergs län	554	591	7	6 369	6 779	6
Kalmar län	622	605	-3	7 790	8 452	8
Gotlands län	609	627	3	5 889	6 053	3
Blekinge län	499	529	6	8 046	8 450	5
Skåne län	482	523	8	6 869	7 136	4
Hallands län	538	559	4	5 620	5 967	6
Västra Götalands län	535	569	6	7 008	7 199	3
Värmlands län	658	674	2	7 145	7 249	1
Örebro län	623	609	-2	7 895	9 166	16
Västmanlands län	387	373	-3	5 293	4 995	-6
Dalarnas län	496	505	2	7 922	8 304	5
Gävleborgs län	488	527	8	7 285	7 552	4
Västernorrlands län	465	523	12	8 955	9 156	2
Jämtlands län	480	463	-4	6 798	7 453	10
Västerbottens län	404	441	9	8 155	7 980	-2
Norrbottnens län	544	551	1	10 490	10 813	3
Riket	499	525	5	7 017	7 198	3

Källa: *Så tycker de äldre om äldreomsorgen*, Socialstyrelsen och Kommunernas räkenskapssammandrag, SCB.

Stora kostnader för fallskador

I tidigare avsnitt ”Förebygga fallolyckor” har vikten av förebyggande åtgärder tagits upp. Socialstyrelsen uppskattar att fallskadorna kostade 2014

totalt 11,6 miljarder. Av den totala kostnaden stod landstingen för 7,9 miljarder kronor och kommunerna för 3,7 miljarder kronor. Socialstyrelsens beräkningar av äldreomsorgens och den specialiserade vårdens kostnader till följd av fallolyckor visar att kostnaderna troligen är högre än de beräkningar som Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) tidigare gjort [32]. Socialstyrelsen har i sin kostnadsberäkning utgått från de register som finns tillgängliga på myndigheten, hur insatser förändrats i samband med fallolyckor samt kostnaderna för vård.

Äldreomsorgens kostnader som uppstår till följd av fallolyckor beräknas av Socialstyrelsen till minst 3,7 miljarder kronor för 2014. Det motsvarar drygt tre procent av samtliga kostnader för äldreomsorgen. Det är ungefär en miljard kronor mer än MSB:s beräkning för vård och omsorg i kommunal regi, räknat i 2014 års penningvärde.

Den specialiserade vårdens kostnader för fallskador beräknas till 7,4 miljarder kronor för 2014, vilket är drygt fem procent av den specialiserade somatiska vårdens kostnader. Slutenvårdens kostnad för fallskador uppgick till sex miljarder kronor och öppenvårdens kostnad var 1,4 miljarder kronor under 2014.

Så här har kostnader för fallskador beräknats

Äldreomsorg

Kostnadsberäkningarna för äldreomsorgen har utgått från de personer 65 år eller äldre som har besökt den specialiserade hälso- och sjukvården som en följd av en fallolycka. De äldre som besökt primärvården till följd av en fallolycka är inte med i beräkningen som därmed troligen är en underskattning av den faktiska kostnaden. För äldreomsorgen har antal hemtjänsttimmar, antal dygn på korttidsboende och antal personer i särskilt boende mätts en månad före fallet och tre månader efter fallet. Mellanskillnaden i utfall har antagits bero på fallskadorna. Kostnad per hemtjänsttimme, per dygn på korttidsboende och per person på särskilt boende har beräknats utifrån SCB:s undersökning Kommunernas räkenskapssammandrag (RS) och Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och till personer med funktionsnedsättning.

Specialiserad vård

För den specialiserade hälso- och sjukvården har kostnaderna för fallskador beräknats med hjälp av uppgifter om antal vårdtillfällen från Socialstyrelsens patientregister och kostnader från Kostnad per patient (KPP). I beräkningarna för hälso- och sjukvården ingår samtliga registrerade vårdtillfällen som orsakats av fallolyckor. I uppgifterna ingår inte vårdtillfällen i primärvården.

Nationell statistik över personal i äldreomsorgen

Äldreomsorgen är en omfattande verksamhet som kräver mycket personal och tar stora delar av offentliga medel i anspråk. Kunskaperna är dock begränsade när det gäller hur mycket personal som arbetar inom äldreomsorgen.

Socialstyrelsen har inom ramen för bemanningsuppdraget gått igenom statistiken över personal i den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre personer, vilken finns hos Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Statistiska centralbyrån (SCB). Slutsatsen är att det i dagsläget inte finns någon heltäckande statistik på nationell nivå som kan redovisa antal årsarbetare som omfattar både kommunala och enskilda utförare och som kan urskilja dem som arbetar inom äldreomsorgen. Framförallt är bristerna stora när det gäller icke-legitimerad personal (undersköterskor och vårdbiträden/övrig omsorgspersonal). Det skulle behövas bättre statistik för att kunna följa dessa personalgrupper, få en bättre personalplanering och för att kunna utvärdera kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre personer.

För legitimerad personal inom äldreomsorgen finns Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (NPS-registret). Registret omfattar personal i hela den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre personer i såväl kommunala som enskilda utförarens regi. Uppgifterna i registret gäller antal anställda och gör ingen skillnad på heltids- och deltidsanställda. Det innebär att även en person som är anställd på enbart t.ex. 20 procent räknas som en person i registret.

Tabell 8. Legitimerad personal som arbetar i äldreomsorgen

Antal och andel legitimerad personal i äldreomsorgen fördelat på kön, verksamhetsområde och regiform år 2014.

Yrkeskategori	Antal	Andel i procent					
		Kvinnor	Män	Ordinärt boende	Särskilt boende	Kommunal regi	Enskild regi
Sjuksköterskor	14 300	92	8	40	60	83	17
Arbetsterapeuter	2 800	94	6	41	59	89	11
Fysioterapeuter	1 900	82	18	40	60	84	16
Dietister	40						

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

Med anställd avses alla som utfört ett lönearbete i Sverige under minst 4 timmar under november.

För dietisterna redovisas inga andelar pga. att det är små tal.

Källa: Nationella planeringsstödet (NPS-registret), Socialstyrelsen.

År 2014 var cirka 14 300 sjuksköterskor, 2 800 arbetsterapeuter, 1 900 fysioterapeuter och 40 dietister anställda inom äldreomsorgen, se tabell 8. De flesta var kvinnor, drygt 90 procent av sjuksköterskorna och arbetsterapeuterna och drygt 80 procent av fysioterapeuterna. Cirka 40 procent arbetade i ordinärt boende och 60 procent i särskilt boende. Nästan 90 procent av arbetsterapeuterna och närmare 85 procent av sjuksköterskorna och fysioterapeuterna var anställda i kommunal regi. Ingen förändring har skett mellan 2013 och 2004 när det gäller antal personal i de redovisade yrkesgrupperna eller när det gäller fördelningen på kön, verksamhetsområde eller regiform.

År 2014 fanns drygt 26 specialistläkare i geriatrik som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare som är 65 år eller äldre, se tabell 9. Det är en minskning från 31 specialistläkare i geriatrik år 2004. Under samma tidsperiod ökade antalet personer i åldersgruppen 65 år eller äldre från 1 567 700 till 1 926 300 och antalet specialistläkare i geriatrik

ökade från 484 år 2004 till 508 år 2014¹⁰. Minskningen av antal specialistläkare beror i huvudsak på att åldersgruppen 65 år eller äldre har ökat under tidsperioden.

Tabell 9. Antal specialistläkare i geriatrik sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare samt antal personer åldersgruppen 65 eller äldre, 2004–2014.

Befolkning åldersgrupp	Antal specialistläkare i geriatrik per 100 000 invånare										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65-79 år	45,0	44,7	44,4	43,3	44,3	40,0	41,1	39,7	38,7	37,0	35,8
80+ år	98,5	97,6	97,3	99,3	101,8	95,3	100,9	100,9	101,4	100,6	99,9
65+ år	30,9	30,7	30,5	30,6	30,9	28,2	29,2	28,5	28	27,1	26,4
Totalbefolkning	9 008 900	9 042 700	9 107 900	9 174 500	9 249 000	9 331 600	9 408 300	9 476 100	9 546 400	9 633 600	9 737 600
Därav 65+ år	1 567 700	1 578 200	1 594 900	1 621 800	1 658 600	1 703 700	1 751 100	1 798 000	1 841 800	1 885 300	1 926 300

Källa: Nationella planeringsstödets (NPS) register, Socialstyrelsen och Befolkningsstatistik, Statistikdatabasen, SCB.

Kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre – en förstudie

Den kommunala vården och omsorgen om äldre personer står inför stora utmaningar, både avseende personalförsörjningen och kompetensen hos personalen. Utifrån detta har Socialstyrelsen genomfört en förstudie inom området för att identifiera framgångsfaktorer i ett antal utvalda kommuners arbete med frågan.

I förstudien har undersköterskor och vårdbiträden prioriterats med beaktande av övriga yrkesgrupper inom äldreomsorgen. Intervjuer har genomförts med fem utvalda kommuner samt SKL och berörda fackförbund. Kommunerna har i det stora hela tydliga kompetensförsörjningsplaner som är väl förankrade i kommunledningarna. I hög grad används stödmaterial från SKL och Socialstyrelsen i kommunernas arbeten.

Under arbetet med förstudien blev det tydligt att personal- och kompetensförsörjning inte går att isolera från varandra då det första är en förutsättning för det andra. De intervjuade kommunernas kompetensförsörjningsplaner har därför fokus både på rekrytering och på kompetens.

I dagsläget har kommunerna svårt att rekrytera både personer med adekvat kompetens och personer att ge adekvat kompetens. En konsekvens blir att befintlig personal, oavsett utbildning eller inte, måste prioritera den grundläggande vården och omsorgen om de äldre personerna och avkall görs på de specialist- och fördjupningsuppdrag personalen har utbildat sig för. Utan ökat ansvar och möjlighet att använda sina spetskompetenser minskar incitamenten för att utbilda sig, vilket riskerar att medföra en försämring av kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre samt försvårar för personalen att göra karriär vilket är en faktor för att vilja stanna kvar i yrket.

¹⁰ Nationella planeringsstödets (NPS) register, Socialstyrelsen.

De intervjuade kommunerna satsar på kompetensutveckling av sin personal och gör en hel del för att möjliggöra för personalen att utbilda/vidareutbilda sig. Dock förutsätter det att det finns personal att utbilda samt att personalen har tillräckliga incitament för att vilja utbilda sig.

Ytterligare en aspekt av bristen på personal är den ojämna könsfördelningen med få män inom yrket. Tidigare nationella satsningar för att komma tillrätta med könsdominansen inom vissa yrkesområden har i hög grad riktats mot att väcka unga kvinnors intresse för teknik och naturvetenskap. Motsvarande insatser har inte gjorts i samma utsträckning för att få unga män att intressera sig för yrken inom vård och omsorg. De intervjuade kommunerna lyfter frågan om den ojämna könsfördelningen men ingen har några särskilda strategier riktade mot att få just män till yrket och bryta den rådande könsdominansen.

Personalbristen har även medfört att flertalet av de intervjuade kommunerna har skapat nya tjänster, främst servicetjänster utan krav på utbildning, för att få fler medarbetare i syfte att utbildad personal ska kunna använda sin kompetens på ett ändamålsenligt sätt. Motsvarande har inte gjorts i fullt lika hög utsträckning för personal med andra utbildningar utanför yrket undersköterska, exempelvis arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Med en större bredd av servicetjänster och olika utbildningar inom personalgrupperna skulle också möjligheten att få fler personer till vården och omsorgen om äldre kunna öka, vilket ytterligare skulle kunna öka kvaliteten i densamma.

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, tandvård bland äldre och personalens kompetensutveckling

Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel [33]. 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 [34]. 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 [35].

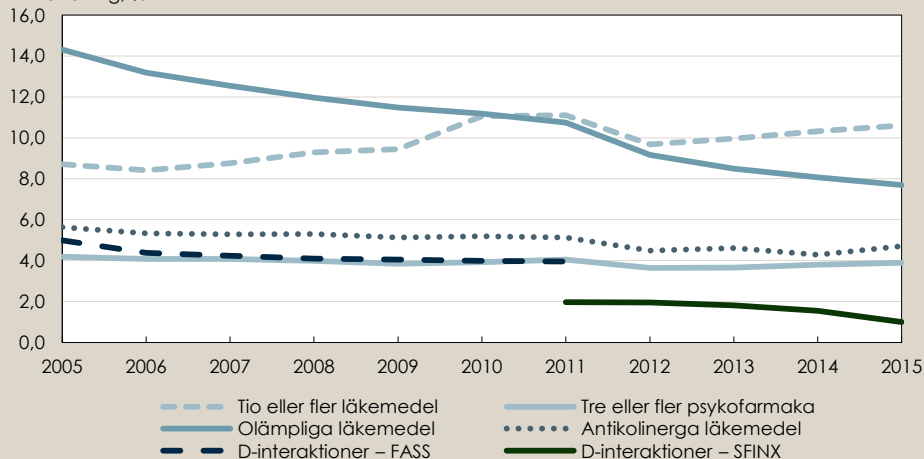
Förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos personer 75 år eller äldre har minskat under perioden 2005–2015, se figur 12. Socialstyrelsen har mätt förändringen med hjälp av fem olika indikatorer. Samtidigt tilltar emellertid den totala användningen av läkemedel. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel har ökat med 22 procent. Den påtagliga ökning vi såg 2009–2010 vände till en minskning 2011–2012. Därefter har andelen åter ökat något, från 9,7 till 10,6 procent.

Under 2005–2015 har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt. Läkemedel som är olämpliga för äldre – en indikator i Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [34] – har minskat med 46 procent. Användningen av antikolinerga läkemedel minskade under samma tid med 17 procent. Dessa läkemedel kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre och ingår i denna indikator. Samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka, en annan indikator för god läkemedelsbehandling hos äldre, har minskat med sju procent.

