

Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2018



Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2018

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

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

Artikelnummer 2018-2-7

Omslagsfoto Maskot Bildbyrå AB/Johnér bildbyrå AB
Publicering www.socialstyrelsen.se, februari 2018

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. I projektgruppen har Kalle Brandstedt, Anna Ekendahl, Lena Jönsson, Eva Lejman och Jan Rehnberg ingått. Eva Wallin har varit enhetschef för projektet.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	7
De flesta äldre med äldreomsorg är nöjda med vården och omsorgen	7
Allt fler äldre får hemsjukvård och insatser från socialtjänsten	7
Hemlösheten ökar bland personer som är 65 år eller äldre	7
Helhetssyn saknas för äldre med missbruksproblem	8
Förändringar i behandling av smärta hos äldre	8
Fortsatt långa väntetider för äldre på landets akutmottagningar	8
Ojämn utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna	8
Inledning	9
Rapportens upplägg	9
God vård och omsorg	9
Agenda 2030	9
Datakällor som använts för att ta fram rapporten	10
Aktuell utveckling	11
Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU	11
Få har avstått från vård på grund av kostnader	13
Hälsosamt åldrande – och ohälsosamma levnadsvanor bland äldre ...	14
Allt fler äldre personer vårdas på grund av alkoholmissbruk	19
Suicid bland äldre	25
Brott mot äldre behöver förebyggas och upptäckas	26
Boendesituation för äldre	27
Kommunal hälso- och sjukvård	35
Socialtjänstinsatser till äldre personer	39
Sammanfattande iakttagelser	41
Resurser för vård och omsorg	42
Kostnader för vård och omsorg om äldre	42
Personalförsörjning	43
Professionsmiljarden 2016 – satsning för att stärka hälso- och sjukvården	44
Bemanning inom äldreomsorgen	45
Sammanfattande iakttagelser	46
Kunskapsbaserad vård och omsorg	47
Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel	47
Ny version av indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre	50
Tandvård och tandhälsa	52

Socialstyrelsens nationella förskrivarstöd inom hjälpmedelsområdet.....	55
Ett första steg mot en nationell demensstrategi	58
Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	60
Flera nya nationella riktlinjer.....	62
Stöd för äldre med nedsatt beslutsförmåga att uttrycka sin vilja	63
Evidensbaserad praktik i socialtjänsten	64
Stöd till yrkesintroduktion för baspersonal	64
Mer forskning inom äldreområdet behövs.....	65
Sammanfattande iakttagelser	66
Säker vård och omsorg	67
Säkerhet och trygghet för äldre personer.....	67
Individens behov i centrum inom äldreomsorgen	69
Fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.....	70
Utskrivningsklara personer i behov av kommunala insatser	70
Personalkontinuitet i hemtjänsten	71
Insatser för att undvika undernäring hos äldre.....	72
Anmälningar och klagomål inom vården och omsorgen om äldre	74
Ett samlat stöd inom patientsäkerhet	76
Nya regler om företräddarskap	76
Sammanfattande iakttagelser	77
Jämlig vård och omsorg	78
Behov av att inkludera transperspektiv i vård och omsorg om äldre	78
Är kvinnor mindre nöjda med sin vård och omsorg?.....	78
Palliativ vård behöver bli bättre och mer jämlig.....	79
Ökning av andelen utrikesfödda personer 65 år och äldre	82
Nationella minoriteter – språk och kultur i äldreomsorg	83
Sammanfattande iakttagelser	84
Tillgänglig vård och omsorg	85
Äldre fortsätter vänta länge på landets akutmottagningar	85
Ojämn utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.....	85
Äldres internetanvändning	87
Sammanfattande iakttagelser	88
Referenser	89

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.

De flesta äldre med äldreomsorg är nöjda med vården och omsorgen

Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU, för män är den 80,4 år och för kvinnor 84,1 år. Allt fler personer 65 år eller äldre med större behov av vård och omsorg bor kvar i det ordinära boendet, en ökning som dock har stannat av de senaste åren. Majoriteten av de som har äldreomsorg tycker att den är bra. Fler kommuner än tidigare år bedömer att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre.

Allt fler äldre får hemsjukvård och insatser från socialtjänsten

Utvecklingen med minskad andel äldre med insatser från socialtjänsten har planat ut. Antalet personer 65 år eller äldre med hemsjukvård och socialtjänstinsatser fortsätter att öka och var 2016 drygt 221 000. I takt med att medellivslängden ökar insjuknar också allt fler äldre personer i kroniska sjukdomar varmed behovet av hälso- och sjukvård också ökar. Vanligt förekommande diagnoser hos äldre personer är hjärtinfarkt, hypertoni och diabetes. Kravet på kunskaper i arbetet ökar på omsorgspersonalen eftersom de enskilda blir äldre och sjukare.

Hemlösheten ökar bland personer som är 65 år eller äldre

Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten i Sverige 2017 visar att 1850 personer, motsvarande 7 procent, var 65 år eller äldre och över 61 procent av dessa hade varit hemlösa i mer än ett år. En tredjedel av personerna har varit hemlösa längre än 10 år. En majoritet av de hemlösa äldre har omfattande behov av vård och omsorg och är i behov av samordnade insatser från flera aktörer. En stor andel har missbruks- eller beroendeproblem samt psykisk ohälsa. Idag saknas kunskap om hur hemlöshet påverkar behov av äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Helhetssyn saknas för äldre med missbruksproblem

Den ökande alkoholkonsumtionen bland äldre kan få allvarliga konsekvenser och ställer nya krav på både äldreomsorgen och beroendevården. Allt fler kvinnor och män 65 år eller äldre uppger att de dricker alkohol på ett sådant vis att det innebär ett riskbruk. Positivt är att fler har fått hjälp i någon form från socialtjänsten för missbruksproblem. Samtidigt saknar många kommuner en helhetssyn och ett systematiskt arbetssätt när det gäller gruppen äldre med missbruk. Detta kan ytterst leda till att enskilda äldre som riskerar att utveckla ett missbruk eller redan missbrukar alkohol eller andra droger inte får rätt stöd och sina behov tillgodosedda.

Förändringar i behandling av smärta hos äldre

Förskrivningen av läkemedel som bedöms olämpliga för äldre fortsätter att minska. Förskrivningen av opioider (morfin och morfinlika smärtstillande medel) som helhet har minskat något under de senaste tio åren. Dock har den förändrats påtagligt vad gäller valet av preparat. Bland annat har förskrivningen av opioider som ges i plåsterform ökat.

Fortsatt långa väntetider för äldre på landets akutmottagningar

Personer 80 år eller äldre riskerar att få lång väntetid på landets akutmottagningar bland annat eftersom denna ålderskategori skrivs in i slutenvården i högre utsträckning jämfört med yngre personer. Väntetiden på landets akutmottagningar fortsätter att öka för personer 80 år eller äldre. Medianvistelsetiden har ökat med 33 minuter och är nu 3 timmar och 58 minuter för personer 80 år och äldre jämfört med förra mätningen.

Ojämn utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Digitaliseringen av trygghetslarmen har gått fort även om kommunerna inte har nått regeringens mål att samtliga trygghetslarm skulle var digitala vid 2016 års utgång. Användningen av övrig välfärdsteknik ökar i kommunerna, och det gäller främst olika typer av passiva larm och sensorer samt vårdplanering via videokonferens. Utvecklingen av e-tjänster i kommunerna är dock svag. Även om en majoritet av äldre personer använder internet, är det många som fortfarande står utanför det digitala samhället. Drygt 60 procent av kommunerna erbjuder i dag internetanslutning till personer som bor i särskilda boenden.

Inledning

Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen redovisa och analysera tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre.

Syftet med lägesrapporten är att presentera en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre. Rapportens huvudmålgrupp är beslutsfattare på nationell nivå, men den 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 analyser särskilt för denna rapport.

Där så är möjligt redogör Socialstyrelsen för skillnader mellan kvinnor och män samt resonerar om tänkbara orsaker. I årets lägesrapport lyfter myndigheten särskilt missbruksproblem bland äldre samt boendesituation för äldre.

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 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 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 socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS [1, 2].

I rapporten utgår Socialstyrelsen från olika kvalitetsområden, till exempel kunskapsbaserad, jämlik, säker och tillgänglig vård och omsorg.

Agenda 2030

FN har tagit fram globala utvecklingsmål – Agenda 2030. Målen 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. Socialstyrelsen arbetar i Sverige tillsammans med 80 andra myndigheter med att genomföra målen.

Våren 2017 lämnade Socialstyrelsen in en uppdaterad kartläggning till regeringen om hur arbetet med Agenda 2030 utvecklas på myndigheten [3]. Agenda 2030 består av totalt 17 globala mål och denna rapport ansluter bland annat till mål 2 och mål 5.

Fullvärdig kost är en förutsättning för att dels upprätthålla hälsan, dels förebygga undernäring och därför är det viktigt att äldre personers måltidsituation anpassas till individens förutsättningar och behov. Under 2017 publicerade Socialstyrelsen en rikstäckande undersökning om äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende – *Så tycker de äldre*

om äldreomsorgen 2017. Den visade bland annat att många äldre inte upplever måltiden som en trevlig stund på dagen, vilket anknyter till mål 2 som bland annat rör förbättrad nutrition: *Mål 2: Ingen hunger. Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning och förbättrad nutrition samt främja ett hållbart jordbruk.*

Socialstyrelsens öppna jämförelser utgör ett stöd för kommuner och landsting i att bedöma kvaliteten i vården och omsorgen. Myndigheten har till exempel publicerat öppna jämförelser av bland annat kostnadsmått som tas fram för socialtjänsten avseende vård och omsorg om äldre. Öppna jämförelser ger insyn och kan användas för att utveckla socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter, något som ansluter till mål 5 om jämställdhet. Mål 5: *Jämställdhet. Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.*

Datakällor som använts för att ta fram rapporten

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), Patientregistret (PAR), statistik om vuxna med missbruk och beroende, läkemedelsregistret, tandhälsoregistret samt nationella kvalitetsregister
- Kommun- och landstingsdatabasen, KOLADA
- Pensionsmyndigheten
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- Statistiska centralbyråns (SCB) register över kommunernas och landstingens räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel Nationella väntetidsdatabasen och Nationella patientenkäten
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO): resultat som gäller klagomål, lex Sarah- och lex Maria-anmälningar

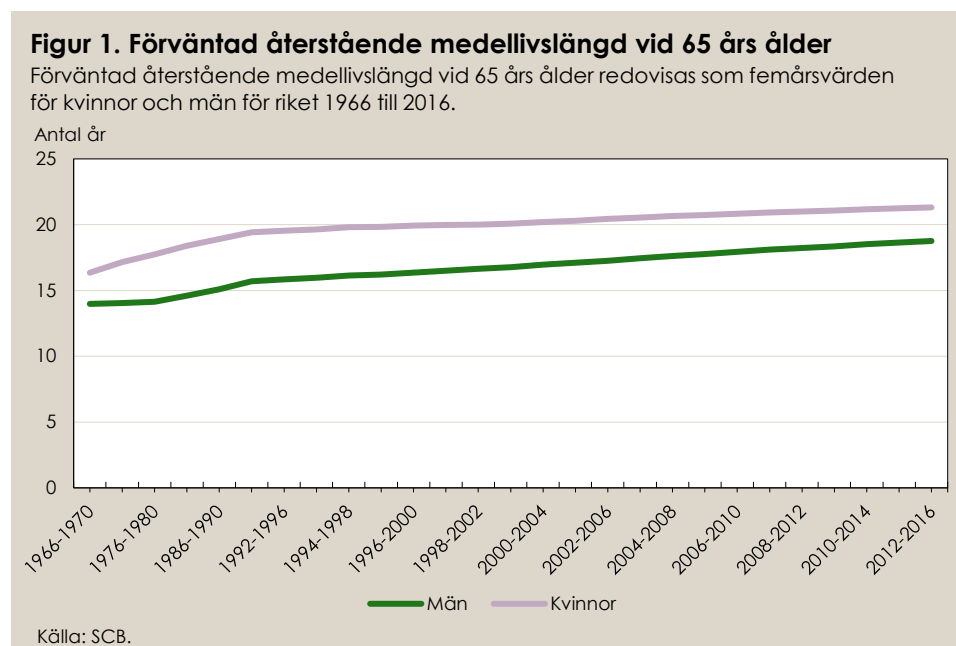
Aktuell utveckling

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

Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU

Mellan 2000 och 2015 ökade medellivslängden i Sverige med nästan 2,5 år till 82,2 år, och är nu 1,6 år högre än EU-genomsnittet [4]. Skillnaden i medellivslängd mellan män och kvinnor 2015 var 3,7 år (80,4 år för män och 84,1 år för kvinnor). Det är en av de minsta skillnaderna i EU.

Ökningen av medellivslängden sedan 2000 beror i första hand på minskad dödlighet efter 65 års ålder. Svenska kvinnor som var 65 år 2015 kunde förvänta sig att leva ytterligare 21,5 år (jämfört med 20,2 år 2000). Motsvarande siffra för män var 18,9 år (16,7 år 2000). Figur 1 visar förväntad återstående medellivslängd vid 65 års ålder redovisat som femårsvärden för kvinnor och män för riket 1966 till 2016.



Det är inte bara mellan män och kvinnor som det finns skillnader i den förväntade medellivslängden, utan det finns även geografiska skillnader, exempelvis mellan kommunerna. Danderyd har högst förväntad medellivslängd för män medan Bjurholm har högst förväntad medellivslängd för kvinnor, vilket redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Kommuner med högst respektive lägst förväntad medellivslängd

Åren 2012–2016, medellivslängd (år) fördelat på kvinnor och män.

Kommun	Kvinnor	Kommun	Män
Högst förväntad medellivslängd			
Bjurholm	86,7	Danderyd	83,5
Danderyd	86,4	Täby	83,2
Lidingö	86,2	Ekerö	82,9
Vellinge	86,1	Staffanstorps	82,9
Båstad	85,9	Lidingö	82,7
Lägst förväntad medellivslängd			
Norsjö	80,3	Överkalix	74,4
Åsele	80,7	Munkfors	74,9
Ånge	80,8	Åsele	75,7
Arjeplog	81,1	Haparanda	76,0
Dorotea	81,1	Högsby	76,1

Källa: SCB.

Även när det gäller medelålder är variationerna stora mellan kommunerna, vilket framgår av tabell 2. Pajala har högst medelålder för män (48,5 år) och Överkalix har högst medelålder för kvinnor (51,5 år). En befolkning med hög medelålder indikerar att det sannolikt finns fler äldre personer som har behov av omsorg och hälso- och sjukvård.

Tabell 2. Kommuner med högst respektive lägst medelålder 2016

Medelålder (år) fördelat på kvinnor och män.

Kommun	Kvinnor	Kommun	Män
Högst medelålder			
Överkalix	51,5	Pajala	48,5
Borgholm	50,4	Sotenäs	48,1
Sotenäs	50,1	Överkalix	48,1
Simrishamn	49,7	Övertorneå	48,1
Vadstena	49,6	Borgholm	47,8
Lägst medelålder			
Knivsta	36,7	Knivsta	36,3
Huddinge	38	Huddinge	36,7
Botkyrka	38,1	Botkyrka	36,9
Sundbyberg	38,3	Sundbyberg	37
Sigtuna	38,8	Sigtuna	37,3

Källa: SCB.

I jämförelse med andra länder inom EU är antalet år vid god hälsa högt i Sverige. År 2015 var antalet förväntade friska levnadsår vid 65 års ålder bland de högsta i EU för både män och kvinnor – 15,7 friska år för män och 16,8 friska år för kvinnor. Det kan jämföras med EU-genomsnittet som är 9,4 år.

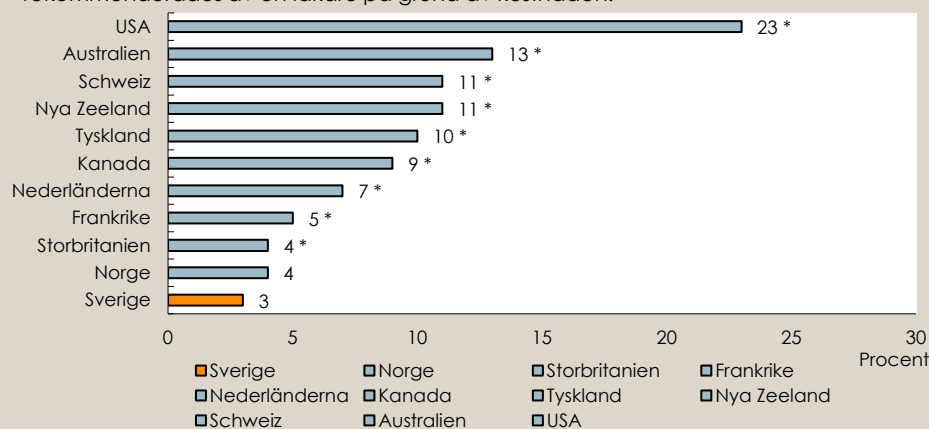
I takt med att den svenska befolkningens livslängd ökar, växer både antalet och andelen personer 65 år och äldre i befolkningen. År 2050 beräknas antalet äldre som är 75 år eller äldre att ha fördubblats jämfört med 2015. Eftersom äldre har ett större behov av hälso- och sjukvård och omsorg kommer därmed behovet av hälso- och sjukvården och omsorgen att öka. Det krävs att både hälso- och sjukvården och omsorgen kan anpassa sig till att möta behoven för denna växande befolkningsgrupp. En viktig del i det är att säkerställa att vården och omsorgen är anpassad efter individens olika behov och att de äldre ges möjligheten att vara aktiva och delaktiga i sin egen vård och omsorg.

Få har avstått från vård på grund av kostnader

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) publicerar varje år den svenska delen av en stor internationell undersökning om hälso- och sjukvården som leds av The Commonwealth Fund i USA. Undersökningen 2017 *The Commonwealth Fund's 2017 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries* (IHP-undersökningen) riktar sig till befolkningen 65 år eller äldre [5]. Undersökningen visar att Sverige har fortsatt starka resultat när det gäller hur stor andel av de 65 år eller äldre som har avstått vård på grund av kostnaden. Tidigare IHP-undersökningar visar att Sverige genomgående varit det land där minst andel personer behövt avstå från vård och behandling på grund av kostnaden, och så även 2017. I Sverige rapporterar tre procent att de behövt avstå från behandling på grund av kostnaden, figur 2. Även avseende tandvården har Sverige starka resultat jämfört med de andra länderna – sju procent har avstått från tandvård på grund av kostnaden.

Figur 2. Andel (%) personer 65 år eller äldre från 2017 års IHP - studie som avstått från vård eller behandling på grund av kostnaden

Under de senaste 12 månaderna, hände det då att du avstod från att hämta ut receptbelagd medicin eller hoppade över doser av din medicin, inte besökte en läkare eller avstod från att göra ett medicinskt test, behandling eller uppföljning som rekommenderades av en läkare på grund av kostnaden.



* Statistisk signifikant på 95 procentnivå mot det svenska resultatet.

Bas: Alla 7 000 responders.

Källa: Vårdanalys. Vården ur patienternas perspektiv - 65 år och äldre. PM 2017:2

Undersökningen visar också att de som är 65 år och äldre i den svenska befolkningen fortfarande upplever större problem med tillgänglighet, samordning av vårdens olika delar, kontinuitet och möjligheter till delaktighet jämfört med befolkningen i andra länder som är på en liknande välfärdsnivå som Sverige.

Hälsosamt åldrande – och ohälsosamma levnadsvanor bland äldre

Ett hälsosamt åldrande innebär att ha möjlighet till oberoende och självständighet och att fortsätta vara en del av ett socialt sammanhang med positiva relationer till andra människor. Hälsa och välmående för den äldre personen betyder också ekonomiska förutsättningar, fortsatt möjlighet till fysisk aktivitet och goda levnadsvanor [6].

Förutsättningarna för ett hälsosamt åldrande och god hälsa påverkas av livsvillkor och av individens levnadsvanor. Många människor har flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt. Det innebär dels fler risker för sjukdom, dels att riskerna förstärker varandra. Undersökningar av svenskars levnadsvanor kopplade till hälsa visar att det finns ett starkt samband mellan sociala faktorer och ohälsosamma levnadsvanor där personens utbildning, ekonomiska och geografiska förhållande och födelseland påverkar den enskildes hälsa och livskvalitet [7-9].

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) förebygger hälsosamma levnadsvanor uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdomar och cancer, samt fördröjer uppkomsten av typ 2-diabetes¹. Den som äter hälsosamt, inte röker, är fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol kommer i genomsnitt att leva 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor på dessa områden [10].

Ohälsosamma levnadsvanor såsom dåliga matvanor, tobaksbruk, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet påverkar den enskildes hälsa och livskvalitet. Dessa fyra levnadsvanor har stor betydelse för uppkomst av sjukdomar och bidrar mest till den samlade sjukdomsbördan i Sverige [11]. Sjukdomsbördan är ett internationellt mått, utvecklat av WHO och Världsbanken, för att mäta vilka sjukdomar som leder till mest ohälsa och för att kartlägga vilka riskfaktorer som har störst betydelse för uppkomst av sjukdomar².

Ohälsosamma levnadsvanor är vanligt, och enligt Folkhälsomyndighetens nationella enkät har 13 procent av kvinnorna och 19 procent av männen två ohälsosamma levnadsvanor [12]. Andelen med fler än två ohälsosamma levnadsvanor är 5 procent av kvinnorna och 13 procent av männen. För den som har drabbats av sjukdom är det dock möjligt att snabbt förbättra sin hälsa genom förändrade levnadsvanor och livsstil [13].

¹ WHO. Cardiovascular disease, Fact sheet 317; Cancer, Fact sheet 297; Diabetes mellitus, Fact sheet 312. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en/> Hämtad 171106.

² WHO. Tillgänglig http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/. Hämtad 171114.

Äldres levnadsvanor

Nedan följer en översiktlig redovisning av levnadsvanorna för personer i åldern 65–84 år från Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoundersökning *Hälsa på lika villkor*, tabell 3.

Tabell 3. Andel (%) av kvinnor och män 65 till 84 år och deras levnadsvanor 2016

Levnadsvanor	Andel kvinnor 65–84 år	Andel män 65–84 år
Frukt/grönsaker $\leq$ 1,3 g/dag*	15	29
Fisk/skaldjur $\geq$ 2 g/vecka	42	33
Övervikt**	36	49
Fetma***	20	17
Fysisk aktivitet $\geq$ 30 min/dag****	58	61
Daglig tobaksrökning	8	10
Dagligt snusande	2	13
Riskbruk av alkohol*****	8	14

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

** Body Mass Index (BMI) där ett värde mellan 25–29,9 klassas som övervikt (vikt (kg)/längden [m²]).

*** BMI 30 eller mer klassas som fetma.

**** Mätvärde t.o.m. 2015

***** Mer än 14 standardglas per vecka för män och mer än nio standardglas per vecka för kvinnor.

www.can.se

Källa: Folkhälsomyndigheten.

Övervikt och fetma

Andelen kvinnor och män med rapporterad övervikt (BMI 25–29,9)³ i åldersgruppen 65–84 år har förändrats mellan 2007 och 2016. För kvinnor har en ökning skett från 34 procent till 36 procent under den här tidsperioden, för män har en minskning skett från 51 procent till 49 procent.

Rapporteringen av fetma (BMI 30 eller högre)⁴ i åldersgruppen 65–84 år har ökat mellan 2007 och 2016 för båda könen. Fetma förekommer oftare hos kvinnor än hos män.

Fysisk aktivitet

Enligt Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) rekommenderas att personer som är 18 år eller äldre bör vara fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka (vilket motsvarar 30 minuters fysisk aktivitet fem dagar per vecka) eller så aktiva som tillståndet medger. På så vis förbättrar man sin fysiska kapacitet, förebygger sjukdom och främjar hälsa. Personer 65 år och äldre behöver även träna balans. Fysisk aktivitet innefattar till exempel friluftsliv, motion och fysisk träning, trädgårdsarbete, promenader och cykling som bör utföras med minst måttlig intensitet⁵.

³ Body Mass Index (BMI) (vikt (kg)/längden x längden [m²]) där ett värde mellan 25–29,9 klassas som övervikt

⁴ BMI > 30 klassas som fetma.

⁵ Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). Hämtad 171006 <http://www.yfa.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>

Andelen kvinnor och män i åldersgruppen 65–84 år, som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag har varit relativt oförändrat 2007–2015 och har under åren legat kring 60 procent ⁶.

Rökning och snusning

Andelen kvinnor och män i åldersgruppen 65–84 år som uppger att de röker dagligen har minskat sedan 2007. Minskningen har varit störst bland kvinnor. Rökstopp, oavsett ålder, har goda hälsoeffekter med minskad risk för hjärtsjukdomar, lungsjukdomar och olika typer av cancer. Ett rökstopp ger goda hälsoeffekter på både kort och lång sikt och förlänger livet [14].