Figur 12. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta

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

Användning, %



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

** Fr.o.m. 2011 baserades analysen på en annan källa, SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing), numera tillgänglig i flertalet patientjournalssystem.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Mellan 2005 och 2015 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 påtagligt, med totalt 49 procent under 2011–2015. Denna minskning kan dock delvis förklaras av att några av de läkemedelskombinationer som tidigare klassificerats som D-interaktioner under senare tid har omklassificerats till C-interaktioner.

Många problem med äldres läkemedelsanvändning kvarstår

Även om olämplig läkemedelsbehandling hos äldre minskar enligt de indikatorer som Socialstyrelsen följer, så finns många kvarstående problem. Läkemedelsanvändning och fallolyckor identifierades i Socialstyrelsens lägesrapport 2016 inom patientsäkerhetsområdet [35, 36] som de största riskområdena för uppkomst av vårdskada. I en studie från Socialstyrelsen 2014 framkom även att mer än 10 procent av inläggningarna på sjukhus av äldre personer var orsakade av läkemedelsbiverkningar, och merparten av dessa bedömdes som undvikbara [37].

Ökad risk för fallolyckor och mag-tarmblödningar av vanliga läkemedel

Det finns ett stort behov av fördjupad kunskap och spridning av information vad gäller risker för biverkningar kopplat till läkemedelsanvändning hos äldre för att förhindra lidande hos den enskilde och spara kostnader för samhället. Socialstyrelsen har därför i en studie undersökt förskrivning och risker vid användning av vanliga läkemedelsgrupper, som enskilt eller i kombination, är misstänkta eller kända för att kunna orsaka fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre [38].

Speciellt intresse ägnades i studien åt antidepressiva läkemedel. En anledning är att den vanligaste typen av antidepressiva läkemedel (SSRI -Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) associerats med ökade risker för både fallolycka och magtarmblödning. En annan anledning är att Statens beredning för medicinsk och social utvärdering i en systematisk litteraturöversikt 2015 konstaterade att majoriteten av äldre personer med depressionssymtom inte tycks svara på antidepressiv medicinering. Vad gäller äldre över 80 år saknas i det närmaste helt studier som undersökt om behandling med antidepressiva har någon effekt [39].

Resultaten visade på en hög förskrivning till äldre av samtliga de studerade läkemedelsgrupper som associerats till fallolycka, se tabell 10. Förskrivningen ökade med stigande ålder och var högst hos de allra äldsta, speciellt hos kvinnorna.

Tabell 10. Användning av läkemedelsgrupper som kan orsaka fallolycka

Andel av befolkningen i procent (antal användare inom parentes) i olika åldersgrupper med minst tre receptuttag av antidepressiva, opioider, lugnande medel eller sömnmedel 2015.

Kön	Ålder	Antidepressiva	Opioider	Lugnande	Sömnmedel
Män	18–64	4,7 (139821)	2,1 (62772)	1,6 (47209)	2,6 (77662)
	65–74	6,3 (33880)	5,0 (26819)	3,1 (16491)	6,6 (35456)
	75–84	9,7 (25322)	7,4 (19382)	4,9 (12703)	11,5 (30181)
	85+	17,2 (15181)	12,6 (11120)	9,5 (8380)	21,1 (18628)
Kvinnor	18–64	9,1 (262664)	2,9 (82344)	2,5 (73330)	4,2 (122259)
	65–74	11,6 (64363)	6,3 (34753)	5,2 (28540)	11,6 (64115)
	75–84	16,0 (51425)	10,7 (34315)	8,3 (26709)	18,5 (59560)
	85+	27,2 (45957)	19,2 (32385)	15,6 (26404)	29,3 (49522)

Studien visade att användning av antidepressiva och smärtlindrande opioider var förenade med den högsta risken för fallolycka, se tabell 11.

Tabell 11. Risk för sjukhusinläggning på grund av fallskada

Risk för sjukhusinläggning på grund av fallskada hos personer 65 år eller äldre uppdelat på användning av olika läkemedelsgrupper.

Läkemedelsgrupp	Ojusterad risk (KI)	Justerad risk* (KI)
Antidepressiva	2,1 (2,0–2,1)	1,6 (1,57–1,63)
Opioider	2,3 (2,7–2,4)	1,7 (1,6–1,7)
Sömnmedel	1,6 (1,5–1,6)	1,1 (1,1–1,2)
Lugnande medel	1,7 (1,66–1,73)	1,1 (1,1–1,2)

*Justerat för kön, utbildning, län, Charlson Index, antal dagar på sjukhus 12 månader före indexdatum, övriga riskläkemedel än det studerade och antal övriga läkemedel, 95 % konfidensintervall (KI).

Resultaten visade också att samtidig användning av läkemedelsgrupper med misstänkt fallskaderisk ökade risken för mag-tarmblödning. Samtidig användning av antidepressiva läkemedel och opioider mer än fördubblade risken jämfört med personer som inte använde dessa läkemedelsgrupper, se tabell 12. Detta efter hänsynstagande till flera faktorer som t.ex. sjukdomar som kan öka risken att falla.

Tabell 12. Risk för sjukhusinläggning på grund av fallskada år 2015

Risk för sjukhusinläggning på grund av fallskada uppdelat på förskrivning kombinationer av läkemedelsgrupper under perioden 1 januari 2011–31 december 2012.

Kombination avgrupper	Fallskada (n)	Kontroller (n)	Ojusterad oddskvot (KI)	Justerad oddskvot* (KI)
Antidepressiva + Opioider	6515	12980	3,3 (3,2–3,4)	2,3 (2,2–2,3)
Antidepressiva + Sömnmedel	9720	24600	2,5 (2,4–2,5)	1,7 (1,7–1,8)
Antidepressiva + Lugnande medel	7333	18781	2,4 (2,3–2,4)	1,7 (1,7–1,8)
Opioider + Sömnmedel	7594	17504	2,7 (2,6–2,8)	1,7 (1,7–1,8)
Opioider + Lugnande medel	4555	9915	2,8 (2,6–2,8)	1,7 (1,6–1,7)
Lugnande medel + Sömnmedel	7216	19717	2,1 (2,1–2,2)	1,3 (1,2–1,3)

*Justerat för kön, utbildning, län, Charlson Index, antal dagar på sjukhus 12 månader före indexdatum, övriga riskläkemedel än det studerade och antal övriga läkemedel, 95 % konfidensintervall (KI).

Antiinflammatoriska NSAID (Non Steroidal Antiinflammatory Drugs) som ibuprofen, naproxen och diklofenak var den läkemedelstyp som i särklass var tydligast förknippad med risk för mag-tarmblödning. En mer än 3-faldigt förhöjd risk noterades. För de andra studerade grupperna med misstänkt blödningsrisk, dvs. antidepressiva av SSRI-typ, kortikosteroider och ASA i lågdosberedning (Tromblyl), var risken förhöjd i mindre grad.

Fortsatt många äldre tar läkemedel som kan ge muntorrhet

En god salivsekretion är en viktig faktor för en god mun- och tandhälsa. Nedsatt salivsekretion kan leda till ökad risk för karies, sveda i munnen och

problem med att tala och tugga. Nedsatt salivsekretion kan vara en av biverkningarna vid strålbehandling mot tumörer i huvud- och halsregionen, vid viss typ av medicinering och vid exempelvis Sjögrens syndrom. Muntorrhet är vanligare bland äldre personer och en känd biverkan av flera läkemedel [40]. Några av de läkemedel som kan ge muntorrhet är bland annat

- ACE-hämmare
- kalciumantagonister
- urindrivande medel
- medel mot magsår och refluxsjukdom
- sömnmedel
- antidepressiva medel
- opioider
- läkemedel med antikolinerga effekter (till exempel medel mot inkontinens samt vissa lugnande och antidepressiva medel)

En hög andel av befolkningen som är 65 år eller äldre tar läkemedel som kan ge upphov till muntorrhet visar analyser utförda för denna rapport av uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister (definition enligt Scully C, 2003[41]). Totalt är andelen i åldersgruppen så hög som 76 procent. Högst är andelen i gruppen 85 år eller äldre där 86 procent tar läkemedel som kan ge muntorrhet. I de äldsta åldersgrupperna tar en något högre andel av kvinnorna läkemedel som kan ge muntorrhet medan i gruppen 65–75 år är andelen något högre bland männen, se figur 13.

Figur 13. Läkemedel som kan ge muntorrhet

Andel (%) personer i befolkningen, 65 år eller äldre, som 2015-12-31 hade läkemedel som kan ge muntorrhet. Fördelat på antal läkemedel och kön.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Risken att drabbas av muntorrhet ökar ju fler läkemedel man tar. Analysen visar att många personer tar fler än ett läkemedel och ca 50 procent av de personer som är 65 år eller äldre tar två eller fler läkemedel som kan ge muntorrhet. Vanligast är att man tar två till tre läkemedel som kan ge muntorrhet och att antalet läkemedel ökar med ålder. Resultaten visar på att

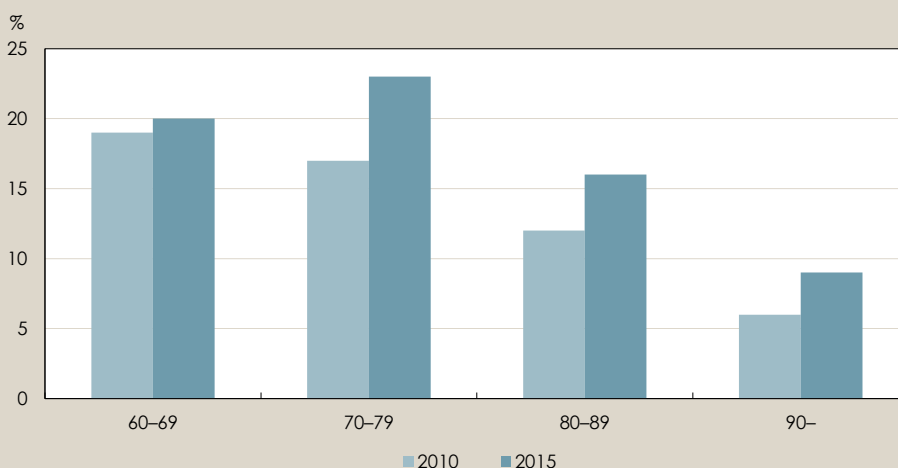
många äldre har en hög risk att drabbas av muntorrhet på grund av de läkemedel som de tar och därmed kan vara i behov av förebyggande tandvårdsinsatser för att minska risken för problem med mun och tänder.

Tandhälsa bland äldre

Tandsjukdomen parodontit orsakas av inflammatoriska processer som påverkar tändernas stödjevävnader, inklusive tandköttet (gingivan) och käkbenet. Sjukdomen kan resultera i att dessa vävnader förstörs och att tandköttfickor bildas omkring tänderna. Om sjukdomen inte behandlas kan den leda till tandlossning och att tänder förloras. I *Nationella riktlinjer för vuxentandvård* lyfter Socialstyrelsen rekommendationer för behandlingar inom sju riktlinjeområden, bland annat sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat, här ingår tandsjukdomen parodontit [42]. Förekomsten av parodontit är låg bland unga personer och ökar med stigande ålder. Totalt behandlades 11 procent av befolkningen 20 år eller äldre för parodontit år 2015, men medan två procent i åldersgruppen 20–29 år fick behandling för parodontit så var motsvarande andel i åldersgruppen 70–79 år 23 procent, se figur 14. Sedan år 2010 har andelen personer 60 år eller äldre som behandlas för parodontit ökat. En anledning till detta är att personer i de äldre åldersgrupperna har fler egna tänder kvar. Detta är positivt ut ett generellt tandhålsoperspektiv, men kan leda till att fler personer drabbas av parodontit. För att motverka detta kan förebyggande insatser behövas för äldre personer [42].

Figur 14. Behandling av parodontit

Andel personer i riket 60 år eller äldre som behandlats för parodontit åren 2010 och 2015.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

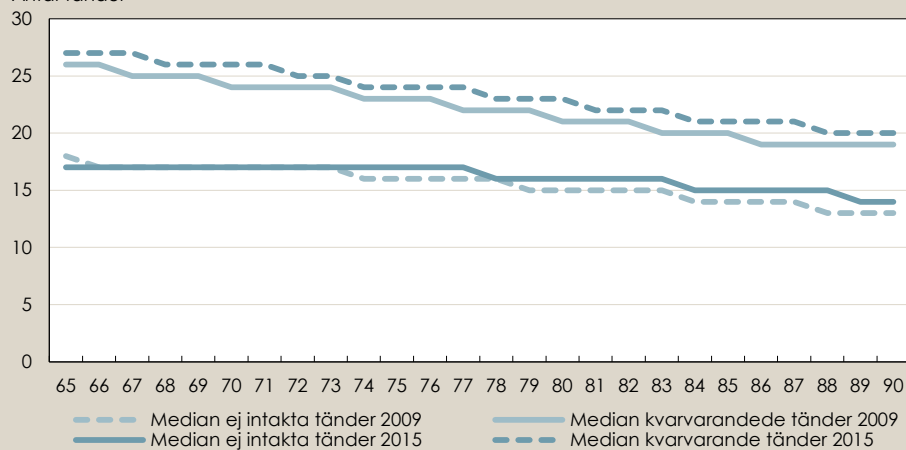
Antalet kvarvarande och intakta tänder är ett övergripande mått på tandhälsa. Mätt på detta sätt har tandhälsan i befolkningen ökat 2009–2015. I gruppen 65–90 år har befolkningen flera egna tänder år 2015 jämfört med år 2009. I gruppen 65–74 år utgörs det ökande antalet tänder av intakta och tidigare olagade tänder medan det i gruppen 75–90 år ofta utgörs av en tidigare lagad och ej intakt tand, se figur 15. Tidigare lagade och ej intakta tänder löper ökad risk att behöva ny behandling då tidigare lagningar behöver bytas.

Genom att det lättare uppstår karies på dessa tänder i anslutning till tidigare lagningar är antal ej intakta tänder en indikator på framtida behov av tandvård. Bland äldre kan detta också indikera ett ökat behov av förebyggande tandvårdsåtgärder.