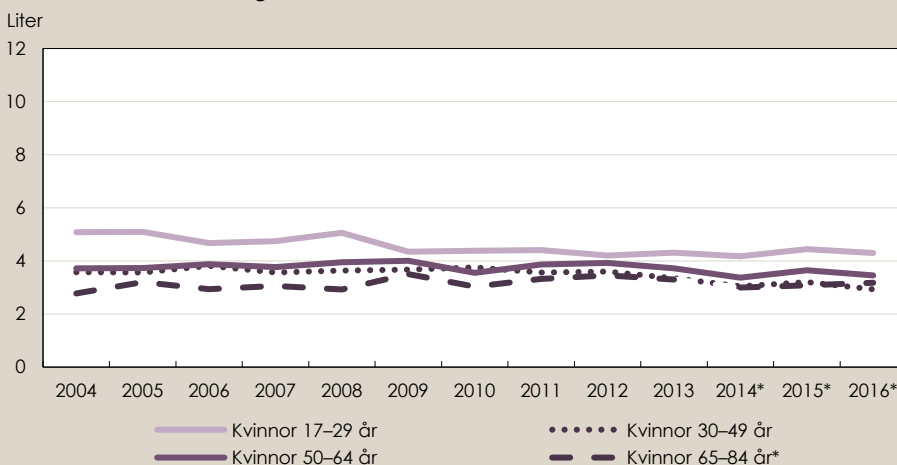
Andelen kvinnor och män i åldersgruppen 65–84 år som uppger att de snusar dagligen har varit tämligen konstant mellan 2007 och 2016 och det är fler män än kvinnor som snusar dagligen.

Alkohol

Alkohol är en avgörande riskfaktor för sjukdomsbördan, och en hög konsumtion kan orsaka en rad olika sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och levercirros samt ge upphov till olycksfall och skador [15].

Figur 3. Självrapporterad alkoholkonsumtion för kvinnor

Medelvärde i liter ren (100 %) alkohol per år för kvinnor 17–84 år som konsumerat alkohol under de senaste 30 dagarna. 2004–2016.



* Övre åldersgräns 80 år t.o.m. 2013.

Tillförändret av 81–84-åringar innebär att åldersgruppen utökats med respondenter med mera återhållsamma alkoholvanor. Detta har en viss betydelse för resultaten.

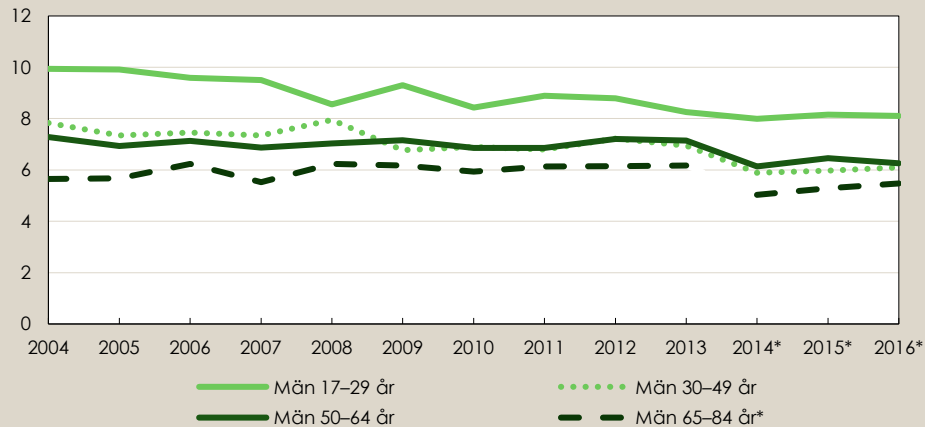
Källa: CAN:s Monitormätningar.

⁶ År 2016 mättes fysisk aktivitet enligt *fysiskt aktiv minst 150 minuter per vecka*

Figur 4. Självrapporterad alkoholkonsumtion för män

Medelvärde i liter ren (100 %) alkohol per år för män 17–84 år som konsumerat alkohol under de senaste 30 dagarna, 2004–2016.

Liter



* Övre åldersgräns 80 år t.o.m. 2013.

Tillförandet av 81–84-åringar innebär att åldersgruppen utökats med respondenter med mera återhållsamma alkoholvanor. Detta har en viss betydelse för resultaten.

Källa: CAN:s Monitormätningar.

I befolkningen i stort ses en minskning i självrapporterad alkoholkonsumtion sedan 2004 (se figurer ovan). Minskningen är särskilt tydlig bland männen. Denna minskning ses inte i den äldsta åldersgruppen (65–84 år), utan där ses bland kvinnorna istället en liten ökning över tid. Uppgifter tyder på att endast omkring 45 procent av alkoholkonsumtionen kommer fram vid självrapportering jämfört med när den faktiska alkoholkonsumtionen mäts [16]. Det är oklart om den rapporteringen skiljer åt mellan olika åldersgrupper.

Med åldern brukar muskelmassan hos äldre kvinnor och män minska och en större andel av kroppen består av fettväv som inte absorberar alkoholen i samma utsträckning. Det innebär att vid ett och samma alkoholintag blir den maximala alkoholkoncentrationen högre när man blir äldre. Eftersom kvinnor i genomsnitt har en mindre muskelmassa än män och en större andel av kroppsvikten är fettväv, får kvinnor i allmänhet en högre alkoholkoncentration i blodet än män [17]. Det innebär att trots att kvinnor och män i åldersgruppen 65–84 år dricker mindre alkohol än de flesta andra åldersgrupper (se figurer ovan), tenderar alkoholkoncentrationen i blodet att bli högre vid samma alkoholintag. Äldre dricker också under fler dagar per månad än vad yngre gör, även om berusningstillfällena är färre, vilket framgår av tabell 4. Dessutom har andelen personer i åldersgruppen 65–84 år som dricker ökat. År 2016 uppgav 75 procent att de druckit under de senaste 30 dagarna, att jämföra med 62 procent 2002. Under samma tidsperiod ses en minskning i andra åldersgrupper [16].

Tabell 4. Antal dagar med alkoholkonsumtion respektive intensivkonsumtion senaste 30 dagarna samt andel dryckestillfällen med intensivkonsumtion, bland samtliga respektive bland de som druckit senaste 30 dagarna, 2016

Åldersgrupp	Dagar med alkoholkonsumtion	Dagar med intensivkonsumtion	Bland de som druckit senaste 30 dagarna		
			Dagar med alkoholkonsumtion	Dagar med intensivkonsumtion	Andel dryckestillfällen med intensivkonsumtion (%)*
17–29 år	4,1	1,5	5,4	2,0	37,0
30–49 år	5,1	0,8	6,4	1,1	17,0
50–64 år	6,0	0,7	7,3	0,9	12,0
65–84 år	6,1	0,3	8,2	0,4	5,0
Män	6,2	1,3	7,5	1,6	24,0
Kvinnor	4,5	0,4	5,9	0,5	10,0
Alla	5,4	0,8	6,8	1,1	17,0

*Denna andel är beräknad på individnivå och utgörs således inte av kvoten av medelvärdena i kolumn 4 och 5.

Källa: CAN. Trender i dryckesmönster: befolkningens självrapporterade alkoholvanor under 2000-talet [16].

Andelen kvinnor och män i åldersgruppen 65–84 år som uppger att de har ett riskbruk⁷ av alkohol har ökat under den senaste tioårsperioden. Riskbruk innebär en alkoholkonsumtion som medför ökad risk för fysiska, psykiska och sociala skadeverkningar. Andelen män med ett riskbruk av alkohol är större än bland kvinnor, oavsett utbildning eller inkomst [16].

Fler män än kvinnor avlider av alkoholrelaterade orsaker

År 2016 avled 1 033 personer över 65 år till följd av orsaker som kan relateras till alkohol. Detta motsvarar knappt 53 personer mätt i antalet dödsfall per hundra tusen personer.

Antalet män som avled av alkoholrelaterade orsaker 2016 var 811, vilket kan jämföras med 222 kvinnor. Motsvarande siffra för 2007 var 618 för män och 172 för kvinnor⁸. Figur 5 visar också att det i den äldsta åldersgruppen, kvinnor och män som är 80 år eller äldre, har skett en ökning av den alkoholrelaterade dödligheten över tid.

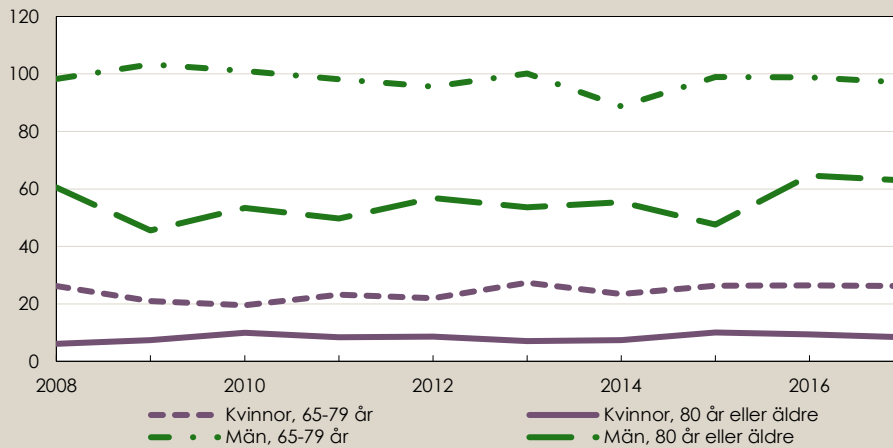
⁷ Mer än 14 standardglas per vecka för män och mer än nio standardglas per vecka för kvinnor. Tillgänglig www.can.se. Hämtad 171006.

⁸ Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker; 2017: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>

Figur 5. Alkoholrelaterad dödlighet bland kvinnor och män i riket 2007–2016

Andel av alkoholrelaterade dödlighet i åldersgruppen 65–79 år samt 80 år eller äldre.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Allt fler äldre personer vårdas på grund av alkoholmissbruk

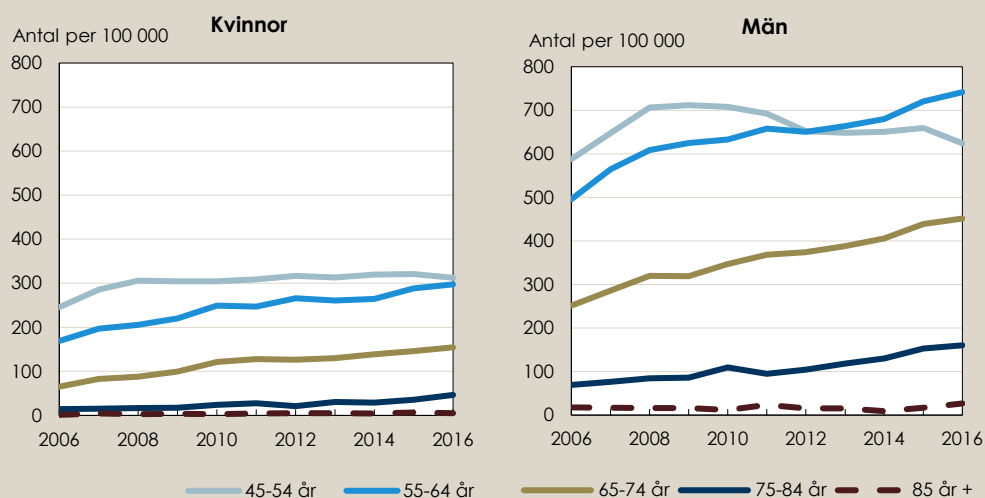
Enligt flera studier ökar alkoholkonsumtionen bland personer 65 år eller äldre [18-20]. Det har även skett en stor ökning av andelen kvinnor och män 65 år eller äldre som vårdats på grund av skadligt bruk eller alkoholmissbruk inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten under de senaste 10 åren. Den ökande alkoholkonsumtionen bland äldre kan få allvarliga konsekvenser, och ställer nya krav på både äldreomsorgen och beroendevården.

Inom hälso- och sjukvården

En kontinuerlig ökning har de senaste 10 åren skett av andelen personer 65 år eller äldre som vårdas inom hälso- och sjukvårdens specialiserade öppenvård och slutenvård med diagnoser som är relaterade till alkoholberoende. Den största ökningen har skett inom den specialiserade öppenvården. Ökningen av andelen vårdade gäller såväl män som kvinnor, figur 6.

Figur 6. Specialiserad öppenvård för alkoholberoende

Andel invånare som vårdats inom den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män 45 år eller äldre 2006–2016.

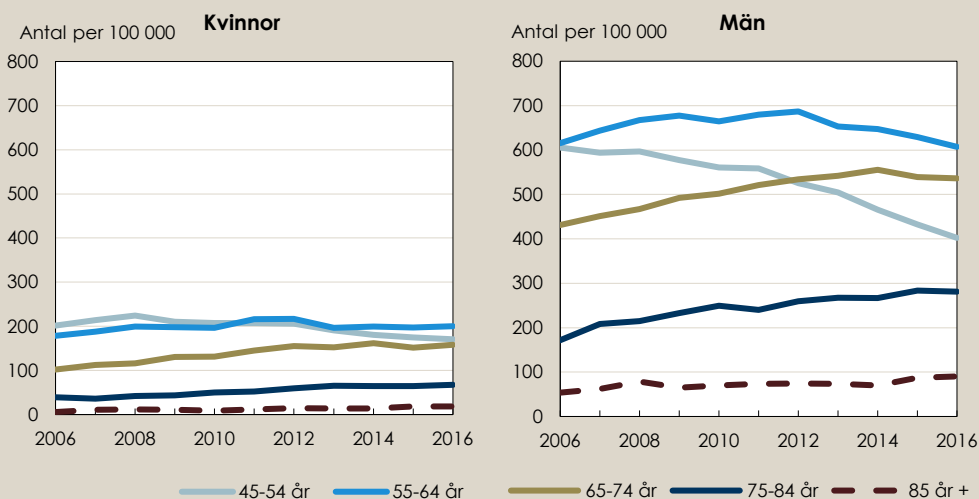


* ICD10: F101-F106, Z502, Z714.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

En viss ökning syns även av andelen vårdade äldre inom slutenvården, att jämföra med minskningen som skett av andelen vårdade yngre än 65 år, framförallt för män i åldrarna 45–54 år, figur 7.

Figur 7. Vårdade inom slutenvården för alkoholberoende

Andel invånare som vårdats inom slutenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män 45 år och äldre 2006–2016.



* ICD10: F101-F106, Z502, Z714.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Inom socialtjänsten

Sedan 2007 har andelen personer 65 år eller äldre som får insatser inom socialtjänsten för missbruksproblem ökat, vilket framgår av figur 8. Det framgår

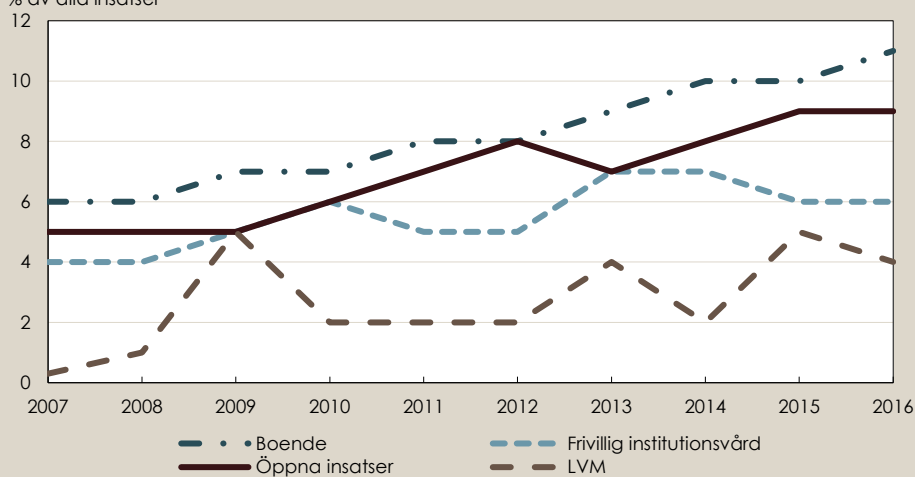
inte av socialtjänststatistiken vilket missbruksmedel som främst används bland personer som får frivilliga insatser från socialtjänsten. Emellertid finns motsvarande uppgifter att tillgå beträffande de personer som står under tvångsvård med stöd av LVM. Uppgifter från Statens Institutionsstyrelse (SiS) från 2016 visar att för den äldsta åldersgruppen, personer över 60 år, är alkohol det huvudsakliga missbruksmedlet bland dem som är intagna enligt LVM [21].

År 2007 hade 913 män och 189 kvinnor över 65 år någon form av insats från socialtjänsten för missbruksproblem. Motsvarande siffra för 2016 var 1405 män och 337 kvinnor, vilket motsvarar en ökning med 54 procent för män respektive 78 procent för kvinnor.

Figur 8. Socialtjänstens insatser för personer 65 år eller äldre med missbruksproblem 2007–2016

Andelen personer 65 år eller äldre inom socialtjänstens insatser för personer med missbruk, i procent av alla insatser för personer med missbruksproblem, utvecklingen 2007–2016.

% av alla insatser



Källa: Statistik om vuxna med missbruk och beroende, Socialstyrelsen.

Boende är en insats som socialtjänsten i vissa fall kan erbjuda som bistånd. Det kan handla om personer som på grund av sitt missbruksproblem inte har möjlighet att skaffa ett boende på egen hand. Socialtjänsten kan då erbjuda dessa personer en plats i till exempel ett kategoriboende, inackorderingshem, en försökslägenhet, eller erbjuda dem ett socialt kontrakt. Boende är den vanligaste insatsen som socialtjänsten erbjuder personer över 65 år med missbruksproblem. Andelen personer 65 år eller äldre som beviljats boende har nästan fördubblats under den senaste tioårsperioden, från sex procent av alla som beviljats insatsen 2007 till 11 procent 2016.

Det har också skett en ökning av andelen 65 år eller äldre som beviljats individuellt behovsprövade öppna insatser på grund av missbruksproblem. Under de senaste tio åren har andelen äldre nästan fördubblats, från fem procent av alla insatser 2007 till nio procent 2016 [22]. Exempel på öppna insatser är motiverande samtal och psykosocial behandling för missbruk och beroende.

Institutionsvård är vård eller behandling som sker dygnet runt på någon institution, till exempel ett motivationshem eller behandlingshem. Institutionsvård kan erbjudas som en frivillig insats, men kan även ske i form av tvångsvård på LVM-hem under särskilda förhållanden och förutsättningar. I det senare fallet beslutar förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden om vård enligt LVM.

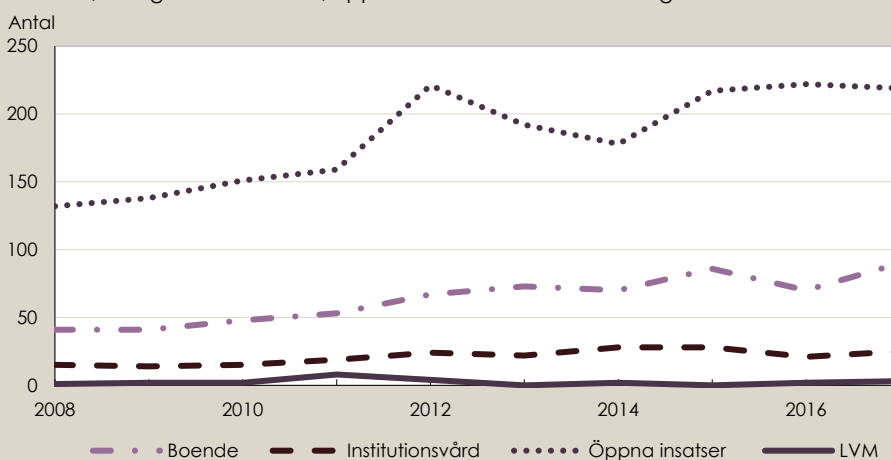
Andelen personer 65 år eller äldre som vårdats inom institutionsvården, såväl frivilligt som i tvångsvård enligt LVM, varierar över de senaste tio åren, men totalt sett har en ökning skett av antalet vårdade jämfört med 2007.

Insatser för kvinnor respektive män

Figur 9 och figur 10 (observera att skalorna skiljer sig mellan figur 9 och 10) visar antalet kvinnor respektive män 65 år eller äldre som får insatser inom socialtjänsten för missbruksproblem. Av figuren 8 framgår att antalet äldre kvinnor med boendeinsatser mer än fördubblats mellan 2007 och 2016. Även antalet män som får boendeinsatser har ökat kraftigt under perioden, figur 10.

Figur 9. Antalet kvinnor 65 år eller äldre som beviljats insatser för missbruksproblem, utvecklingen 2007–2016

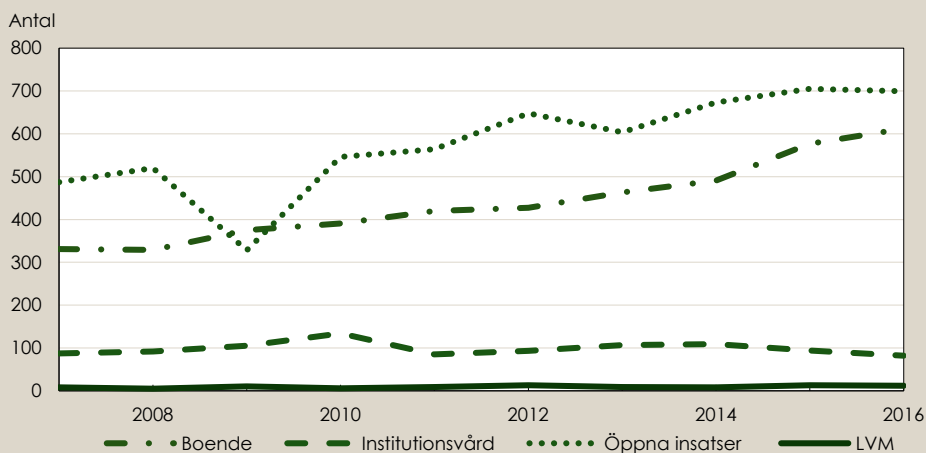
Uppgifterna avser antal personer den 1 november 2007–2016 som fått insatserna boende, frivillig institutionsvård, öppna insatser eller vårdats enligt LVM.



Källa: Statistik om vuxna med missbruk och beroende. Socialstyrelsen.

Figur 10. Antalet män 65 år eller äldre som beviljats insatser för missbruksproblem, utvecklingen 2007–2016

Uppgifterna avser antal personer den 1 november 2007–2016 som fått insatserna boende, frivillig institutionsvård, öppna insatser eller vårdats enligt LVM.



Källa: Statistik om vuxna med missbruk och beroende. Socialstyrelsen.

Ökningen av andelen personer 65 år eller äldre med behov av stöd och hjälp för missbruksrelaterade problem ställer i sin tur större krav på verksamheterna, dels på att det finns ett väl fungerande samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, dels på samarbete inom kommunen mellan äldreomsorgen och missbruks- och beroendevården [23]. Det handlar om samverkan och samarbete mellan olika professioner och aktörer, exempelvis för att ge relevanta stödinsatser till personer med mångårigt missbruksproblem eller att utveckla arbetsformer för att tidigt uppmärksamma äldre personer med ett riskbruk av alkohol. Organisatoriska stuprör riskerar att försvåra samarbete mellan olika enheter inom kommunens socialtjänst. De kan ytterst leda till att enskilda äldre inte får stöd i tid och i rätt omfattning.

Överenskommelser om samverkan och rutiner för samordning kan fungera som verktyg och stöd för exempelvis biståndshandläggare och hemtjänstpersonal, två yrkesgrupper som i sitt arbete möter äldre personer med missbruksproblem.

Bristande stöd till biståndshandläggare

Av 300 kommuner och stadsdelar uppger 106, det vill säga 35 procent, att de har en rutin för hur samordning ska ske med missbruks- och beroendevården [24].

Det finns stora skillnader i landets kommuner när det gäller att stödja biståndshandläggare i deras arbete att uppmärksamma alkohol- och narkotikaproblem hos äldre. Av 300 kommuner och stadsdelar uppger 35 (12 procent) att de har en aktuell rutin för hur biståndshandläggare ska agera när det finns tecken på att en äldre person är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra former av beroendeframkallande medel. Sådana rutiner är ett stöd och är viktiga mot bakgrund av att långtifrån alla biståndshandläggare har utbildning om alkohol och äldre.

Vidare är det ett fåtal kommuner som anger att handläggarna har strukturerade metoder för att uppmärksamma äldre personers alkohol- och drogvanor. Tio procent av kommunerna använder Audit, som är ett bedömningsinstrument för att identifiera riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Sju procent av kommunerna använder instrumentet Dudit för att bedöma om personer har problem med narkotika inklusive beroendeframkallande läkemedel.