Figur 15. Antal tänder

Median antal kvarvarande och antal ej intakta tänder i åldersgruppen 65–90 år bland de som besökt tandvården åren 2009 och 2015.

Antal tänder



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Åtgärder vid nedsatt munhälsa

Att förebygga ohälsa i munnen är en viktig hälsoinsats för äldre. Munhälsan är central för välbefinnande, livskvalitet och hälsa. Generellt försämrat tillstånd, exempelvis i form av försämrad motorik eller kognitiv förmåga, påverkar möjligheten att sköta sin dagliga munhygien. Med riskbedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) i webbaserade nationella kvalitetsregistret Senior alert kan man inom vård och omsorg upptäcka munhälsoproblem hos den äldre. Lämpliga åtgärder kan sättas in och bedömningen kan sedan systematiskt följas upp. Munhälsan har en naturlig koppling till flera av de andra områdena i Senior alert. Till exempel har en äldre med munhälsoproblematik lättare för att bli undernärd vilket ökar risken för fall. I tabell 13 redovisar Socialstyrelsen de åtgärder som finns registrerade i Senior alert för personer som har risk för försämrad munhälsa. Som framgår av tabellen är den andelsmässigt vanligaste åtgärden tandborstning (assistans eller fullständig hjälp) som utgör 20 procent av de registrerade åtgärderna. Därefter kommer smörj läpparna och fukta munnen, med 9,2 respektive 8,6 procent. I kategorin ”Övriga åtgärder” finns exempelvis åtgärder som tvätta med skumgummitork (assistans eller fullständig hjälp), lokal smärtlindring läppar och rengöring av kvarvarande tänder och munslemhinnor (assistans eller fullständig hjälp). Här utgör de registrerade åtgärderna 26 procent.

Resultaten pekar på att det görs alltför få åtgärder för de äldres munhälsa. Detta indikerar att det saknas systematiska rutiner för att förebygga dålig munhälsa hos äldre. Bristande kompetens eller förståelse av munhälsans betydelse hos personalen kan vara en anledning, tidsbrist en annan [43].

Tabell 13. Åtgärder vid nedsatt munhälsa för personer 65 år eller äldre

Andel (%) åtgärder vid nedsatt munhälsa för personer 65 år eller äldre, 2015–2016.

Åtgärd	Andel
Tandborstning – assistans eller fullständig hjälp	20,0
Smörj läpparna	9,2
Fukta munnen	8,6
Protesrengöring – assistans eller fullständig hjälp	7,3
Rengöring mellan tänderna – assistans eller fullständig hjälp	6,9
Rengöring och fuktning av munslemhinnor	6,3
Fukta munslemhinnorna	6,3
Information och/eller träning i munvård för att utföra munvård själv	4,9
Fukta tungan	4,5
Övriga åtgärder	26,0

Källa: Senior alert.

Blåsdysfunktion är ett folkhälsoproblem

Socialstyrelsens rapport *Blåsdysfunktion hos äldre personer - Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård* genomlyser området blåsdysfunktion och innehåller en beskrivning av indikatorer som kan användas vid vården och omsorgen om äldre personer med blåsdysfunktion i särskilt boende eller hemsjukvård [44].

Blåsdysfunktion är inte en del av det naturliga åldrandet utan orsaken hittas ofta i bakomliggande sjukdom eller funktionsnedsättning. Den drabbar framför allt äldre personer, och både kvinnor och män är utsatta. I Sverige är det 30–40 procent av alla över 65 år som har besvär, vilket motsvarar drygt 530 000 personer [45]. När övriga blåsproblem såsom urinträngningar, tömningsproblem samt efterproblem tillkommer så är prevalensen ännu större. Närmare 80 procent av alla personer i särskilt boende har sådana besvär att de behöver använda inkontinenshjälpmedel. Den enskilde ska erbjudas den hjälp som finns att få enligt tillgänglig kunskap. Oftast handlar det om små och enkla åtgärder som är lätta att genomföra. Men utebliven utredning och uteblivna åtgärder kan orsaka onödigt lidande och ökar risken för komplikationer vilket i sin tur kan ge ökade kostnader för samhället.

För att stärka utvecklingen inom området behöver vården av personer med blåsdysfunktion struktureras och personalens kompetens på området många gånger utvecklas. Indikatorer på området ger underlag för verksamhetsutveckling, uppföljning och jämförelser. Som datakällor för flera av indikatorerna kan befintliga informationskällor användas på lokalnivå, exempelvis Socialstyrelsens årliga enhetsundersökning och det nationella kvalitetsregistret Senior alert [46].

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Äldres särskilda förutsättningar, till

exempel eventuell svår samsjuklighet, kan påverka tillämpbarheten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. För att kunna ge denna grupp en god vård och omsorg är det nödvändigt att anpassa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna efter dessa personers särskilda förutsättningar. Det finns i dag 16 nationella riktlinjer.

Nya riktlinjer för vård vid MS och Parkinsons sjukdom

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom [47]. Parallellt har Socialstyrelsen utvärderat vården till personer med MS och Parkinsons sjukdom [48].

MS är en autoimmun sjukdom där immunsystemet av okänd anledning angriper den egna nervvävnaden. Sjukdomen kan drabba människor i alla åldrar, men det är ovanligt att den debuterar före 15 års ålder respektive efter 60 års ålder. MS anses vara den vanligaste orsaken till neurologisk funktionsnedsättning på grund av sjukdom bland unga vuxna.

Parkinsons sjukdom är en kronisk, neurologisk sjukdom. Vid Parkinsons sjukdom förstörs de nervceller som tillverkar dopamin, som är en signalsubstans som hjärnan använder för att skicka signaler mellan hjärncellerna. De flesta insjuknar vid 65 års ålder, men 10 procent är yngre än 40 år vid debuten av de motoriska symtomen. Både MS och Parkinsons sjukdom kan leda till nedsatt funktionsförmåga, som i sin tur kan påverka en persons förmåga att utföra och vara delaktig i olika aktiviteter.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården erbjuder tillgång till ett multidisciplinärt team till personer med MS och Parkinsons sjukdom, eftersom det ökar dessa personers möjlighet att förbättra sin funktionsförmåga och få en bättre upplevd hälsa. Trots det saknar nästan var femte verksamhet helt och hållet ett team, vilket kan få negativa konsekvenser för patienterna [48].

En kontinuerlig uppföljning är viktigt för en god vård av personer med MS respektive Parkinsons sjukdom. Socialstyrelsen rekommenderar att personer med MS ska erbjudas återkommande undersökningar, minst en gång om året, hos en läkare med betydande erfarenhet av MS. För uppföljning av personer med Parkinsons sjukdom är rekommendationen att uppföljningsbesök bör ske minst två gånger per år.

Det är drygt 60 procent av alla personer med MS som har haft ett besök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året. Andelen är störst i Västerbotten (79 procent), och minst i Norrbotten (48 procent). Andelen personer med Parkinsons sjukdom som har haft ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året är ännu mindre – 58 procent. Störst är andelen på Gotland (67 procent) och minst i Jämtland (46 procent). Inget landsting är i närheten av den nationella målnivån på 90 procent, som fastställts av Socialstyrelsen.

Resultaten i utvärderingen tyder på att det finns stora brister i uppföljningen av personer med MS och Parkinsons sjukdom. Det är endast omkring 60 procent av de som har en MS- eller Parkinsonsdiagnos i patientregistret som har haft ett besök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året. Bland personer under 65 år är det nästan 80 procent som haft ett besök

inom specialistvården under det senaste året, medan motsvarande andel bland personer äldre än 85 år är knappt 30 procent. Även om det kan finnas goda skäl till detta, till exempel att yngre personer är i en mer aktiv fas av sjukdomen, tycks skillnaderna mellan åldersgrupperna vara omotiverat stora. Vidare är det mer vanligt att högutbildade än lågutbildade följs upp.

Utvärderingen visar att landstingen är olika bra på att uppmärksamma demenssymtom hos personer med Parkinsons sjukdom. Andelen i Parkinsonpopulationen som får diagnosen Parkinsondemens varierar mellan 2 och 19 procent. Det är dessutom mycket stora skillnader i hur stor andel av Parkinsonpatienterna som behandlas med demensläkemedel, vilket också är en indikation på hur bra man är på att identifiera demenssymtom hos patienterna. Socialstyrelsen bedömer att många landsting bör arbeta mer aktivt för att uppmärksamma demensproblematik hos Parkinsonpatienter. Detta gäller framförallt de landsting som har en liten andel personer med diagnosen Parkinsondemens, och som förskriver demensläkemedel i begränsad omfattning.

Revidering av Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Det kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Det går inte att bota en demenssjukdom, utan syftet med hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika skeden. Övergripande för vård och omsorg vid demenssjukdom är att den behöver ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

En remissversion av Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom publicerades den 23 november 2016 [49]. De övergripande avgränsningarna i riktlinjerna är desamma som vid riktlinjerna som publicerades 2010 [50]. De reviderade riktlinjerna har dock ett tydligare styr- och ledningsperspektiv med fokus på att vägleda riktlinjernas primära mottagare. De primära mottagarna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. I övrigt utgår riktlinjerna i huvudsak från hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens aktuella behov av vägledning. Riktlinjerna omfattar områden samt åtgärder där det finns stora praxisskillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort.

I remissversionen 2016 finns 73 olika rekommendationer om åtgärder som berör utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rekommendationerna är tänkta att påverka resursfördelningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

Rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De ökade kostnaderna förväntas vara bestående även på lång sikt, eftersom de rekommenderade åtgärderna ofta medför ett ökat resursbehov. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

En del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Socialstyrelsen har tagit fram 21 preliminära nationella indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård och omsorg.

Tvångs- och begränsningsåtgärder kan undvikas och förebyggas

I förra årets lägesrapport konstaterades att tvångs- och begränsningsåtgärder alltfjämt förekommer inom vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsens arbete under 2016 har koncentrerats till att ge stöd till verksamheterna om hur tvång och begränsningar kan förebyggas och undvikas. I början av året publicerades temat Tvång- och begränsningar på Kunskapsguiden.se. Där finns kunskapsstöd samlat från Socialstyrelsen, IVO, Myndigheten för delaktighet samt Svenskt demenscentrum. Temat förmedlar kunskap inom följande områden:

- Vad är en tvångs- och begränsningsåtgärd?
- Varför är dessa åtgärder dåliga?
- Vad är en skyddsåtgärd?
- Stöd i att förebygga tvång och begränsningar på verksamhetsnivå
- Stöd i att förebygga tvång och begränsningar på individnivå
- Lärande exempel

Parallellt med detta har Svenskt demenscentrum lanserat utbildningsmaterialet *Nollvision – mot en demensvård utan tvång och begränsningar* [51]. Mer om utbildningsmaterialet finns i avsnittet ”Flera utbildningssatsningar under 2016”.

En lyckad kompetenssatsning

Socialstyrelsen har utformat och upphandlat en nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer. Syftet med regeringens satsning på en sådan utbildning var att stärka ledningskompetensen inom äldreomsorgens verksamheter. Ledarskapsutbildningen omfattade 30 högskolepoäng och var delvis webbaserad [52].

Under de två och ett halvt år, 2013–2015, som satsningen pågick genomfördes två utbildningsomgångar. Sammanlagt 924 enhetschefer och arbetsledare från 209 kommuner gick igenom utbildningen med intyg eller högskolepoäng. Kursutvärderingar gjordes genom enkäter och intervjuer och visade att utbildningen av det stora flertalet hade uppfattats som relevant och bra i sin helhet. De flesta kunde också rekommendera den till andra.

Utbildningen genomfördes vid tre lärosäten. Efter att satsningen avslutats finns en fortsatt efterfrågan på utbildningen och de tre lärosätena har den nu antingen i sitt reguljära utbud eller erbjuder den som uppdragsutbildning.

Flera utbildningssatsningar under 2016

Under det senaste året har flera utbildningssatsningar som berör äldreområdet gjorts. Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet har gemensamt producerat webbutbildningen *Etik och integritet vid införande av välfärdsteknik*. Webbutbildningen är en fristående fortsättning på utbildningen *E-hälsa och välfärdsteknik i socialtjänsten* och finns nu tillgänglig via Kunskapsguiden och på Socialstyrelsens webbplats. Den är uppbyggd kring filmer där experter och representanter som arbetar med dessa frågor intervjuas. Syftet med utbildningen är att ge stöd i diskussioner och arbetet med etik och integritet när välfärdsteknik införs i verksamheten.

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. Under 2015 lanserades utbildningspaketet *Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar* [51]. Arbetet med att aktivt kunna verka för en demensvård utan tvång och begränsningar fortsatte även under 2016. Drygt 500 nollvisionsambassadörer har utbildats. Deltagarna får handboken *Nollvision* och ett USB-minne med en mängd dokument och filmer som kan vara till hjälp i deras i implementeringsarbete. Vidare lanserades i februari den webbaserade utbildningen *Mötas i musik – musik som omvårdnad i demensvården*. Utbildningen tar upp hur musik kan användas i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Webbutbildningen bygger på ett samarbete mellan FoU Nordost och SDC. Målgruppen är främst personal på äldreboenden, dagverksamheter och hemtjänst. I oktober 2016 hade 2 175 personer slutfört den webbaserade utbildningen. Ytterligare 1 491 personer hade påbörjat men ännu inte avslutat utbildningen. SDC har tillsammans med Myndigheten för delaktighet också tagit fram ett kunskapsmaterial till dagligvaruhandeln och allmänheten *Det ska vara lätt att handla*. Kunskapsmaterialet ska hjälpa butiker att göra det lättare för personer med demenssjukdom att handla.

Säker vård och omsorg

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

Från samverkan till samordnad vård och omsorg

Äldre personer som har omfattande behov av såväl vård som omsorg erbjuds i för låg grad en samordnad vård och omsorg som är anpassad utifrån deras samlade behov [53, 54]. Samordnad vård och omsorg för målgruppen mest sjuka äldre ställer krav på att en rad aktörer är involverade i en vård- och omsorgsprocess som ständigt ska kunna anpassas utifrån den äldres behov och förväntningar, men också utifrån den samlade livssituationen.

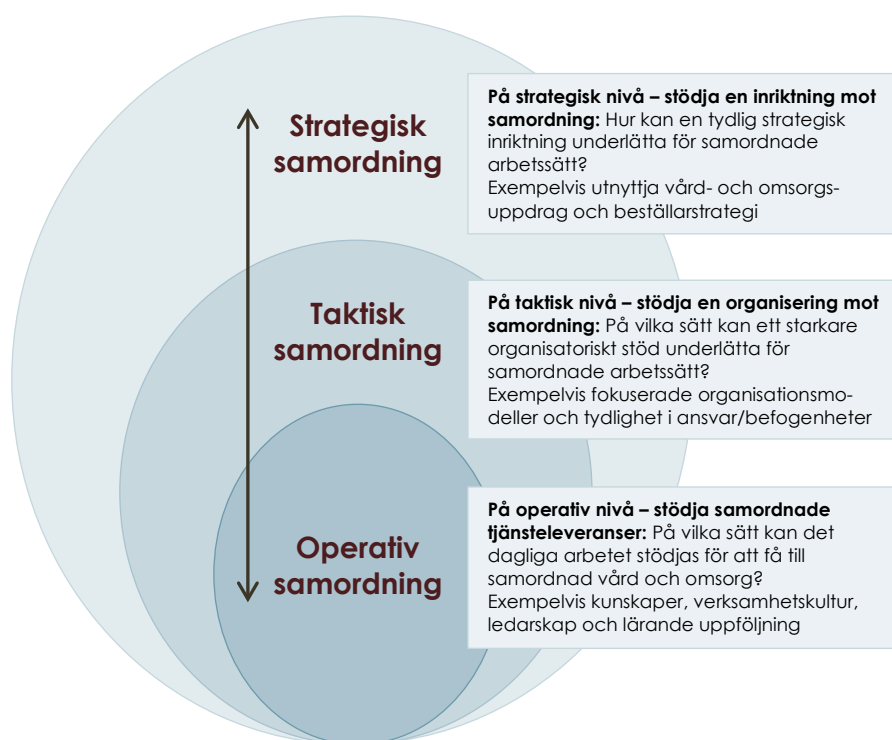
Utveckling av vård och omsorg för äldre personer med omfattande behov sker i ett sammanhang där olika styrsystem möts och där det finns en rad styrsignaler på olika nivåer att förhålla sig till. Det är styrsignaler på nationell nivå samt på strategisk, taktisk och operativ nivå för olika huvudmän men också inom en och samma organisation, exempelvis kommun eller landsting. Samverkan sker ofta på ett övergripande plan men har inte alltid någon konkret betydelse för den vård och omsorg som erbjuds den äldre personen. I andra fall sker konkret samarbete runt den äldre men då ofta i projektform eller avgränsat antingen vad gäller innehåll i vården och omsorgen, eller organisatoriskt avgränsat, så att inte alla involverade aktörer deltar. För att bättre förstå varför samordningen är svår att få till i praktiken har Socialstyrelsen genomfört fallstudier i fyra områden där landsting, regioner och kommuner i samverkan driver ett intensivt utvecklingsarbete inom vård och omsorg för äldre personer med omfattande behov¹¹.

Karaktären på utvecklingsarbetet i de fyra fallstudieområdena skiljer sig åt, men gemensamt är ett tydligt fokus på den äldre personens behov, och att involverade vård- och omsorgsaktörer tillsammans ska kunna erbjuda samordnade insatser som möter dessa behov. Studien har genomförts ur ett systemperspektiv där en systemmodell med ett antal byggstenar har använts som stöd för kartläggning och analys.

Analysen visar att samspelet mellan den strategiska, taktiska och operativa nivån är av avgörande betydelse. För att lyckas åstadkomma en samordnad vård och omsorg på den operativa nivån behöver det finnas ett stabilt stöd för detta på strategisk och taktisk nivå.

¹¹ Region Skåne och Ängelholms kommun, erfarenheter från Hälsostaden Ängelholm; Västerbottens läns landsting och Skellefteå kommun, erfarenheter från Multi7; Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun, erfarenheter från Vårdbolaget TioHundra samt Region Gävleborg och Gävle kommun, erfarenheter från Proaktiv Hälsostyrning. Studien genomfördes tillsammans med Governo AB och finns i sin helhet på <http://governo.se/files/2016/06/fran-samverkan-till-samordnad-var-d-och-omsorg-reviderad-ver-160122.pdf>.

Figur 16. Tre nivåer av samordning som i samspel skapar förutsättningar för en samordnad vård och omsorg för mest sjuka äldre



En slutsats av fallstudierna är till exempel att det krävs tydligt formulerade vård- och omsorgsuppdrag samt beställarstrategier på den strategiska nivån, som understödjer inriktningen och på så vis bidrar till att samordnad vård och omsorg kan utvecklas, se figur 16. Först då får utförarverksamheterna det mandat och handlingsutrymme som de idag ofta saknar. Beställningar som har fokus på vilka resultat som bör uppnås för den äldre och där samordning tydliggörs som en kvalitetsfaktor, i kombination med ersättningsmodeller som stödjer samordnade och lösningsfokuserade arbetssätt, skulle kunna underlätta väsentligt. Tydlighet och stöd för samordning från strategisk och taktisk nivå, i kombination med stöd för att utgå från den äldre, snarare än från insatser, kan bidra till tilltro hos involverade aktörer till att man tillsammans kan skapa en samordnad vård och omsorg.

För att utvecklingsarbete verkligen ska leda till etablerandet av en hållbar samordnad vård och omsorg med helhetssyn på den äldre personens situation, är Socialstyrelsens bedömning att involverade aktörer behöver ha kunskap om hur var och en kan bidra till samordning för målgruppen äldre personer med omfattande behov. De behöver också ha tillit till att var och en tar sitt ansvar och har de resurser som krävs för att personal runt den äldre kan tillämpa samordnade arbetssätt.

Slutligen ska nämnas att vikten av en etablerad inriktning och en organiserande idé för verksamheterna som tydligt visar vägen framåt tycks underskattas. Att aktörer tillsammans utvecklar en inriktning bidrar, utöver

tydlighet om vad som ska uppnås, också till kunskap om varandras verksamheter och tillit till att alla vill bidra till samordning. Studien visar att en stark inriktning kan ge stöd för hållbar utveckling medan en svag inriktning kan vara förklaringen till att utvecklingsarbete går över till ”projektdöden”.

En utmaning att samordna insatser

En av de stora utmaningarna för hälso- och sjukvård och socialtjänst är att samordna insatserna för den enskilde. Fallstudierna som presenterades i föregående avsnitt visade bland annat hur viktig samordning på strategisk och taktisk nivå är för den personcentrerade vården och omsorgen på individnivå. Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) konstaterar att integreringen av olika insatser från olika verksamheter är otillräcklig när det gäller vården och omsorgen om äldre personer med omfattande behov [55]. En personcentrerad vård och omsorg utgår från den enskildes behov. Ofta innebär det behov av insatser av ett multiprofessionellt team och organisatoriska förutsättningar för en sammanhållen eller samordnad hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Den växande gruppen av patienter och brukare med flera komplexa och sammanhängande behov ställer nya krav på vården och omsorgen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i sin rapport *Samordnad vård och omsorg* att behovet av samordning kommer att öka, främst på grund av den växande gruppen patienter och brukare med komplexa behov [53]. Det framgår också att det saknas tillräckliga förutsättningar för personalen inom vården och omsorgen att arbeta samordnat samt att det saknas en gemensam syn på vad samordnad vård och omsorg innebär för patienter och brukare. I hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ställs tydliga krav på samordning och kontinuitet, men det preciseras inte vad samordnad vård och omsorg innebär specifikt.

Socialstyrelsen publicerar i öppna jämförelser en rad uppgifter som beskriver hur olika team och organisationer samarbetar [46]. I tabellen nedan presenteras några exempel som behandlar tillstånd som kräver insatser av flera olika yrkesgrupper över organisationsgränserna. Kommentarer av typen ”Demensteam är ett landstingsansvar” i enkätundersökningarna tyder på att det återstår en hel del att göra när det gäller att åstadkomma en samverkande organisation. Positiva kommentarer förekommer också: ”Omsorgsförvaltningen har startat ett projekt för hemrehabilitering där ett multiprofessionellt team finns kring den enskilde”, vilket tyder på att siktet är inställt på en organisation som stödjer samverkan och i förlängningen en personcentrerad vård och omsorg.

Tabell 14. Olika behov som kräver insatser av flera olika yrkesgrupper över organisationsgränserna

Indikator	Resultat %	Datakälla
Andel hemtjänstenheter med aktuell rutin vid misstanke om att den enskilde är undernärld eller felnärld	70	Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2016
Andel personer i ordinärt boende (hemsjukvård) med riskförebyggande åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa	35	Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. Socialstyrelsen och SKL 2015
Andel kommuner som erbjuder vård och omsorg av multiprofessionella demensteam i ordinärt boende till personer med demenssjukdom	53	Kommunundersökningen, Öppna jämförelser 2016. Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

Källa: Öppna jämförelser av äldreomsorg och hemsjukvård [46].

Samordnad individuell plan

SKL har under 2016 tagit fram en skrift om samordnad individuell plan för äldre (SIP) [56]. Den kan ses som ett verktyg för samverkan när vården och omsorgen av en äldre person involverar flera verksamheter samtidigt. SIP gör det tydligt för den äldre personen själv, för närstående och för personalen vem som ansvarar för vad. I skriften beskrivs bland annat fördelarna med SIP, hur det går till att ta fram en SIP, vad lagen säger om SIP och hur eventuell oenighet bör hanteras om de som medverkar i upprättandet av planen inte kan komma överens.

Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum

Individens behov i centrum, IBIC, är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum (ÄBIC). Från september 2016 omfattar IBIC alla vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning som behöver stöd i den dagliga livsföringen utifrån socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. IBIC är ett behovsriktat arbetssätt med dokumentation utifrån ICF¹² av individens behov, resurser, mål, resultat och måluppfyllelse [57, 58]. Den ger även ett stöd i samtal med anhöriga för att beskriva deras situation och behov av stöd. Det övergripande målet är att vuxna personer i hela landet får stöd och hjälp av god kvalitet utifrån sina individuella behov.

Från starten 2013 fram till september 2016 då IBIC lanserades har 275 kommuner samt ett antal privata utförare genom Socialstyrelsen utbildat drygt tusen processledare för ÄBIC och flertalet kommuner har påbörjat förändringsarbetet, även om det varierar hur långt de har kommit. Idag finns ett tjugotal regionala eller lokala nätverk med syfte att stödja kommunerna att förändra sitt arbetssätt.

I början av 2016 hade 98 kommuner påbörjat införandet av ÄBIC [59]. 75 av kommunerna använder ÄBIC helt eller delvis vid utredningar av behov inför beslut om särskilt boende och 44 helt eller delvis vid uppföljning av

¹² Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

beslutade insatser i denna boendeform. När det gäller användningen av ÅBIC i ordinärt boende använder 80 av kommuner modellen helt eller delvis för utredningar av behov och 62 helt eller delvis vid uppföljning av beslutade insatser

Systematisk uppföljning på gruppnivå

Systematisk uppföljning handlar om att följa upp genomförda insatser för att ta reda på om de har varit till nytta för individen. En sammanställning av uppföljningen på gruppnivå ger underlag för verksamheternas behov av utveckling. När uppgifter från till exempel biståndshandläggarnas uppföljningar av beslut eller resultat från olika kvalitetsregister sammanställs på gruppnivå går det att få kunskap om hur verksamheten fungerar och vad som behöver utvecklas. Med hjälp av ett tydligt resultat av det egna arbetet, kan chefer och medarbetare inspireras och motiveras till förändringsarbeten med ett gemensamt mål i sikte.

Det är dock få kommuner som arbetar med systematisk uppföljning och sammanställer resultaten på gruppnivå, för att använda dem för verksamhetsutveckling. Kommunerna anger att systematisk uppföljning tillämpas i låg utsträckning, sju procent i ordinärt boende och sex procent i permanent särskilt boende. Få kommuner har sammanställt resultaten uppdelat på kön, två procent har sammanställt resultaten i både ordinärt och permanent särskilt boende [46].

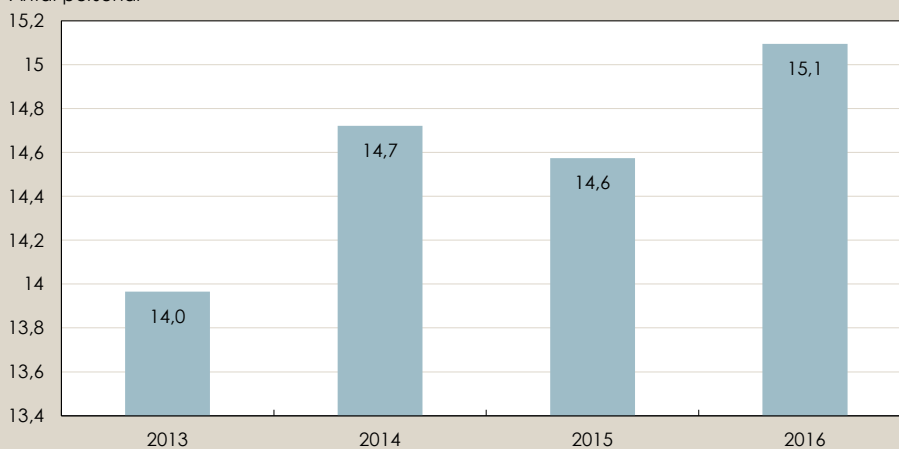
Personalkontinuitet i hemtjänsten

Antalet äldre som bor kvar hemma ökar, därför blir behovet av en väl fungerande hemtjänst allt viktigare. Några viktiga faktorer som påverkar kvaliteten av hemtjänsten är att mottagaren av omsorgen känner personen som kommer och vet vem det är samt personalkontinuitet [60]. Personalkontinuitet i hemtjänsten kan beskrivas genom måttet på antal olika hemtjänstpersonal som hjälper den äldre personen under 14 dagar. Uppgifterna mäter personer med behov av minst två insatser under tiden 07.00–22.00 veckans alla dagar [61]. Antalet personal har sedan 2013 ökat med drygt en person i medeltal och ligger på 15 personer, se figur 17.