Bristande stöd till hemtjänstpersonal

Hemtjänstpersonal är en yrkesgrupp som ibland möter äldre med riskbruk eller missbruksproblem i sitt dagliga arbete. Det kan innebära att personalen ställs inför etiska dilemman. Ett exempel kan vara när en äldre person med alkoholproblem regelbundet ber personalen att åka till systemet och köpa alkohol. Det är svåra beslut som den enskilda anställda ställs inför. Den äldre personens självbestämmande ska respekteras samtidigt som inköp av alkohol riskerar att förvärra ett missbruk och eller leda till konsekvenser som fallolyckor och att den äldre personen får illa [25].

Merparten av kommunerna saknar rutiner inom hemtjänsten för hur personalen ska agera om de misstänker eller upptäcker att en enskild äldre är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel. Omkring 35 procent av landets kommuner uppger att det finns en sådan rutin, men endast 34 kommuner och stadsdelar anger att samtliga hemtjänstenheter har en sådan rutin vid misstanke om eller upptäckt av att en äldre person är beroende av alkohol eller missbrukar andra beroendeframkallande medel [26]. Det motsvarar 10 procent av kommunerna och stadsdelarna.

Resultaten ligger i linje med tidigare studier som har gjorts. Dessa pekar på att det i ett fåtal kommuner finns ett strukturerat samarbete mellan äldreomsorgen och missbruksenheten samt att det ofta i kommunerna saknas en policy för hur personalen ska förhålla sig till personer som har missbruksproblem [23].

Avsaknaden av rutiner och att ett fåtal kommuner använder bedömningsinstrument indikerar att många kommuner saknar en helhetssyn och ett systematiskt arbetssätt när det gäller gruppen äldre med missbruksproblem. Detta kan ytterst leda till att enskilda äldre som riskerar att utveckla ett missbruk eller har ett missbruksproblem av alkohol eller andra droger inte får rätt stöd och sina behov tillgodosedda.

Stora skillnader i fråga om åtgärder mot riskbruk

Även hälso- och sjukvården har en viktig uppgift att ge förebyggande insatser till äldre med ett riskbruk av alkohol. Hälsoproblem som det är vanligt att personer söker för kan ha en koppling till alkoholkonsumtionen. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till vuxna som har ett riskbruk av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden kan bidra till en minskning av veckokonsumtionen av alkohol [11]. Det är dock fortfarande få personer med riskbruk som får stöd av hälso- och sjukvården att minska alkoholkonsumtionen. Mindre än en procent av personerna i primärvården fick någon åtgärd mot riskbruk av alkohol 2016 och det är ungefär som 2015.

Det är också stora skillnader mellan landsting och regioner när det gäller hur stor andel av personerna som får åtgärder mot riskbruk av alkohol. Region Norrbotten och Region Skåne har sedan tidigare genomfört relativt många insatser och fortsätter att utveckla arbetet med att erbjuda fler personer stöd. Där får i dag drygt två procent av personerna någon form av rådgivning. I tolv av landstingen och regionerna har personerna i primärvården fått rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal. Dalarna och Södermanland är de enda landsting som har redovisat att de genomför kvalificerat rådgivande samtal [27].

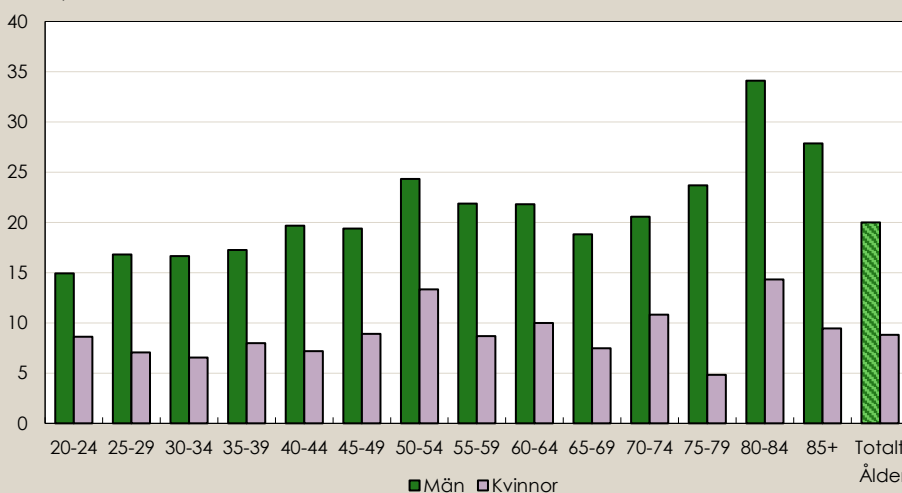
Suicid bland äldre

Suicid, att avsiktligt ta sitt liv, är ett globalt folkhälsoproblem som går att förebygga. Enligt WHO avlider drygt 800 000 människor i världen av suicid varje år, vilket motsvarar 11 suicid per 100 000 invånare [28]. I Sverige har suicidtalerna minskat sedan 1980-talet, men fortfarande inträffar fler än 1 000 fall av suicid per år.

Suicidtalerna (suicid/100 000 invånare) var 2016 högst i åldersgruppen 80 till 84 år, och lägst i den yngsta åldersgruppen, 20–24 år, figur 11. Av figuren framgår tydligt att skillnaden mellan könen är högst i de äldsta åldersgrupperna. Figuren visar också att det i åldersgruppen 65–84 år är mer än dubbelt så många män som kvinnor som avlider av suicid.

Figur 11. Avsiktligt självdestruktiv handling (suicid) i olika åldersgrupper

Andel avlidna män och kvinnor av suicid, redovisat i femårsåldersklasser, under 2016.
Antal per 100 000



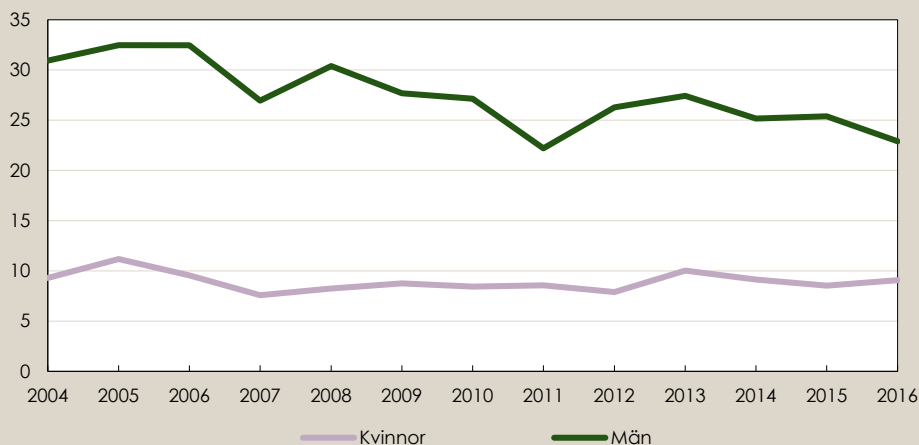
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Andelen som begår suicid bland personer 65 år eller äldre har varit oförändrad sedan början av 2000-talet, figur 12. Socialstyrelsen kan samtidigt konstatera att det är de äldre männen, 80 år och äldre, som relativt sett begår mest suicid i befolkningen, något som varit konstant över tidsperioden.

Figur 12. Suicid bland män och kvinnor 65 år eller äldre

Andel avlidna män och kvinnor 65 år eller äldre orsakade av suicid, under perioden 2004 till 2016.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Brott mot äldre behöver förebyggas och upptäckas

Äldre personer kan ofta vara rädda för att utsättas för brott, trots att brottsstatistik visar att de löper en relativt liten risk att drabbas. Generellt sett är de äldre kvinnorna mer rädda att utsättas för brott än de äldre männen. Vanliga brott som de äldre kan vara rädda för är att bli rånade och misshandlade utomhus och att få inbrott i den egna lägenheten. Det finns också brott mot äldre som begås av vårdpersonal eller av närstående, exempelvis maken eller maken eller de egna barnen.

För att upptäcka våld mot äldre personer så tidigt som möjligt är det centralt med kunskap och medvetenhet hos yrkesgrupper som ofta möter äldre, till exempel inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Socialstyrelsen har tagit fram en utbildning om våld mot äldre som främst riktar sig till personer som kommer i kontakt med äldre i sitt arbete [29]. Syftet med utbildningen är att stödja kommuner och andra aktörer i deras kvalitets- och utvecklingsarbete när det gäller att förebygga, upptäcka, förhindra och hantera våld mot äldre personer. Socialstyrelsen har även uppdaterat handboken om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Handboken är ett komplement till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2014:4) om våld i nära relationer.

En tioårig nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor började gälla den 1 januari 2017 [30]. Liksom alla kvinnor, omfattas äldre kvinnor av strategins mål. Socialstyrelsen har i uppdrag att stödja genomförandet och uppföljningen av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Länsstyrelserna fick i regleringsbrevet för 2017 i uppdrag ta fram regionala strategier och handlingsplaner i enlighet med målsättningarna i strategin.

Rapporten *Våld mot äldre kvinnor – en forsknings- och kunskapsöversikt* visar att äldre kvinnor utsätts för försummelse, ekonomiskt utnyttjande, samt fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld [31]. Försummelsen kan vara såväl aktiv och medveten som passiv och omedveten. Äldre kvinnor utsätts även för nätbase-rade övergrepp såsom nättrakasserier och nätstalkning. Forskningen visar att ju allvarigare våldet är, desto högre andel av förövarna är en nuvarande partner eller barn (inklusive ingifta) till kvinnan. De äldre kvinnorna berättar i minst utsträckning om våldet när förövaren är kvinnans nuvarande partner. Kvinnor som utsätts för våld av hemtjänst- eller vårdpersonal berättar i störst utsträckning för någon om situationen. Äldre kvinnor som blivit utsatta för våld rapporterar det generellt i mindre utsträckning än vad yngre kvinnor gör. En orsak skulle kunna vara generationsbetingade normer, som att våld av en partner inte är något man ska berätta om för utomstående.

Forskningen om våld mot äldre kvinnor av en partner är begränsad. Studier visar dock att situationer där en äldre kvinna utsätts för våld av sin partner kan se olika ut. I en del fall kan kvinnan ha varit utsatt för våld från sin partner under större delen av sitt vuxna liv. I andra fall kan en partner börja utsätta en äldre kvinna för våld först efter det att hon blivit äldre. Kvinnan kan också inleda en ny relation där partnern utsätter henne för våld [30, 31].

Kunskapen om vilka typer av brott som främst drabbar äldre personer och vilka särskilda utmaningar som äldre brottsoffer ställs inför är väldigt begränsad i Sverige. Brottsförebyggande rådet (Brå) har därför ett pågående forskningsprojekt om äldre som ska öka kunskapen om äldres utsatthet och oro för brott samt äldres förtroende för rättsväsendet. Projektet beräknas vara klart under våren 2018.

Boendesituation för äldre

Olika former av boenden för äldre

En gång om året genomför Boverket en bostadsmarknadsenkät som skickas ut till landets kommuner. Nedan redovisas de huvudsakliga resultaten från undersökningen 2017 för särskilda boendeformer, seniorbostäder och trygghetsbostäder.

Särskilda boendeformer

Enligt SoL är kommuner skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som är i behov av särskilt stöd. Bostad i särskilt boende beviljas som bistånd enligt SoL, och i regel till äldre personer som inte längre kan få sina behov tillgodosedda i det egna hemmet och som behöver tillsyn eller/och omvårdnad dygnet runt.

Nästan hälften av kommunerna i Sverige uppger att de har balans i utbudet av särskilda boendeformer för äldre personer, vilket är ungefär lika många som 2016. Antalet kommuner som bedömer att de har ett överskott på särskilda boendeformer har minskat sedan förra årets undersökning, från 21 till 15 kommuner.

Sammanlagt 125 kommuner bedömer att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. Det är en ökning med 16 kommuner jämfört med 2016 års enkät, då 109 kommuner bedömde att de hade ett underskott.

Det är i första hand i kommungruppen ”högskolekommuner med färre än 75 000 invånare” som har brist på särskilda boendeformer för äldre och 50 procent av dessa kommuner uppger i enkäten att de har ett underskott. Ofta har situationen varit bättre för kommuner utanför storstadsområdena med ett litet invånarantal. I 2017 års enkät anger dock 44 procent av kommunerna i kommungruppen ”övriga kommuner med färre än 25 000 invånare” att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre, vilket är samma nivåer som storstadskommunerna redovisar. Samtidigt uppger 62 procent av kommunerna i gruppen ”övriga kommuner med fler än 25 000 invånare” att de har balans i utbudet när det gäller särskilda boendeformer för äldre och det är den högsta andelen i 2017 års enkät.