Figur 17. Antal hemtjänstpersonal som hjälper den äldre personen

Samtliga rapporterade kommuner 2013–2016. Medeltal.

Antal personal



Källa: www.kolada.se, RKA. Hämtat 20161125.

Sorsele kommun rapporterade att personer med hemtjänst träffade i medeltal sju olika personer i arbetsgruppen under en 14-dagarsperiod, hösten 2016. I Habo kommun träffade äldre personer i medeltal 26 olika personer ifrån hemtjänsten under samma period.

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är vanliga vårdskador och är ofta allvarliga till sin natur. En VRI definieras som: ”varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården” [62]. För att stödja arbetet med att förebygga VRI görs återkommande nationella mätningar – Svenska HALT¹³ – i särskilt boende. Syftet med Svenska HALT är även att utveckla en rationell antibiotikaanvändning inom särskilt boende [63]. En rationell antibiotikabehandling är viktigt för att minska spridning och uppkomst av resistent bakterier. I HALT-mätningen definieras VRI som ”infektion som ska ha förvärvats på det särskilda boendet. Debut av symtom ska ha börjat senare än 48 timmar efter inflytt eller återinflytt på enheten. Alla symtom måste vara nya eller har akut försämrats”.

De nationella mätningarna startade 2014 och har nu genomförts tre gånger. Mätningarna koordineras av Folkhälsomyndigheten och genomförs sedan 2015 i samarbete med kvalitetsregistret Senior alert. Nedan presenteras resultat från mätningen 2015 och resultat från 2014 anges inom parentes.

¹³ Healthcare-associated infections and Antimicrobial use in Long-Term care facilities.

I mätningen, som genomfördes hösten 2015, deltog 105 kommuner (53) med totalt 13 406 personer (8 336) fördelat på 1 023 enheter¹⁴. Två tredjedelar av äldre på SÄBO¹⁵ var kvinnor och andelen över 85 år var 61 procent. Flest deltog från enhetstypen ”Allmän vård och omsorg” med 9 012 personer i 100 kommuner.

I särskilt boende hade 2,2 procent (3,4) av alla äldre en vårdrelaterad infektion, kvinnor 1,9 procent och män 2,7 procent. De två vanligaste infektionerna var hud- och mjukdelsinfektion och urinvägsinfektion. På särskilt boendet hade 2,9 procent (3,1) en antibiotikabehandling¹⁶. Vanligaste orsakerna till antibiotikabehandling var hud- och mjukdelsinfektion och urinvägsinfektion.

Sår och urinkateter var de vanligaste riskfaktorerna hos de inkluderade personerna. Korttidsboende var den enhetstyp där flest inkluderade personer hade riskfaktorer. Det sågs tydliga samband mellan riskfaktorer och risken att personen hade en VRI eller antibiotikabehandling. Det är därför av största vikt att arbeta förebyggande vilket omfattar att minska förekomsten av riskfaktorer i den mån det är möjligt, följa kläd- och hygienregler, följa rutiner för skötsel av exempelvis katetrar och sår samt följa behandlingsrekommendationer för antibiotika när sådan behandling är nödvändig.

För både VRI och antibiotikabehandling sågs skillnader i prevalens mellan kommunerna (0–14 procent respektive 0–13 procent). Skillnaderna i prevalens kan förklaras med antalet deltagande personer samt fördelningen av enhetstyper. Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående kommun.

Den tredje Svenska HALT mätningen genomfördes i november 2016. Sammanlagt deltog 129 kommuner med totalt 1601 registrerande enheter och 18 613 vårdtagare. Resultaten från mätningen publiceras på Folkhälsomyndighetens webbplats under första kvartalet 2017.

Basala hygienrutiner och klädregler omfattar fler verksamheter

Det finns många olika orsaker till att en vårdrelaterad infektion uppstår. En orsak är att infektioner kan överföras till den äldre via personalens händer och kläder. En viktig insats för att undvika såväl VRI som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att all vård- och omsorgspersonal, som har kontakt med den äldre alltid följer basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Från och med den 1 januari 2016 gäller samma hygien- och klädregler inom sjukvården, vid arbete inom hemtjänsten, särskilda boenden och vissa LSS-boenden [64].

SKL genomför årligen nationella punktprevalensmätningar (PPM) av personalens följsamhet till hygien- och klädregler. Samtliga verksamheter

¹⁴ HALT: Antalet 13406 omfattar även LSS, dvs. 88 personer som är under 65 år gamla. Indelningen baseras på den organisationsindelning som verksamheten hade i Senior alert. Registrerande enhet kunde vara en avdelning, ett våningsplan på ett SÄBO eller hela det särskilda boendet (LSS boende).

¹⁵ I SÄBO ingår enhetstyperna: Allmän vård och omsorg, Demens, Korttid och Psykiatri.

¹⁶ Exklusive metenamin.

inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg i landsting, regioner och kommuner inbjuds att delta. Mätningen genomförs en bestämd tidpunkt på våren och baseras på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg.

För att mäta hur hygienrutiner och klädregler följs observerar och registrerar en person vård- och omsorgspersonalen i vårdsituationen. Observationen av basala hygienrutiner gäller handdesinfektion före och efter patientnära arbete, användning av handskar och handdesinfektion i anslutning till det samt användning av plastförkläde eller patientbunden skyddsrock. Mätningen av klädregler gäller användning av kortärmad arbetsdräkt, frånvaro av ringar, klockor och armband på händer och underarmar, kortklippta naglar fria från konstgjorda material och kort eller uppsatt hår.

Nedan presenteras resultat från mätningen 2016 och resultat från 2015 anges inom parentes.

Högre följsamhet till klädregler än till hygienrutiner

Det var 63 kommuner som deltog i PPM-BHK 2016 (47) och antalet observationer var 7 279 (5 443), vilket är en positiv utveckling vad gäller deltagandet. Resultaten från de kommuner som deltog visar 51,3 procent (53,3)¹⁷ följsamhet till alla åtta steg som ingår i mätningen. Andelen korrekta klädregler är 82 procent (85,7)¹⁸ och andelen korrekta hygienrutiner 59,6 procent (59,1). Det går inte att dra generella slutsatser av resultatet på grund av osäkerhet i data, eftersom endast en dryg femtedel av landets kommuner deltog i mätningen och antalet observationer per kommun varierade stort (6–638).

PPM-BHK i kommunerna har genomförts sedan hösten 2010, men utvecklingen över tid kan inte redovisas på grund av att antalet deltagande kommuner i samtliga mätningar har varit lågt.

Äldres behov tillgodoses inte alltid

Under år 2015 avgjorde IVO runt 600 klagomålsärenden inom äldreomsorgen [65]. Besluten berörde främst omsorg och omvårdnad och IVO riktade kritik i omkring vart fjärde klagomål. Inom äldreomsorgen lyfter IVO i sin tillsynsrapport fram följande iakttagelser:

- Brister i samverkan och informationsöverföring kan få allvarliga konsekvenser för de äldre.
- Verksamheterna har inte alltid den kompetens som behövs.
- Den enskildes rätt att ansöka om bistånd begränsas.
- Den enskildes möjligheter att påverka biståndets utförande är begränsad.

Anmälda händelser enligt lex Maria och lex Sarah

Det är viktigt att både äldre som får insatser samt personalen i verksamheten kan uppmärksamma brister och framföra klagomål. Dessutom är det angeläget att kommunerna själva gör anmälningar om brister uppmärksammas.

¹⁷ PPM-BHK 2016 omfattar observation av åtta steg. Observationerna 2015 och tidigare omfattade sju steg.

¹⁸ PPM-BHK 2016: klädreglerna omfattar observation av fyra steg. Observationerna 2015 omfattade tre steg.

Detta är viktigt för att verksamheterna ska förstå orsaken bakom brister så att dessa inte behöver uppstå igen.

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). Vårdgivare ansvarar 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 2011:9).

I tabell 15 redovisas antal beslut utifrån anmälningar enligt lex Maria, fördelat på verksamhetstyp inom äldreomsorgen år 2015. Sammantaget fattade IVO 299 beslut enligt lex Maria inom äldreomsorgen och vanligast var beslut som gällde särskilt boende, totalt 239 stycken.

Tabell 15. Antal beslut enligt lex Maria

Antal beslut enligt lex Maria, fördelat på verksamhetstyp inom äldreomsorgen, år 2015.

Verksamhetstyp	Antal anmälningar
Dagverksamhet	1
Hemtjänst	23
Korttidsboende	28
Särskilt boende	239
Övrigt	8

Källa: IVO.

Beslut enligt lex Maria kan delas upp på vad besluten avsåg, och det redovisas i tabell 16. Det totala antalet var 390 och orsaken till att antalet är högre än i tabell 15 är att ett beslut kan beröra mer än ett område. Vanligast var läkemedelshantering där 106 beslut fattades. Det var även vanligt med beslut om vård och behandling (67 stycken) samt fall/fallskada (50 stycken).

Tabell 16. Antal lex Maria-beslut, avseende vad beslutet avsåg, år 2015

Område för beslut	Antal
Läkemedelshantering	106
Vård och behandling	67
Fall/fallskada	50
Omsorg/omvårdnad	30
Självmoder – Fullbordat, försök och misstänkt	28
Informationsöverföring	22

Område för beslut	Antal
Samverkan	17
Övrigt/Uppgift saknas	14
Dokumentation	10
Medicinteknisk produkt	9
Diagnostisering	8
Förväxling	7
Vårdhygien	5
Tillsyn/övervakning	4
Uppföljning	4
Informationssäkerhet	3
Prioritering, provtagning, provhantering och remisshantering	3
Nedsvalt/inhalerat objekt	2
Vårdrelaterade infektioner	1

Källa: IVO.

Det finns även beslut utifrån anmälningar enligt lex Maria inom hemsjukvården i ordinärt boende. Dock är inte materialet uppdelat på ålder, men merparten av de boende är över 65 år och sammantaget togs 116 beslut inom hemsjukvården i ordinärt boende år 2015. Det var vanligast att beslut avsåg läkemedelsbehandling (57 stycken) eller vård och behandling (34 stycken). Mer information finns på IVO:s webbplats¹⁹.

Lex Sarah

I tabell 17 redovisas antal anmälningar enligt lex Sarah under 2015. 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).

Totalt fattade IVO 594 beslut inom äldreomsorgen år 2015 utifrån lex Sarah. Vanligast var det att beslut utifrån anmälningar fattades inom särskilt boende (319 stycken) samt inom hemtjänsten (232 stycken), vilket framgår av tabell 17.

¹⁹ <http://www.ivo.se/>

Tabell 17. Antal lex Sarah-beslut inom äldreomsorgen

Antal lex Sarah-beslut inom äldreomsorgen fördelat efter verksamhetstyp, år 2015.

Verksamhetstyp	Antal anmälningar
Hemtjänst	232
Korttidsboende	24
Myndighetsutövning	4
Särskilt boende	319
Övriga individuella insatser	6
Övrigt	9

Källa: IVO.

De vanligaste besluten handlade om att beviljad insats inte utförts (178 stycken) eller att beviljad insats hade utförts felaktigt (173 stycken), vilket framgår av tabell 18. Sammantaget redovisade IVO 666 beslut utifrån lex Sarah år 2015. Precis som för redovisningen av lex Maria kan ett beslut delas upp på fler än en post beroende på vad beslutet avser.

Tabell 18. Antal lex Sarah-beslut inom äldreomsorgen, avseende vad beslutet avsåg, år 2015

Beslutsområde	Antal
Beviljad insats inte utförd	178
Beviljad insats felaktigt utförd	173
Bemötande	58
Övrigt/Uppgift saknas	56
Ekonomiskt övergrepp	47
Fysiskt våld/övergrepp personal	35
Fysisk miljö	34
Psykiskt övergrepp/kränkning	28
Fysiskt våld/övergrepp medboende	24
Rättssäkerhet	12
Insats mot enskilds vilja/inläsning/tvångsåtgärder	11
Sexuellt övergrepp medboende	7
Sexuellt övergrepp personal	3

Källa: IVO.

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 vården och omsorgen är för personer 65 år eller äldre.

Brister i rapporteringen om äldres tandhälsa och nödvändig tandvård

Sedan den 1 januari 2013 ska vårdgivare lämna uppgifter till Socialstyrelsen om tandhälsa och utförd tandvård på patienter som får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt för nödvändig tandvård.

Socialstyrelsen har utfört en validering av de uppgifter som vårdgivarna rapporterar [66]. Inom gruppen som får nödvändig tandvård finns många äldre som bor på särskilt boende. Resultatet av valideringen visar på stora brister i denna rapportering och många patienter, framför allt inom gruppen som får nödvändig tandvård, har över huvud taget inte rapporterats in till tandhälsoregistret.

Slutsatsen är att den del av tandhälsoregistret som innehåller uppgifter om tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift inte håller tillräckligt god kvalitet för att kunna användas till statistik, utvärderingar eller forskning. Därmed saknas också till stor del uppgifter om äldres tandhälsa och vilken tandvård äldre i Sverige får.

Översyn av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

År 2013 infördes två nya tandvårdsstöd. Det ena var ett särskilt tandvårdsbidrag (STB), som är en del av det statliga tandvårdsstödet. Det andra var tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, som är en del av landstingens tandvårdsstöd till hälso- och sjukvårdsavgift.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys slog i en rapport 2015 fast att tandvårdsstöden inte når äldre i tillräcklig omfattning och uppskattade att endast en liten andel av äldre personer som beräknades vara berättigade till särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning tog del av dessa stöd år 2013–2014. Orsakerna till detta går bland annat att finna i ett bristande genomslag för de tandvårdsstöd som infördes 2013, och kan enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys delvis förklaras av begränsad kännedom och kunskap om stöden både i befolkningen och bland vårdgivare. Även genomslaget för så kallad uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är varierande och begränsad. Orsaken till detta kan enligt rapporten vara att regelverket uppfattas som otydligt av landsting och vårdgivare, vilket skapar ett stort tolkningsutrymme och fram

för allt drabbar de äldre som bor kvar hemma. Otydligheten leder också till variationer över landet och studien visade på att det saknas en sammanhållen nationell kunskapsstyrning för äldres munhälsa och tandvård, vilket ökar risken för att äldre inte får den tandvård de behöver. Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att under åren 2016–2018 genomföra en samlad utvärdering på nationell nivå av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tandvårdsbidraget samt lämna förslag på eventuella förbättringar. Uppdraget ska delredovisas senast den 31 maj 2017 och slutredovisas till Regeringskansliet senast den 31 december 2018.

Höjt tandvårdsbidrag för personer över 65 år

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) är en del av det statliga tandvårdsstödet för vuxna och syftar till att stimulera till regelbunden och förebyggande tandvård. Sedan införandet av det statliga tandvårdsstödet 2008 har ATB uppgått till 300 kronor per år för personer 20–29 år och för personer 75 år eller äldre. För personer mellan 30 och 74 år uppgick ATB till 150 kronor per år.

I utredningen *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter* (SOU 2015:76) beskrivs att personer i åldersgruppen 65–74 år har störst behov av tandvård och högst tandvårdskostnader av alla åldersgrupper. Med utgångspunkt i detta höjs ATB år 2017 (1 juli 2017) till 300 kronor även för personer i åldersgruppen 65–74 år.

Minoritetsspråk i äldreomsorgen

Sverige har fem officiella minoritetsspråk: finska, jiddisch, meänkieli (tornedalsfinska), romani chib och samiska. För finska, meänkieli och samiska finns ett antal kommuner utsedda som särskilda förvaltningsområden enligt 6 och 8 § lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Förvaltningsområdena för meänkieli omfattar sex kommuner, de samiska 19 och de finska 59. Här har enskilda personer en utökad rätt till vård och omsorg på det egna språket. Enligt 5 kap 6 § SoL ska kommunen verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i vården och omsorgen om äldre människor.

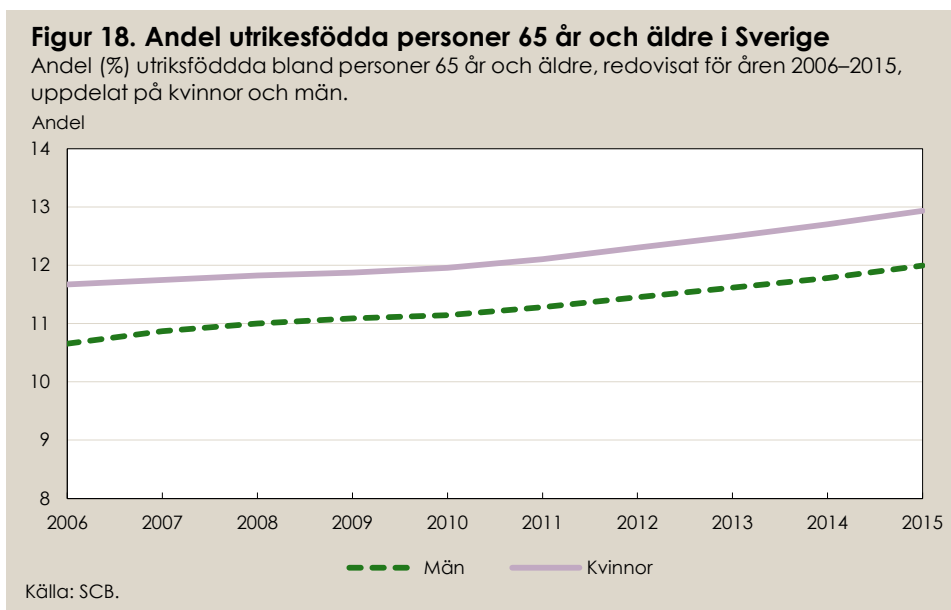
Samer, sverigefinnar och tornedalingar ska enligt lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk kunna få hela eller delar av äldreomsorgen av personal som pratar samiska, meänkieli eller finska om de så begär. De har också rätt att ta kontakt med myndigheter muntligen och skriftligen på sina minoritetsspråk. Detta gäller i så kallade förvaltningsområden.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen därför översatt skriften *Din rätt till vård och omsorg – en vägvisare för äldre* till finska, nordsamiska, lulesamiska samt meänkieli. En viss uppdatering av skriften har gjorts och informationen om nationella minoriteters rättigheter har utökats. Information om att skriften har översatts och uppdaterats har spridits till kommuner, civila organisationer m.fl.

Våren 2016 rapporterade samtliga sex kommuner i förvaltningsområdet för meänkieli att de kan erbjuda vård och omsorg utförd av personal som talar detta språk i både hemtjänst och särskilt boende [25]. För kommunerna inom de samiska förvaltningsområdena är läget inte lika gott. Här är det 11 av 19 kommuner som har samisk-talande personal i särskilt boende, och endast nio kommuner kan erbjuda detta i hemtjänsten. Finska förekommer oftare. Det var bara en kommun som rapporterade att de inte hade möjlighet att erbjuda vård och omsorg av personal som talar finska i hemtjänst, och en annan kommun rapporterade samma sak i särskilt boende. En kommun i det finska förvaltningsområdet, Karlskoga, deltog inte i undersökningen.

Andelen utrikesfödda äldre ökar

I figur 18 redovisar Socialstyrelsen utvecklingen av andelen utrikesfödda kvinnor och män 65 år eller äldre. Mellan 2006 och 2015 har det skett en kontinuerlig ökning. Andelen kvinnor i gruppen har ökat från 11,7 procent till nästan 13 procent år 2015. Bland män 65 år eller äldre har andelen ökat från 10,7 till 12 procent år 2015.



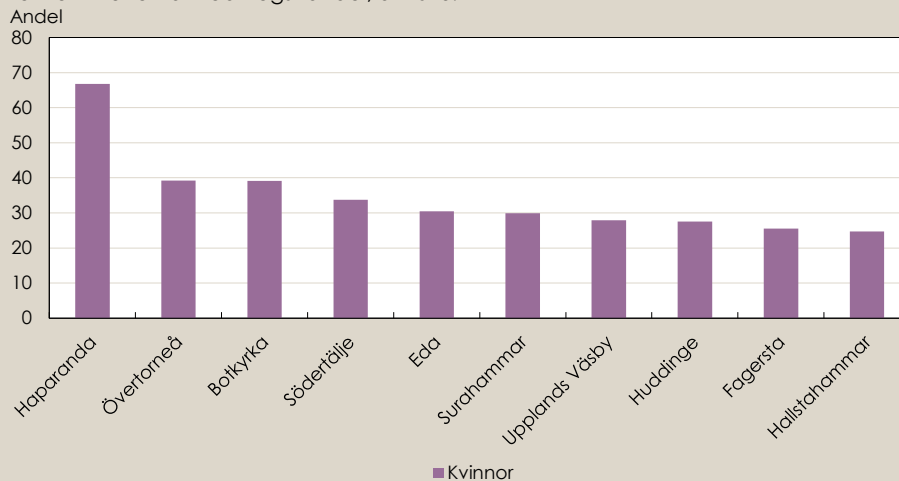
I befolkningen i stort är 17 procent idag födda utomlands och prognosen för år 2060 är att 22 procent, vilket ungefär blir tre miljoner personer, kommer att vara födda utanför Sverige [67]. Äldreomsorgen och hälso- och sjukvården behöver bland annat tillgodose invånarnas behov av information, oavsett födelseland och kunskaper i det svenska språket.

Stora skillnader i andel utrikesfödda äldre mellan kommunerna

I figur 19 redovisas de tio kommuner som har högst andel utrikesfödda kvinnor 65 år eller äldre. Haparanda har där en särställning eftersom nästan 67 procent av kvinnorna 65 år eller äldre är utrikesfödda.

Figur 19. Andel kvinnor ≥ 65 år i befolkningen med utländsk bakgrund

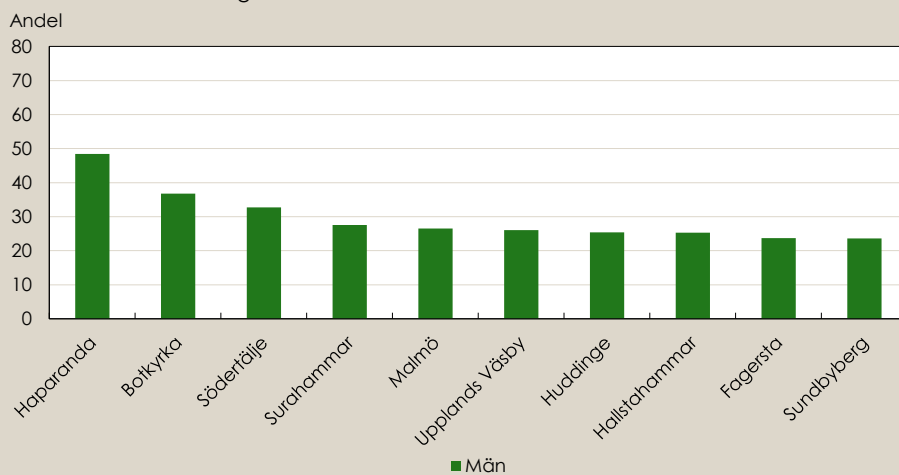
Andel (%) av kvinnor 65 år eller äldre i befolkningen med utländsk bakgrund, redovisat för kommunerna med högst andel, år 2015.



Haparanda är även en kommun med störst andel män 65 år eller äldre som är utrikesfödda. Drygt 48 procent av dessa män är utrikesfödda, vilket framgår av figur 20. Skillnaden mellan andelen utrikesfödda män i Haparanda och övriga kommuner är dock mindre än bland utrikesfödda kvinnor.

Figur 20. Andel män ≥ 65 år i befolkningen med utländsk bakgrund

Andel (%) av män 65 år eller äldre i befolkningen med utländsk bakgrund, redovisat för kommunerna med högst andel, år 2015.



Flera av kommunerna med högst andel utrikesfödda män och kvinnor, 65 år eller äldre, ingår i Sveriges förvaltningsområden för minoritetsspråk. Exempelvis ingår Södertälje, Haparanda och Fagersta i det finska förvaltningsområdet, och Övertorneå ingår i förvaltningsområdet för meänkieli [68].

Brist på kvalificerade tolkar hotar patientsäkerhet och personlig integritet

Som beskrivits tidigare ökar andelen äldre i befolkningen som är utrikesfödda. I faktiska tal handlar det om drygt 11 000 personer äldre än 65 år som har beviljats uppehållstillstånd i Sverige av asylskäl eller andra skäl under de senaste 15 åren. Det är svårt att skatta hur många av dessa som behöver en tolk i kontakterna med myndigheter, hälso- och sjukvård eller socialtjänsten. Dock finns det skäl att anta att personer som var äldre än 65 år när de invandrade kommer att behöva tolk under en längre tid jämfört med yngre personer som invandrar till Sverige. Språklig begränsning gör att det kan brista i kommunikation mellan den äldre person och personalen, vilket kan leda till en dålig anpassad eller olämplig vård och omsorg [69, 70]. Förutsättningarna för att kunna lära sig tillräckligt god svenska för att på egen hand klara av myndighetskontakter beror till stor del på när i livet personerna har invandrat till Sverige, på tidigare studievänor och på i vilken mån de har haft möjlighet att tillägna sig språkutbildning och på andra sätt kunnat integrera sig i samhället [71]. Gruppen utrikesfödda äldre kommer således helt säkert att påverkas av den tolkbrist för hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen har kartlagt under våren 2016 [72].

Kartläggningen bekräftade tidigare signaler om att det råder stor brist på tolkar i talade språk, i synnerhet kvalificerade tolkar som är utbildade och auktoriserade. Bristen drabbar alla samhällsfunktioner som har direktkontakt med invånare som inte behärskar det svenska språket [73-80] och framförallt akutvård och akut tandvård. Därtill är samhällsfunktionerna i glesbygd drabbade i högre grad än i tätort.

Ur ett samhällsperspektiv har tillgången till kvalificerade tolktjänster stor betydelse för rättsäkerhet och integration. För hälso- och sjukvården och tandvården är tillgången till kvalificerade tolktjänster en fråga om patientsäkerhet och en förutsättning för rätt diagnostisering och adekvat behandling [80]. Brist på kvalificerade tolkar kan även leda till allvarliga konsekvenser för patienters personliga integritet och för hälso- och sjukvårdsverksamheternas och socialtjänstens effektivitet och arbetsbelastning.

Socialstyrelsens kartläggning identifierade två huvudsakliga problem:

- Det råder brist på kontakttolkar i de mest efterfrågade språken och det är särskilt ont om kvalificerade, utbildade tolkar. Därtill försvåras upphandling och avrop av tolktjänster eftersom det saknas en tydlig definition: benämningen tolk kan inrymma allt från högkvalificerade auktoriserade tolkar till personer som talar två språk och som anlitas för att tolka.
- Hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens tolkuppdrag väljs bort av tolkarna på grund av att landstingen och kommunerna erbjuder sämre villkor än andra tolkanvändare inom offentlig sektor. Bristen på tolkar har skapat en konkurrenssituation om tolkresurserna vilket har lett till att vården och omsorgen får färre kvalificerade tolkar när det behövs.

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.