Sammanlagt 98 kommuner bedömer att det kommer att tillkomma 5 600 bostäder i särskilda boendeformer för äldre 2017 och 2018, varav hälften väntas ha påbörjats under 2017 och den andra halvan har planerad byggstart under 2018. De flesta bostäder i särskilda boendeformer för äldre förväntas tillkomma genom nybyggnation⁹.

Seniorbostäder

Seniorbostäder är, enligt Boverkets beskrivning, helt vanliga bostäder som det ska vara enkelt och bekvämt att åldras i, med möjlighet till gemenskap med andra. Till skillnad från de särskilda boendeformerna tillhandahålls inte seniorbostäder som bistånd från socialtjänsten, utan de finns att tillgå på den reguljära bostadsmarknaden.

Totalt 196 kommuner uppger att de har seniorbostäder, vilket är 13 kommuner fler än 2016. I Storstockholm och på högskoleorterna finns det seniorbostäder i nästan samtliga kommuner. Sammanlagt 63 av landets kommuner uppger att det kommer att påbörjas knappt 2800 seniorbostäder under de kommande två åren. I första hand handlar det om nybyggnation¹⁰.

Trygghetsbostäder

Boverket beskriver trygghetsbostäder som en relativt ny boendeform för äldre personer. Den överbryggar glappet mellan vanligt boende och särskilda boenden med heldygnssomsorg. Även trygghetsbostäderna tillhandahålls på den reguljära bostadsmarknaden och inte som bistånd enligt SoL.

Kommunerna, men också andra, kan få investeringsstöd för att inrätta trygghetsbostäder, enligt förordningen (2007:159) till äldreboendestöd m.m. Vad som avses med trygghetsbostäder framgår av 2 § i den nämnda förordningen. Där anges att trygghetsbostäder är sådana bostäder där det finns personal som dagligen på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. Bostäderna kan vara hyresrätter, kooperativa hyresrätter eller bostadsrätter. Bostäderna ska innehas av personer som fyllt 70 år. När det gäller makar, sambor eller syskon räcker det att en av personerna i hushållet fyllt 70 år. Vidare ska trygghetsbostäder vara planerade så att det är möjligt att bo kvar om man får en funktionsnedsättning som kräver hjälpmedel för förflyttning. Det är därför

⁹ Boverket. Äldre. Särskilda boendeformer för äldre. 2017. Hämtad 2017-09-04 från: <http://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten-i-korthet/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/aldre/sarskilda-boendeformer-for-aldre/>

¹⁰ Boverket. Äldre. Seniorbostäder. 2017. Hämtad 2017-09-04 från <http://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten-i-korthet/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/aldre/seniorbostader/>

viktigt att bostaden genom sin utformning underlättar, dels för den enskilde att använda moderna och bra hjälpmedel för att kunna klara sig, dels för att personalen ska kunna utföra sitt arbete med effektiva metoder och moderna och bra hjälpmedel utan att riskera sin hälsa¹¹. Trygghetsbostäderna ska också innehålla lokaler för gemensamma aktiviteter. Det är grundläggande att trygghetsbostäder bemannas med personal varje dag för att skapa kontakt med de boende, erbjuda gemensamma måltider och erbjuda kulturella aktiviteter m.m.¹¹.

Totalt 160 kommuner uppger att de har trygghetsbostäder, vilket är tio kommuner fler än 2016. Knappt 90 procent av de större högskoleorterna (högskoleorter med fler än 75 000 invånare) har i dag trygghetsbostäder, medan det i Storstockholm och i kommungruppen ”övriga kommuner med färre än 25 000 invånare” finns trygghetsbostäder i färre än hälften av kommunerna. I Storgöteborg och Stormalmö har ungefär 70 procent av kommunerna trygghetsbostäder.

Sammanlagt bedömer 74 kommuner att det kommer att byggas närmare 2 700 trygghetsbostäder 2017 och 2018. Det är en minskning jämfört med svaren i 2016 års enkät då kommunerna beräknade att cirka 3 800 bostäder skulle tillkomma under 2016–2017¹².

Väntetiden till särskilt boende

Den som beviljats ett särskilt boende ska inte behöva vänta för länge på erbjudande om att få plats på ett boende. En lång väntan kan få negativa konsekvenser för den äldres hälsa och även påverka närstående negativt. Kommunerna har en skyldighet att, enligt SoL, omedelbart verkställa gynnande biståndsbeslut. IVO kan utkräva en särskild avgift från kommunen om väntetiden är oskäligt lång. Som framgår av föregående avsnitt, var det fler kommuner än tidigare som bedömer att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre.

Väntetiden till särskilt boende har minskat med en dag mellan 2016 och 2017 och ligger på 56 dagar, figur 13. Spridningen mellan kommunerna har varit stor, men var som störst 2017. År 2017 rapporterade Ljusnarsbergs kommun att de hade en dags väntetid till särskilt boende. Perstorps kommun rapporterade flest dagar av samtliga kommuner i undersökningen. Där fick en person vänta 295 dagar på att få ett erbjudande om inflyttning, efter att kommunen beviljat ens ansökan om särskilt boende. Sedan 2015 finns information om väntetider könsuppdelad. Mellan 2015 och 2017 fick kvinnor i genomsnitt vänta 59 dagar i jämförelse med 56 dagar för män (framgår inte av figuren).

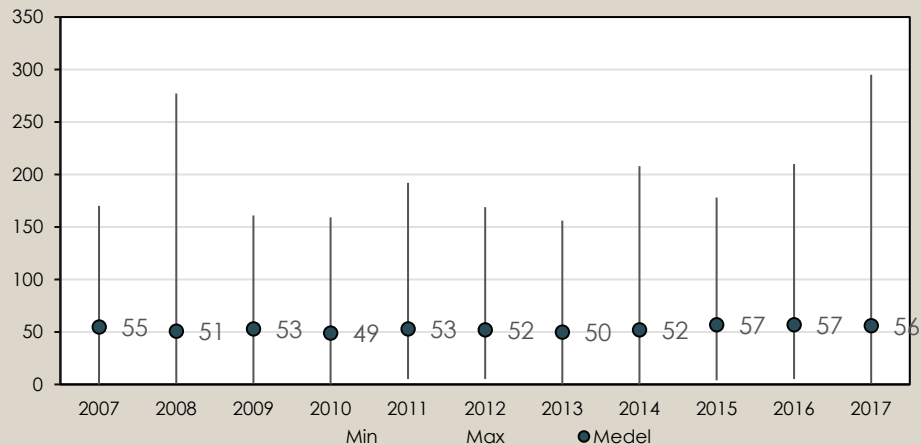
¹¹ Världigt liv i äldreomsorgen, prop. 2009/10:116 s. 86. <http://www.regeringen.se/contentassets/375c5289fb3b434b8aba108a38d6e1f4/vardigt-liv-i-aldreomsorgen-prop.-200910116>

¹² Boverket. Äldre. Trygghetsbostäder 2017. Hämtad 2017-09-04 från <http://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten-i-korthet/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/aldre/trygghetsbostader/>

Figur 13. Antal dagar från beslut om särskilt boende till erbjudande om inflyttning

Riket samt spridning i antal dagar, år 2007–2017.

Dagar



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2018-01-18.

Totalt har 290 000 pensionärer bostadstillägg

Tabell 5 visar den genomsnittliga totala pension vid 67 års ålder fördelat på kvinnor och män [32]. I den totala pensionen ingår den allmänna pensionen (inklusive efterlevandepension, bostadstillägg och äldreförsörjningsstöd), tjänstepensionen samt den privata pensionen. Kvinnors totala pension är lägre än mäns oavsett vilken sektor de har arbetat i, men skillnaden har minskat över tid. Skillnaden mellan kvinnors och mäns totala pensioner beräknas minska i framtiden.

Tabell 5. Kvinnors och mäns genomsnittliga totala pensioner vid 67 års ålder, kronor per månad omräknade till 2014 års priser

	Födda 1938	Födda 1943	Födda 1947
Kvinnors genomsnittliga totala pension per månad	14 480	16 210	16 840
Mäns genomsnittliga totala pension per månad	20 800	22 700	22 610
Skillnad mellan kvinnors och mäns totala pension	6 320***	6 200***	6 490***
Kvinnors genomsnittliga totala pension som andel av mäns totala pension	0,696	0,714	0,745

*** Skillnaden är signifikant på 0,1-procentsnivån.

Källa: Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2017:8.

Var sjätte person över 65 år i Sverige har en inkomst som innebär risk för fattigdom. Bland de nordiska länderna har Sverige den högsta andelen äldre med en disponibel inkomst under den relativa fattigdomsgränsen. Ungefär 17 procent av de som är 65 år eller äldre har låg disponibel inkomst. Detta kan jämföras med mellan 9 och 12 procent i övriga Norden¹³. Utrikes födda har, och riskerar även i framtiden att få, genomsnittligt lägre pensioner än inrikes födda [32].

¹³ SCB webbplats: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/pong/statistiknyhet/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc2/>

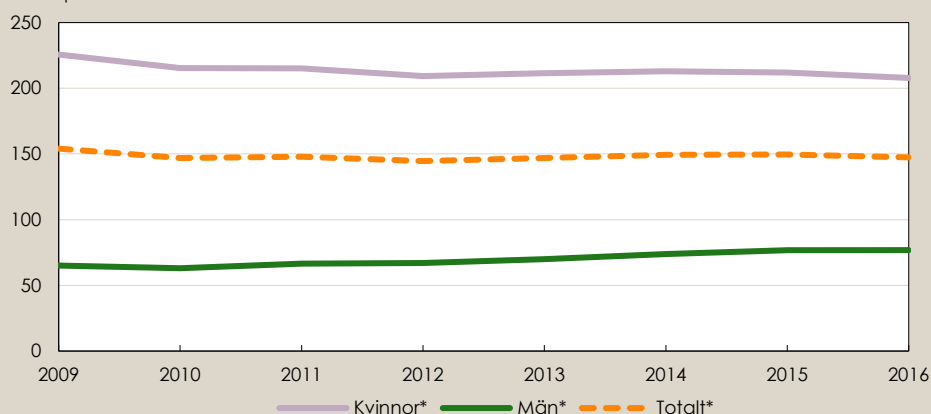
I Sverige används 22 procent av den disponibla inkomsten till att betala för boendekostnaderna, vilket ungefär motsvarar genomsnittet inom EU. Pensionärer med låg pension har möjlighet att ansöka om bostadstillägg, som är ett tillägg till pensionen och betalas ut samtidigt med den allmänna pensionen. Bostadstillägget är skattefritt. Det betalas ut med maximalt 5 090 kronor per månad och det genomsnittliga beloppet är cirka 2 400 kronor per månad¹⁴.

I dag har drygt 290 000 pensionärer bostadstillägg. År 2016 hade 221 266 kvinnor bostadstillägg jämfört med 211 481 kvinnor 2009. Motsvarande siffra för män var 70 098 år 2016 respektive 49 036 år 2009. Figur 14 visar antalet personer med bostadstillägg per 1000 invånare 65 år och äldre uppdelat på kvinnor och män, för 2009 till 2016. Inkomstskillnaderna mellan könen är en förklaring till att fler kvinnor än män har bostadstillägg. I genomsnitt har kvinnor lägre inkomster under livet än män, vilket leder till lägre pension.

Figur 14. Bostadstillägg till pensionärer

Andel personer med bostadstillägg till pensionärer 65 år och äldre, uppdelat på kvinnor och män, redovisat för 2009 till 2016.

Antal per 1 000



* I värdet för antal personer med bostadstillägg för pensionärer ingår även personer under 65 år. 2016 utgjorde dessa 0,1 % av det totala antalet personer med bostadstillägg till pensionärer.

Källa: Pensionsmyndigheten och SCB.

Bland män med de lägsta pensionerna fick en större andel bostadstillägg än bland kvinnor med de lägsta pensionerna. Deras genomsnittliga belopp var också högre. Det beror på att män med de lägsta pensionerna i större utsträckning än kvinnor med de lägsta pensionerna är ensamstående [32].

Sedan 2010 har antalet fysiska personer, 65 år eller äldre, som har skuld hos Kronofogden ökat, vilket framgår av figur 15. Detta gäller både kvinnor och män.