Tandvårdsstödet missar äldre med låg inkomst

Den 1 juli 2008 infördes ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Högkostnadsskyddet är en del av det statliga tandvårdsstödet och innebär att patienter får en större subvention ju mer tandvård de konsumerar. I rapporten Omfördelning inom tandvårdsstödet högkostnadsskydd har myndigheten Inspektionen för socialförsäkringen analyserat om personer med högre inkomster ökar sin konsumtion av tandvård mer än de med lägre inkomst när kostnaderna för tandvård minskar genom att högkostnadsskyddet träder in [81].

En viktig observation i rapporten är att skillnaden i tandhälsa mellan personer med låg och hög inkomst är större bland dem i åldern 65–89 år jämfört med personer i åldern 35–64 år. Dessutom har äldre personer generellt sämre tandhälsa än yngre personer vilket också innebär att de i genomsnitt har ett större tandvårdsbehov. Rapporten visar också att även om högre inkomst ökar sannolikheten för att göra tandvårdsbesök så konsumerar personer med högre inkomst mindre tandvård jämfört med personer med lägre inkomster. Dessutom visar resultatet att högkostnadsskyddets utformning leder till att resurser omfördelas från individer med högre inkomst till individer med lägre inkomst, genom att personer med låga inkomster i högre utsträckning får sina tandvårdskostnader täckta genom högkostnadsskyddet. Omfördelningen sker dock främst bland yngre och minskar ju äldre personen är. I åldersgruppen 65–89 år är en ökad disponibel inkomst förknippad med en högre sannolikhet att få tandvårdskostnaderna täckta genom högkostnadsskyddet. I denna åldersgrupp minskas således omfördelningen i socialförsäkringssystemet som innebär att äldre med låg inkomst inte får del av tandvårdsstödet samtidigt som deras tandhälsa är sämre jämfört med patienter med högre inkomst.

Stöd till anhöriga

Ofta har anhöriga huvudansvaret för vården av demenssjuka personer som bor hemma. En svensk studie visar att kvinnor vårdar sina alzheimersjuka makar längre tid än vad män vårdar sina [82]. Sammanboende män med Alzheimers sjukdom vårdas 2–2,5 år kortare tid på särskilt boende jämfört med motsvarande sammanboende kvinnor. Ingen skillnad fanns mellan ensamboende män och kvinnor. Studien visar också att mängden hemtjänst och dagvård före placering på särskilt boende inte hade någon betydelse för vårdtiden på boendet.

I en nyligen publicerad avhandling från Lunds universitet undersöks ”informerade vårdare” som vårdar en person med demenssjukdom [83]. Resultatet visar bland annat att anhöriga som vårdar en äldre person med demenssjukdom upplevde att den formella vården var reaktiv i bemötandet av deras behov av stöd. Detta förhållningssätt påverkade de anhörigas redan komplexa situation och möjligheten att utvecklas i rollen som vårdare till en person med demenssjukdom med föränderligt vårdbehov genom sjukdomsförloppet. Det framkom även att den formella vården behöver vara proaktiv och ge tillgänglig vård och stöd tidigt i demenssjukdomen och stödet behöver vara individanpassat. En iakttagelse var att länder med vård och omsorgssystem baserade på nationella riktlinjer för demensvård verkade vara mer medvetna om vikten av att ge stöd till anhöriga och ha personal med specialistutbildning inom demensvården.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) publicerade under 2016 en kunskapsöversikt om vuxna anhöriga till äldre med psykisk ohälsa [84]. Utifrån resultatet kan det konstateras att äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område, liksom situationen för anhöriga till personer med psykisk ohälsa. För att öka kunskapen behövs i första hand forskning där anhöriga är delaktiga i utveckling och utvärdering av stödåtgärder. Vidare behövs utbildning och information till äldre personer, deras anhöriga och personalen inom vården och omsorgen för att öka förståelsen dels för komplexiteten vid psykisk ohälsa hos äldre, dels för vad det kan innebära för anhöriga och närstående.

Eftersom forskningen inte har fokuserat på anhöriga till äldre med psykisk ohälsa, är resultatet i Nka:s kunskapsöversikt begränsat. De internationella studier som har genomförts med målgruppen är inte överförbara till svenska förhållanden, då det finns skillnader kulturellt, socioekonomiskt eller kontextuellt, såsom hur vården och omsorgen organiseras.

Vägledning för anhörigstöd

Under 2016 uppdaterades Socialstyrelsens vägledning *Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10§ socialtjänstlagen* [85]. Bestämmelsen i socialtjänstlagen tydliggör att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som hjälper, vårdar eller stödjer en närstående. Socialstyrelsens vägledning vänder sig i första hand till kvalitetsutvecklare i kommunerna och motsvarande personer hos utförare av socialtjänst. Men även chefer och personal på olika nivåer kan använda vägledningen för att utveckla verksamhetens anhörigperspektiv och stöd till anhöriga. Vägledningen uppdaterades med anledning av ett utvecklingsarbete kring Individens behov i centrum (IBIC), som är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt för de som arbetar med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning. IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum (ÄBIC), se avsnitt ”Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum”.

Palliativ vård behöver bli bättre

År 2015 avled 91 000 personer i Sverige och av dem var 80 000 personer 65 år eller äldre. Mellan 70 000 och 75 000 personer bedöms behöva palliativ vård. De personer som vårdas i livets slutskede finns i olika vårdformer under den sista tiden av sjukdomsförloppet. Det är främst sjukdomar i cirkulationsorganen eller tumörer som anges som orsak till att döden inträffar.

Under 2016 har Socialstyrelsen genomfört en nationell utvärdering av palliativ vård i livets slutskede [86]. Utgångspunkten har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede från 2013. Utvärderingen visar att en del av rekommendationerna i kunskapsstödet har positiva resultat och trenderna tyder på en stadig förbättring, men också att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landstingen och regionerna som kommunerna.

Socialstyrelsen har i utvärderingen bland annat identifierat följande förbättringsområden för landstingen och regionerna samt kommunerna:

- Samverka för att få en gemensam syn på processen för en god palliativ vård.
- Fler patienter behöver vårdplaneras tillsammans med samtliga aktörer för att vården ska vara patientsäker.
- Erbjud utbildning till personal för att kunna ge en god palliativ vård.
- Erbjud handledning till personal.
- Öka andelen personer med behov av palliativ vård i livets slutskede som smärtskattas.
- Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få brytpunktssamtal.
- Fler verksamheter behöver tillgång till palliativa rådgivningsteam.
- Fler verksamheter behöver erbjuda stöd till närstående.

Utvärderingen lyfter också fram att fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få en munhälsobedömning. Bedömningen ger underlag för nödvändiga åtgärder, till exempel hjälp med tandborstning, att fukta munnen eller smörja läpparna. Det är de åtgärder som förekom oftast enligt kvalitetsregistret Senior alert 2015, se tabell 13.

Viktigt med stödjande organisation vid livets slut

Socialstyrelsens utvärdering visar att huvudmännen behöver säkerställa samverkan mellan kommuner och landsting. Förutsättningarna för en god vård och omsorg i livets slut är emellertid olika, beroende på om vården och omsorgen sker i särskilt eller ordinärt boende. Det visar följande uppgifter hämtade från dödsorsaksregistret.

De allra flesta personer 65 år eller äldre får någon form av kommunal insats innan bortgången. Det var bara knappt sex procent av alla som avled 2015 som inte hade någon kommunal hälso- och sjukvård eller socialtjänstinsats innan bortgången, se tabell 19. Cirka 16 000 personer (20 procent) 65 år eller äldre avled i särskilt boende 2015. En person som bor i särskilt boende kan räkna med att få vård och omsorg till döden inträffar, då det är mindre

vanligt att en person med beslut om särskilt boende dör i den slutna vården (fyra procent).

När det gäller hemsjukvård ser det annorlunda ut. Nästan åtta procent av alla personer 65 år eller äldre avled i en ordinärt boende²⁰, medan 18 procent, motsvarande 14 600 personer med hemsjukvård i ordinärt boende, avled i den slutna vården. Uppgifterna är hämtade från dödsorsaksregistret, vilket innebär att här ingår även dem som får hemsjukvård med landstinget som ansvarig utförare, se tabell 19.

Tabell 19. Boendeform och kommunala insatser vid dödsfall år 2015

Andel personer (%) i olika boendeformer med hemsjukvård respektive utan kommunala insatser av alla som avled i slutenvård respektive ordinärt boende eller särskilt boende år 2015, fördelat på ålder och kön.

Indikator	65–79 år		80 år och äldre		Totalt 65 år och äldre
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Andel som avled i särskilt boende av alla som dog i landet	7,9	6,6	30,6	20,0	20,0
Andel med beslut om särskilt boende som avled i slutenvård av alla som dog i landet	2,3	2,4	4,8	4,7	4,0
Andel med hemsjukvård som avled i ordinärt boende, av alla som dog i landet	8,6	7,4	6,8	8,1	7,6
Andel personer med hemsjukvård i ordinärt boende som avled i slutenvård, av alla som dog i landet	17,8	15,7	17,8	21,0	18,3
Andel personer utan insats enligt SoL eller kommunal hälso- och sjukvård som avled i slutenvård, av alla som dog i landet	9,3	13,4	1,9	3,9	5,6

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister 2015, Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning 2015 samt Socialstyrelsens register om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2015.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns behov av en organisation som stödjer ett teambaserat arbetssätt utifrån den enskildes behov. Var och en i teamet ska kunna bidra, från den enskilde själv och eventuella anhöriga till läkaren på vårdcentralen, kommunens legitimerade personal tillsammans med omsorgspersonalen i socialtjänsten och biståndshandläggaren. Det gäller också hemsjukvården i ordinärt boende då det blir allt vanligare att äldre personer får hemsjukvård i denna boendeform, medan antalet personer i särskilt boende blir allt färre, se tabell 3.

Behoven av en stödjande organisation rör bland annat de förbättringsområden som lyfts i Socialstyrelsens nationella utvärdering av palliativ vård i livets slutskede, till exempel personalens kunskaper om palliativ vård men också om huvudmännens och utförarnas samverkan i syfte att kunna erbjuda en god palliativ vård och omsorg.

²⁰ Begreppet *ordinärt boende* motsvarar *privat bostad* som anges i dödsorsaksregistret för att utesluta sådant boende som ingår i kategorierna sjukhus eller särskilt boende.

Äldre fortsätter vänta länge på landets akutmottagningar

Socialstyrelsen konstaterar att trenden med ökande vistelsetid på akutmottagningarna fram till och med juni 2016 inte har brutits sedan första mätningen 2010.

Personer 80 år och äldre har även i år en längre total vistelsetid på akutmottagningen jämfört med personer 19–79 år gamla och får vänta i genomsnitt 3 timmar och 39 minuter, vilket är 25 minuter längre än övriga åldersgrupper [87]. Var tionde äldre får vänta 7 timmar och 18 minuter eller längre på akutmottagningen innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården. Dock har denna grupp kortare väntetid till bedömning av läkare. De som är äldre än 80 år får i genomsnitt vänta 51 minuter för att bli bedömda av läkare, det är 7 minuter kortare än personer 19–79 år gamla som får vänta 57 minuter eller mer.

Socialstyrelsen har tidigare visat att ålder utgör en speciell riskfaktor för långa vistelsetider på akutmottagningen [88]. Det beror bland annat på att de äldre oftast kommer vid en tidpunkt då det är höga patientflöden på akutmottagningen samt att de oftare än yngre personer behöver skrivas in. Dessa två faktorer ökar ytterligare risken för långa vistelsetider.

I den nyligen publicerade rapporten om väntetider och patientflöden på akutmottagningar [87], visar Socialstyrelsen även att äldre personer framför allt söker för medicinska besvär och att medicinkliniken därför vid höga flöden av äldre patienter utsätts för hög belastning. Denna snedfördelning av äldre patienter till en klinik kan sannolikt förklara en del av de långa vistelsetiderna för äldre på akutmottagningen, men Socialstyrelsen har inte fördjupat dessa analyser.

Sammantaget visar rapportens data att om de långa vistelsetiderna för äldre ska kunna kortas krävs genomgripande förändringar av vården av äldre patienter. I föregående rapport diskuterades olika sätt att lösa detta på, exempelvis med geriatriska spår eller geriatriskt omhändertagande med multidisciplinärt team [88, 89]. Även den sociala omsorgens kapacitet samt kompetens har betydelse för omhändertagandet av de äldre, vad gäller att dels förebygga inflödet till akutmottagningarna, dels ta emot de äldre efter akutvårdsvistelsen. I en nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen kartläggs de orsaker som ligger bakom svårigheterna för öppen vården och omsorgen att omhänderta de äldre patienterna efter deras sjukvårdsvistelse [90]. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) har det bland annat föreslagits ett separat primärvårdsspår för multisjuka äldre [55].

Avstått läkemedel eftersom de inte haft råd

För läkemedel och sjukvård finns nationellt bestämda högkostnadsskydd. När det gäller läkemedel träder högkostnadsskyddet in vid 2 200 kronor och för öppenvården är avgiftstaket 1 100 kronor per år. Från och med den första

januari 2017 är all öppenvård som ingår i det nationella högkostnadsskyddet avgiftsfri för äldre från 85 års ålder.

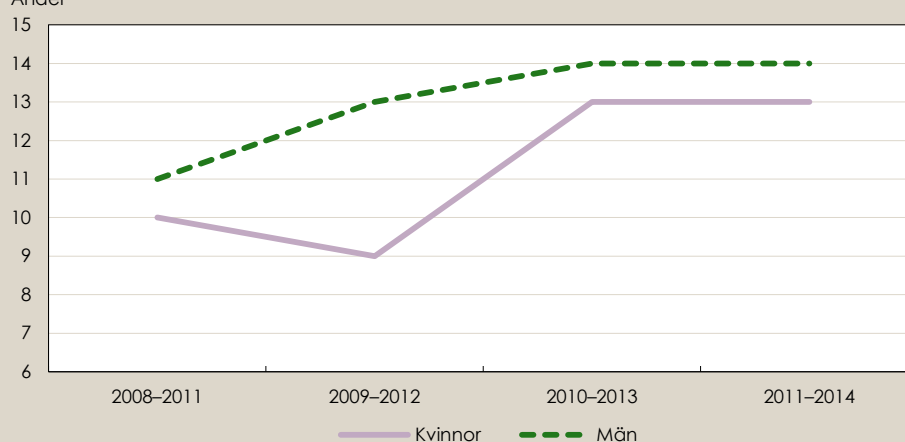
Folkhälsomyndigheten gör årligen en nationell studie om befolkningens hälsa, omfattande ett urval av 20 000 personer 16–84 år [22]. Folkhälsomyndigheten räknar därefter upp svaren för att kunna redovisa resultat för hela befolkningen. Av undersökningen framgår att 14 procent av männen och 13 procent av kvinnorna 65 år eller äldre har avstått från att köpa läkemedel som de fått på recept eftersom de inte haft råd, se figur 21. Det är en ökning för både män och kvinnor med tre procent sedan 2008.

Förklaring kan vara att den disponibla inkomsten har blivit lägre för en större andel äldre eller att vissa läkemedel blivit dyrare. EU:s statistikorgan Eurostat visar att 18,2 procent av svenska pensionärer över 65 år riskerade att hamna under EU:s gräns för risk för fattigdom²¹ år 2015, en ökning med 2,7 procent sedan 2010 [91]. Mer än två tredjedelar var kvinnor.

Figur 21. Andel personer 65 till 84 år som avstått läkemedel på recept eftersom de inte haft råd

Treårsmedelvärden, år 2008 till 2014.

Andel



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Allt vanligare med välfärdsteknik inom äldreomsorgen

Under senare år har utvecklingen i välfärdsteknik kommit alltmer i fokus. Det handlar om digital teknik som används för den enskilde brukarens säkerhet och trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet. Socialstyrelsen vill understryka att det ska ske en individuell bedömning utifrån den enskildes behov innan insatser med hjälp av teknik erbjuds.

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 *jämlig 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.

²¹ EU:s gräns för risk för fattigdom ligger på 60 procent av medianinkomsten, vilket i Sverige motsvarar ungefär 12 100 kronor per månad.

Under 2016 har Socialstyrelsen fortsatt med att ge stöd till kommuner och utförare inom vård och omsorg kring juridiska och etiska frågor som berör välfärdsteknik. Ett arbete har påbörjats kring ett metodstöd för att inhämta samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga, bland annat när det gäller användandet av välfärdsteknik.

I samband med den årliga uppföljningen av e-hälsa och välfärdsteknik²² konstaterades att cirka 99 000 av totalt 207 000 trygghetslarm hade digitaliserats den 31 december 2015. Att trygghetslarmen digitaliserats är viktigt för att säkra kommunikationen mellan larmenheten i hemmet och larmcentralen [92]. De digitala larmen är dessutom snabbare och har bättre kapacitet vilket möjliggör att andra tjänster kan kopplas till larmet. Vidare konstaterades att kommunernas användning av andra former av välfärdsteknik fortsätter att öka långsamt. Den vanligaste formen av teknik som används i äldreomsorgen och i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar är passiva larm eller sensorer, se tabell 20. Det handlar om larmmattor, fallarm, epilepsilarm, dörlarm m.m. GPS-larm och trygghetskameror har testats under några år i ett begränsat antal kommuner, men användningen har blivit vanligare under de senaste två åren. I slutet av 2015 hade 23 procent av kommunerna infört kameratillsyn nattetid och 26 procent hade infört användandet av GPS-larm för brukare inom äldreomsorgen, framförallt för personer i ett tidigt stadium av demenssjukdom. I rapporten konstateras också att bredbandsutbyggnaden ligger efter och att allt fler kommuner väljer att använda sig av mobilnäten istället vilket kan påverka säkerheten.

Tabell 20. Kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende

Antal och andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende.

Typ av välfärdsteknik	Antal kommuner	Andel kommuner (%; n=236)
Passivt larm	184	78
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av bildkommunikation	89	38
Mobilt trygghetslarm (gps-larm, positioneringslarm)	62	26
Trygghetskamera (natfillsyn/fjärtfillsyn med kamera)	55	23
Påminnelse för medicin mm.	41	17
Dagfillsyn med hjälp av kamera	8	3
Annat	28	12

Källa: Rapporten *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*.

²² <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-30>

Referenser

1. God vård [Elektronisk resurs] : om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. God kvalitet i socialtjänsten : om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
3. Regeringskansliet. Globala målen och Agenda 2030. 2017. Hämtad 2017-01-24 från: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
4. Ahlbom, A, Drefah, S, Lundström, H. Den åldrande befolkningen. Läkartidningen. 2010; 107(48):3048-51.
5. SCB. Medellivslängd efter kön 1960–2015 och prognos 2016–2060. . 2016. Hämtad 2016-12-03 från: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Aktuell-befolkningsprognos/Sveriges-framtida-befolkning-20152060/273436/
6. Rosén, M. Sjukvårdens bidrag till folkhälsan: Längre liv, livskvalitet och funktionsförmåga. Läkartidningen. 1997; 94(36):6.
7. Socialstyrelsen. Åtgärds-koder (KVÅ). 2016. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva>
8. Ageing Policy. 2017. Hämtad 2017-01-06 från: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/intro_en.htm
9. Nilsson, E. Det är aldrig för sent! [Elektronisk resurs]: förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
10. World report on ageing and health. World Health Organization; 2015.
11. Marengoni, A, Angleman, S, Melis, R, Mangialasche, F, Karp, A, Garmen, A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing research reviews. 2011; 10(4):430-9.
12. Golinowska, S, Groot, W, Baji, P, Pavlova, M. Health promotion targeting older people. BMC health services research. 2016; 16 Suppl 5:345.
13. Golinowska, S, Sowa, A, Deeg, D, Socci, M, Principi, A, Rodrigues, R, et al. Participation in formal learning activities of older Europeans in poor and good health. European journal of ageing. 2016; 13:115-27.
14. Smith, SM, Wallace, E, O'Dowd, T, Fortin, M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. The Cochrane database of systematic reviews. 2016; 3:Cd006560.
15. Socialstyrelsen. Balansera mera – Tips och råd för att förhindra fall i vardagen. 2016. Hämtad 2016-12-03 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-9-1>
16. Socialstyrelsen. Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen – Uppföljning av 2015 års medel Socialstyrelsen; 2016.
17. Ökad bemanning inom äldreomsorgen. En uppföljning av regeringens tillfälliga satsning. Delrapport [Elektronisk resurs]. 2016.

18. Ramstedt, M. Alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland äldre svenskar Nordisk alkohol- & Narkotika tidskrift. 2009; 26(5):385.
19. Rabinovich, L. The affordability of alcoholic beverages in the European Union [electronic resource] : understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Santa Monica, Calif.: RAND Corp.; 2009.
20. Jyrkämä, J, Haapamäki, L. Äldre och alkohol : nordisk forskning och diskussion. Helsingfors: Nordiskt center för alkohol- och drogforskning (NAD); 2008.
21. Faktablad om alkohol. Alkohol och äldre. Statens folkhälsoinstitut; April 2012.
22. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. 2016. Hämtad 2016 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/>
23. Individ- och familjeomsorg : lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
24. Socialstyrelsen. Kommunundersökningen öppna jämförelser äldreomsorg och hemsjukvård. 2016. Hämtad 2016 från: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/aldreomsorgochhemsjukvard>
25. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2016.
26. Boverket. Äldre. 2016. Hämtad 2016 2016-12-03 från: <http://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/alldre/>
27. Socialstyrelsen. Termbank. 2016. Hämtad 2016 2016-12-03 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/>
28. Pensionsmyndigheten. Om pensionssystemet. 2016. Hämtad från: <https://www.pensionsmyndigheten.se/>
29. Tjänstepensionen ökar skillnaderna mellan mäns och kvinnors totala pension. 2015. Hämtad 2016 2016-11-11 från: <https://www.pensionsmyndigheten.se/nyheter-och-press/pressrum/tjanstepensionen-okar-skillnaderna-mellan-mans-och-kvinnors-totala-pension>
30. Bostadstillägg och äldreförsörjningsstöd till pensionärer. . 2013. Hämtad 2016 2016-11-11 från: http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/17965/RiR%202013_7_Anpassad_%C3%85lderspension.pdf
31. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
32. Ryen, L. Samhällets kostnader för fallolyckor - resultat: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2010.
33. Mangoni, AA, Jackson, SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. British journal of clinical pharmacology. 2004; 57(1):6-14.
34. Öppna jämförelser av läkemedelsbehandlingar 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/lakemedel>
35. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör Socialstyrelsen; 2012.
36. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.

37. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre : kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
38. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre – Fokus på antidepressiva läkemedel [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
39. Behandling av depression hos äldre : en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015.
40. Billings, RJ, Proskin, HM, Moss, ME. Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1996; 24(5):312-6.
41. Scully, C. Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral diseases*. 2003; 9(4):165-76.
42. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 [Elektronisk resurs]: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
43. Lena Tronje Hansson, LG, Catharina Hägglin, Leena Odebo. "Skör och äldre - vad händer med tänder" Tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort omvårdnadsbehov; 2013.
44. Socialstyrelsen. Blåsdysfunktion hos äldre personer : indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
45. Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre : en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013.
46. Öppna jämförelser av äldreomsorg och hemsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
47. Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom – Stöd för styrning och ledning [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
48. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 – Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden Socialstyrelsen; 2016.
49. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demens – Stöd för styrning – Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
50. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 [Elektronisk resurs] : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
51. Demenscentrum, S. Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar. 2016. Hämtad 2016 2016-12-29 från: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetssatt/Nollvision--for-en-demensvard-utan-tvang-och-begransningar1/>
52. Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer – Slutrapport Socialstyrelsen; 2016.
53. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
54. Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre : redovisning av arbetsläget hösten 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
55. Effektiv vård : slutbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
56. Samordnad individuell plan för äldre (SIP). Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.

57. Individens behov i centrum : behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
58. Informationsspecifikation 2016:1 för Individens behov i centrum [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
59. Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum – Lägesrapport 2015 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
60. Wånell, SE. Tillit och relationer : om kvalitet i hemtjänsten : en kunskapsöversikt. Stockholm: Äldrecentrum; 2015.
61. Kommun- och landstingsdatabasen 2016. Hämtad 2016 2016-11-25 från: http://www.kolada.se/?_p=index
62. Att förebygga vårdrelaterade infektioner [Elektronisk resurs] : ett kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
63. Svenska HALT. 2017. Hämtad 2017-01-13 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens/svenska-halt/>
64. SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2015.
65. Tillsynsrapport De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprovning verksamhetsåret 2015 [Elektronisk resurs]. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
66. Socialstyrelsen. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Validering av registeruppgifter om tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid Socialstyrelsen. Stockholm; 2015.
67. Stor befolkningsökning att vänta. 2016. Hämtad 2016 2016-12-05 från: http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/402291/
68. Rätten att använda ditt språk 2016. Hämtad 2016 2016-10-31 från: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellaminoriteter/rattenattanvandadittsprak>
69. Torres, S, Magnússon, F. Invandrarskap, äldrevård och omsorg [Elektronisk resurs]. Johanneshov: TPB; 2010.
70. Bennisäter, L, Palmér, M. Hemtjänst till äldre invandrare, problem och möjligheter. Kalmar: Länsstyrelsen Kalmar län; 2007.
71. Invandrare i vård och omsorg [Elektronisk resurs] : en fråga om bemötande av äldre : rapport till Utredningen om bemötande av äldre. Stockholm: Fritze; 1997.
72. Uppdrag åt Socialstyrelsen att göra en kartläggning av tolkar m.m. i hälso- och sjukvården och tandvården [Elektronisk resurs]. 2015.
73. Översyn kontakttolk slutrapport [Elektronisk resurs]. Myndigheten för yrkeshogskolan; 2015.
74. En tolkningsfråga : om auktorisation och åtgärder för fler och bättre tolkar. Stockholm: Statskontoret; 2012.
75. Behov av regelförändringar med anledning av flyktingsituationen. 2015. Hämtad 2016 från: <http://skl.se/download/18.e79aa5215143dd034b696ff/1450274145581/2015-12-16-Behov-av-regeländringar-med-anledning-av-flyktingsituationen-SKL.pdf>
76. Den nya migrationsprocessen [Elektronisk resurs] : slutbetänkande. Stockholm: Fritze; 2009.

77. Förbättrad tolkservice [Elektronisk resurs] : språktest, nationellt register, statistik. Stockholm: Utbildnings- och kulturdepartementet, Regeringskansliet ; 2006.
78. Tolkutbildning [Elektronisk resurs] : nya former för nya krav : betänkande. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; 2005.
79. Tolkförmedling [Elektronisk resurs] : kvalitet, registrering, tillsyn : betänkande. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; 2004.
80. Fioretos, I, Gustafsson, K, Norström, E, Norberg, E. Tolkade möten : tolkningens betydelse för rättsäkerhet och integration. Lund: Studentlitteratur; 2014.
81. Omfördelning inom tandvårdsstödet högstkostnadsstöd ISF Rapport 2016:11.pdf [Elektronisk resurs]. 2016.
82. Wattmo, C, Londos, E, Minthon, L. Cholinesterase inhibitors do not alter the length of stay in nursing homes among patients with Alzheimer's disease: a prospective, observational study of factors affecting survival time from admission to death. BMC neurology. 2016; 16(1):156.
83. Lethin, C. Informal caregivers of older persons with dementia in eight European countries : experiences, support, well-being and burden. Lund: Lund University; 2016.
84. Anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKa); 2016.
85. Stöd till anhöriga – Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
86. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
87. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport februari 2017. . Stockholm; 2017.
88. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
89. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus : med fokus på sköra äldre : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013.
90. Socialstyrelsen. Om övergångar mellan slutna vård och öppen vård och omsorg. Stockholm; 2017.
91. People at risk of poverty or social exclusion. 2016. Hämtad 2017 från: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion
92. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna : redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.