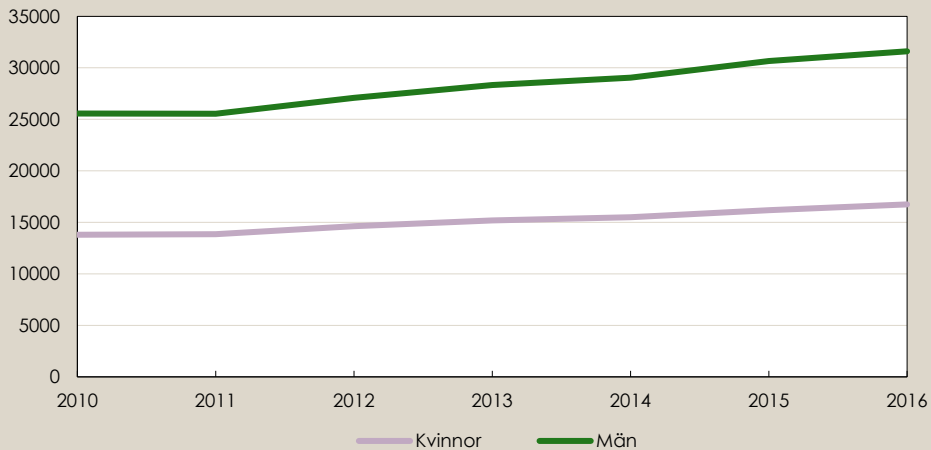
¹⁴ Pensionsmyndighetens webbplats:

<https://www.pensionsmyndigheten.se/for-pensionarer/ekonomiskt-stod/mer-fakta-om-bostadstillagg>

Figur 15. Skulder hos Kronofogden.

Antal fysiska personer 65 år och äldre med skulder hos Kronofogden 2010 till 2016, uppdelat på kvinnor och män.

Antal personer



Källa: Kronofogden.

Hemlöshet bland personer 65 år eller äldre

Hemlöshet är ett allvarligt samhällsproblem. Att personer blir hemlösa beror sannolikt både på individuella faktorer och brister i samhället. Socialstyrelsen har sedan 2002 haft i uppdrag av regeringen att kartlägga hemlöshetens omfattning och karaktär, som underlag, för att motverka hemlösheten i Sverige. Förra årets kartläggning var den femte som Socialstyrelsen genomförde, den senaste gjordes 2011 [33]. Kartläggningen omfattar personer med svenskt medborgarskap och personer som har tillfälligt eller permanent uppehållstillstånd i Sverige och som befann sig i hemlöshet under vecka 14 (3–9 april) 2017 [34].

Av samtliga inrapporterade personer som räknades som hemlösa under mätveckan var 1 850 personer (7 procent) 65 år eller äldre¹⁵. Av dessa var 73 procent män och 27 procent kvinnor. Ungefär 27 procent var födda i ett annat land än Sverige (480 personer), av dem hade 83 procent varit i Sverige längre än två år. Jämfört med Socialstyrelsens hemlöshetskartläggning 2011 var det 350 fler personer som räknades som hemlösa i åldersgruppen 65 år eller äldre [33].

Den breda definition av hemlösheten i fyra olika situationer som användes vid kartläggningen 2011 har utgjort utgångspunkt även i kartläggningen 2017.

¹⁵ Specialkörning av hemlöshetskartläggningen vecka 14, 2017. Socialstyrelsen Hemlöshet 2017- omfattning och karaktär. Hämtad 171130.

Situation 1: Akut hemlöshet

Personen är hänvisad till akutboende, härbärge, jourboende, skyddade boenden eller motsvarande. Här ingår också personer som sover i offentliga lokaler, utomhus eller i trappuppgångar, tält, bilar eller motsvarande.

Situation 2: Institutionsvistelse och stödboende

Personen är antingen intagen eller inskriven på en kriminalvårdsanstalt eller SiS-institution, eller bor på ett hem för vård och boende (HVB), i ett familjehem eller ett stödboende som anordnats av socialtjänsten. Personen ska flytta därifrån inom tre månader efter mätveckan, men har inte någon egen bostad ordnad inför flytten eller utskrivningen. Hit räknas även de personer som skulle ha skrivits ut eller flyttat, men som är kvar på grund av att de inte har någon egen bostad ordnad.

Situation 3: Långsiktiga boendelösningar

Personen bor i en av kommunen (socialtjänsten) ordnad boendelösning såsom försökslägenhet, träningslägenhet, socialt kontrakt, kommunalt kontrakt eller motsvarande på grund av att personen inte får tillgång till den ordinarie bostadsmarknaden. Det handlar om boendelösningar med någon form av hyresavtal (eller kontrakt) där boendet är förenat med tillsyn, särskilda villkor eller regler.

Situation 4: Eget ordnat kortsiktigt boende

Personen bor tillfälligt och kontraktslöst hos kompisar eller bekanta, familj eller släktingar eller har ett tillfälligt (max tre månader efter mätveckan) inneboende- eller andrahandskontrakt hos en privatperson. Den uppgiftslämnande verksamheten har haft kontakt med personen av detta skäl och kände till att denna hemlöshetssituation gällde under den aktuella mätveckan.

Boendeformer

Den största andelen (65 procent) av de hemlösa personerna 65 år eller äldre bodde under mätveckan i de mer långsiktiga boendelösningarna (situation 3), jämfört med 49 procent av det totala antalet inrapporterade personer. De personer som bor i de mer långsiktiga boendelösningarna bor mer stabilt än de personer som befinner sig i någon av de andra tre situationerna i hemlöshet. Drygt 770 äldre personer bodde med socialt eller kommunalt kontrakt under mätveckan. Det innebär att kommunen hyr eller äger bostaden och hyr ut den till personer med ett hyresavtal med tillsyn, särskilda villkor eller regler. Ytterligare 440 personer 65 år eller äldre bodde i försökslägenhet, övergångslägenhet, träningslägenhet eller genomgångsbostad.

Lite fler än var tionde person som var 65 år eller äldre (203 personer) bodde under mätveckan på ett stödboende eller i ett inackorderinghem. Totalt befann sig 261 personer 65 år eller äldre i akut hemlöshet under mätveckan, vilket tabell 6 visar.

Tabell 6. Personer 65 år eller äldre* som har rapporterats befinna sig i hemlöshet vecka 14, 2017, uppdelat på olika boendeformer.

Resultaten redovisas i antal personer och i procent av det totala antalet inrapporterade personer.

Boendeformer 2017	Antal äldre personer	Andel av de inrapporterade äldre (%)	Total av alla inrapporterad personer (%)
Akut hemlöshet:			
Offentliga utrymmen, utomhus	47	3	2
Tält, bil, husvagn, campingstuga	14	1	1
Härbärge, akutboende	73	4	4
Hotell, vandrarhem	59	3	6
Tillfälligt logi (jourboende, korttidsboende)	62	3	4
Skyddat boende eller kvinnojour	x	0	1
Totalt i situation 1 (inkl. 24 personer ospecificerat boende i sit. 1)	261	15	18
Institution och stödboende (utskrivning inom tre månader utan bostad):			
SiS-institution, HVB, familjehem	56	3	4
Kriminalvårdsanstalt, häkte, frivård	8	0	2
Stödboende, inackorderingshem	203	11	8
Heldygnsvård på behandlingshem inom hälso- och sjukvården (inkl. LRV och LPT)	14	1	1
Totalt i situation 2	281	15	15
Långsiktiga boendelösningar:			
Referensboende, träningslägenhet	152	8	8
Försökslägenhet, övergångslägenhet	177	10	6
Socialt kontrakt, kommunalt kontrakt	774	43	31
Bostad först (inte eget förstahandskontrakt)	14	1	1
Genomgångsbostad	61	3	3
Totalt i situation 3	1 178	65	49
Eget kortsiktigt boende:			
Ofrivilligt kontraktslöst boende hos familj/släkt	38	2	7
Ofrivilligt kontraktslöst boende hos vänner/bekanta	34	2	6
Tillfälligt andrahandsboende, kortare än tre månader, hos privatperson	7	0	2
Tillfälligt inneboende, kortare än tre månader, hos privatperson	10	1	2
Totalt i situation 4	89	5	18
TOTALT	1 818	100	100

*För 48 personer 65 år eller äldre saknas uppgifter om boendeform
Källa: Socialstyrelsens hemlöshetsenkät vecka 14, 2017.

Vilka är de hemlösa personerna?

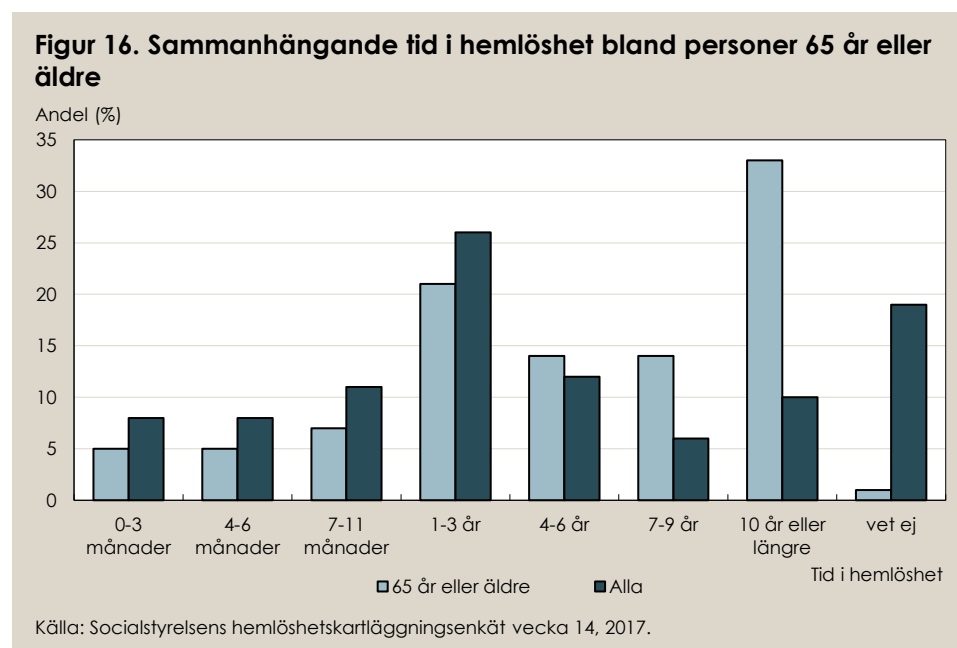
I gruppen hemlösa personer 65 år eller äldre har ungefär 40 procent missbruks- eller beroendeproblem. En femtedel av dem har psykisk ohälsa. Dessa siffror är högre än för hela kartläggningsgruppen. En större andel (37 procent)

i gruppen äldre personer har fysisk ohälsa, jämfört med hela kartläggningsgruppen. En femtedel av personerna i kartläggningen uppgavs inte ha något känt behov utöver bristen på bostad. Det gäller både för gruppen 65 år och äldre och för samtliga inrapporterade.

Tid som hemlös för personer 65 år eller äldre

Över 61 procent av de hemlösa äldre personerna hade varit hemlösa i mer än fyra år. En tredjedel av personerna har varit hemlösa längre än 10 år. Det är en högre andel än för det totala antalet inrapporterade [34].

Figur 16 redovisar hur lång sammanhängande tid som personerna 65 år eller äldre varit hemlösa före mätveckan, jämfört med alla inrapporterade personer vecka 14.



Innan den nuvarande boendesituationen, det vill säga där personen bodde eller vistades under mätveckan, hade 39 procent av personerna 65 år eller äldre bott i egen bostad eller lägenhet eller haft ett eget andrahandskontrakt. Över hälften (59 procent) hade även innan den nuvarande hemlösheten varit i någon av de fyra hemlöshetssituationerna. För 40 procent uppgavs att avhysning¹⁶ varit en bidragande faktor till deras nuvarande hemlöshet.

Kommunal hälso- och sjukvård

Kommunen har skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård till de personer som efter ett beslut bor i särskilt boende eller går i dagverksamhet enligt SoL samt till vuxna med beslut om bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS (12 kap. 1 § HSL). Därutöver får kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) (12 kap. 2 § HSL). Kommunen kan också efter överenskommelse med landstinget ta över ansvaret att

¹⁶ Avhysning är den juridiska termen för det som i vardagligt tal benämns vräkning. Socialstyrelsen 2017. Stöd för socialtjänsten i arbetet med att förebygga avhysningar. Stockholm 2017.

erbjuda hemsjukvård (14 kap. 1 § HSL). Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar inte insatser som ges av läkare (12 kap. 3 § och 14 kap. 1 § HSL).

Kommunal hälso- och sjukvård

Primärvården ansvarar för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad samt förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicintekniska resurser och kompetens eller annan särskild kompetens (2 kap 6§ HSL). Behoven tillgodoses med stöd av legitimerad personal i landsting och kommun. I den kommunala hälso- och sjukvården finansierar kommunerna insatser av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, de vanligast förekommande professionerna. Ett fåtal dietister finns också att tillgå. Läkare finansieras av landstingen. Den kommunala hälso- och sjukvården kan utföras av omsorgspersonal på delegation under förutsättning att patientsäkerheten upprätthålls (6 kap 3 § PSL).

Mellan 2013 och 2016 ökade antalet personer 65 år eller äldre inom den kommunala hälso- och sjukvården, från 308 400 personer till 325 500 personer, varav 63 procent var kvinnor. Skillnaden kan delvis förklaras med att kvinnor lever längre än män. Även om antalet äldre med kommunal hälso- och sjukvård ökade, var det en minskning i andelen då åldersgruppen 65 år eller äldre total ökade under samma tidsperiod [35].

Vanliga diagnoser och dödsorsaker bland personer med kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har sambearbetat uppgifter om olika diagnoser från patientregistret med uppgifter från kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Resultaten har beräknats för fyra olika åldersgrupper: 0–17 år, 18–64 år, 65–79 år och 80 år eller äldre [36]. Socialstyrelsen har också tagit fram de vanligaste dödsorsakerna för de olika åldersgrupperna genom att sambearbeta dödsorsaksregistret med det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret.

De vanligaste diagnoserna för åldersgruppen 65 år eller äldre är hjärtinfarkt och hypertoni. Andra vanliga diagnoser är diabetes och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL. Ögonsjukdomarna ses i de högre åldrarna, liksom besvär från urinvägarna. Lårbens- och höftfrakturer är den allra vanligaste orsaken till att personer 80 år eller äldre vårdas i akutsjukvård, majoriteten av dessa är kvinnor (75 procent). Demenssjukdom, angivet som bidiagnos, är bland de 20 vanligaste diagnoserna i åldrarna 65 år eller äldre.

Bland de vanligaste dödsorsakerna inom åldersgruppen 65 år eller äldre är hjärtsjukdomar, lunginflammation, KOL och diabetes. Ospecificerad demens anges som den näst vanligaste dödsorsaken bland personer 80 år eller äldre.

De flesta äldre som avlider har kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

Under 2016 avled nästan 80 200 personer i åldrarna 65 år eller äldre, tabell 7. Av dessa var cirka 55 200 "inskrivna" i kommunal hälso- och sjukvård när de dog, närmare 16 000 av dessa avled på sjukhus. Det innebär att drygt 39 200 avled i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS eller i särskilt boende enligt SoL, vilket motsvarar 49 procent av alla personer 65 år eller äldre som avled 2016.

Tabell 7. Antal personer som avled i olika boendeformer 2016.

Personer 65 år eller äldre med eller utan kommunal hälso- och sjukvård.

Boendeform	Antal personer ≥65 år som avled 2016	Varav som avled på sjukhus
Avliden med insatser ifrån KHSV*		
som bodde i ordinärt boende	25 600	11 300
som bodde i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS eller särskilt boende enligt SoL	29 600	4 600
Avliden utan insatser ifrån KHSV**	25 000	14 700

* KHSV Kommunal hälso- och sjukvård

** 10 200 avled i ordinärt boende, övriga avled utan känd boendeform.

Källa: Dödsorsaksregistret, patientregistret, registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen

Hemsjukvård och beviljade insatser

Hemsjukvård är hälso- och sjukvård som ges i personens ordinära bostad.

Hemsjukvård kan bedrivas i såväl kommunal som i landstingets eller regionens regi, men ansvaret för den kan överlätas på kommunen genom avtal. Även privata utförare kan utöva hemsjukvård efter uppdrag av landstinget, regionen eller kommunen.

Majoriteten av Sveriges kommuner har successivt under de senaste åren övertagit ansvaret för hemsjukvård och enstaka hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Det är endast kommunerna i Stockholms län, Norrtälje undantaget, som ännu inte övertagit det ansvaret från landstinget. Stockholms läns landsting planerar för ett överlämnade till samtliga kommuner i länet 2020. I 12 regioner och landsting omfattar kommunernas ansvar för hemsjukvården personer i alla åldrar, i sex regioner och landsting från 18 år och uppåt, i Uppsala från 17 år och i Värmland från 7 år och uppåt [37].

Under 2016 erhöll drygt 325 500 äldre personer i ordinärt och särskilt boende kommunal hälso- och sjukvård. Av dessa erhöll cirka 86 procent sammanhängande hemsjukvård i sitt ordinära boende. Ungefär 68 procent av personerna 65 år eller äldre i ordinärt boende erhöll både sammanhängande hemsjukvård och socialtjänstinsatser. Bland personer 65 år eller äldre i permanent särskilt boende fick nästan 94 procent både hemsjukvård och socialtjänstinsatser. Andel personer 65 år eller äldre som endast erhöll hemsjukvård i sitt ordinära boende var cirka 19 procent. I jämförelse med föregående år av andelen personer med hemsjukvård i olika vårdformer syns en liten procentuell ökning för 2016 [38].

Tabell 8. Personer med hemsjukvård i olika boendeformer¹⁷ 2015 och 2016.

Andel personer 65 år eller äldre med kommunal hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende tillsammans med beviljade socialtjänstinsatser ¹⁸ enligt socialtjänstlagen (SoL) och andel personer 65 år eller äldre med hemsjukvård i ordinärt boende utan socialtjänstinsatser. Fördelat i procent, efter ålder och kön. Resultat för 2015 redovisas inom parentes.

Indikator	65–79 år		≥ 80 år		Totalt	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	≥ 65 år	≥ 80 år
Andel personer med hemsjukvård*						
- av alla med KHSV** i ordinärt boende	81,2 (80,4)	82,8 (82,1)	88,1 (87,9)	87,0 (86,9)	85,7 (85,3)	87,7 (87,5)
- av alla med hemtjänst i ordinärt boende	63,2 (63,2)	66,5 (66,9)	69,8 (69,9)	69,9 (70,3)	68,3 (68,5)	69,8 (70,0)
- av alla med permanent särskilt boende	91,9 (93,2)	91,5 (92,7)	94,2 (94,9)	94,2 (95,1)	93,7 (94,6)	94,2 (95,0)
Andel personer med enbart hemsjukvård i ordinärt boende	33,2 (32,8)	30,5 (30,4)	10,9 (11,3)	16,3 (17,1)	18,9 (19,1)	12,7 (13,2)

* Hemsjukvård: hälso- och sjukvårdsinsatser minst två månader i följd

** KHSV Kommunal hälso- och sjukvård

Källa: Socialstyrelsens kommunal hälso- och sjukvårdsregister (insatser) samt socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning (2016).

Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård

Under 2016 fick Socialstyrelsen ett utökat uppdrag att erbjuda särskilt stöd till register som innehåller uppgifter om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Antalet personer som får denna typ av vård ökar kontinuerligt men det finns få register som beskriver innehållet i denna verksamhet. Syftet med satsningen var bland annat att belysa vilka kvalitetsregister som finns av intresse för den kommunala hälso- och sjukvården och hur sambearbetning med olika register kan bidra till att öka kunskapen om innehållet i vården.

Sedan 2007 finns registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård med individbaserade uppgifter om personer som någon gång under en månad fått en hälso- och sjukvårdsinsats i kommunen. Det framgår inte vad som ligger bakom insatsen eller vad som gjordes. Med hjälp av sambearbetningar med andra register är det dock möjligt att få fram mer information om individer som får kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen identifierade 18 olika kvalitetsregister av betydelse för innehållet och utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården. I rapporten *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård* gjordes den första kartläggningen av täckningsgraden i respektive register, det vill säga hur väl ett register omfattar den population som den avser att beskriva [39]. De åtta register som valde att delta var:

- Senior alert
- Svenska demensregistret, SveDem
- Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens, BPSD

¹⁷ I beräkningarna förutsattes att personen i ordinärt boende erhöi hälso- och sjukvårdsinsatser minst två månader i följd vilket per definition klassificeras som hemsjukvård.

¹⁸ Sociala insatser såsom service, personlig omvårdnad eller hemtjänsttimmar. Stockholms läns kommuner, förutom Norrtälje kommun är exkluderade från beräkningen.

- Svenska Palliativregistret
- RiksSår – kvalitetsregister för svårläkta sår
- Nationellt Diabetesregister, NDR
- Riksstroke
- Rikshöft

Sambearbetningarna visade bland annat följande:

- PAR kan i flera fall inte användas för täckningsgradsberäkningar i den kommunala hälso- och sjukvården. PAR innehåller inte uppgifter om primärvården och därmed inte heller den kommunala hälso- och sjukvården. Registret för insatser i kommunal hälso- och sjukvård lämpar sig väl för att beskriva i vilken omfattning (täckningsgrad) som kvalitetsregistret Senior alert används bland personer i ordinärt och särskilt boende.
- En majoritet av dem som bröt höften 2015, 63 procent, hade redan insatser av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.
- NDR används främst i den landstingsfinansierade primärvården, men sällan för att följa upp diabetesvården i den kommunala hälso- och sjukvården.

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.

Under 2010–2016 minskade andelen personer med äldreomsorg i samtliga insatsformer, tabell 9.

Tabell 9. Utveckling av olika kommunala insatser enligt SoL

Andel (%) personer 65 år eller äldre som hade olika kommunala insatser enligt SoL 2010–2016.

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
2016	10,3	6,2	8,4	5,4	2,9	4,2	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5

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.

Allt fler personer med större behov av vård och omsorg bor kvar i det ordinarie boendet, en ökning som dock har stannat av de senaste åren. Ökningen

har fått effekter på utvecklingen och omfattningen av den kommunala hem-sjukvården, se tidigare avsnitt Kommunal hälso- och sjukvård.

De allra flesta som flyttar till ett särskilt boende har i dag hemtjänst innan inflyttningen. Av tabell 10 framgår andelen personer som inte hade hemtjänst innan de flyttade in på särskilt boende. Det är vanligare bland kvinnor, men skillnaden mellan könen är relativt liten. Det finns även en tendens att stigande ålder innebär att personen har haft hemtjänst innan inflyttningen. Orsaken kan vara att i yngre åldrar kan behovet av boende komma plötsligare, men det kan även vara så att makar i högre grad kan ge varandra hjälp och stöd tidigare i livet.

Tabell 10. Andel personer 65 år eller äldre som inte hade hemtjänst månaden innan de flyttade in på särskilda boenden, 2013–2016.

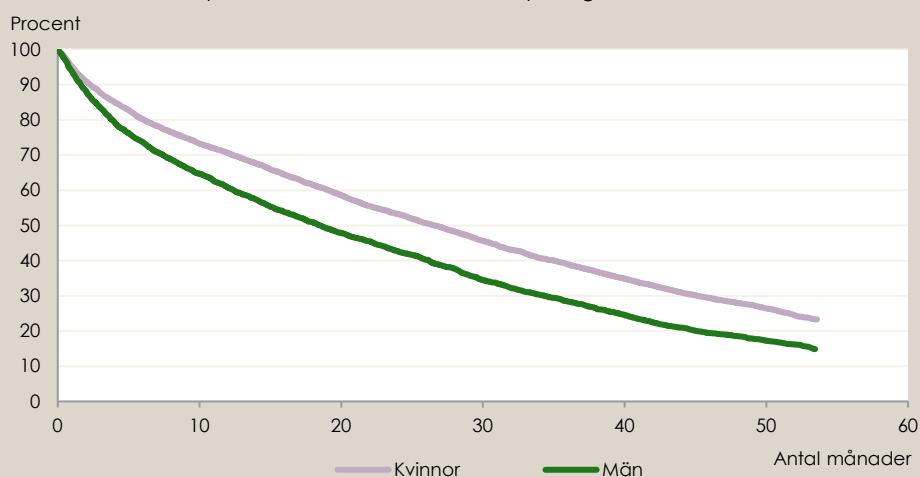
År	Män 65–79 år (%)	Kvinnor 65–79 år (%)	Män ≥ 80 år (%)	Kvinnor ≥ 80 år (%)
2013	38	28	30	22
2014	39	31	25	21
2015	41	30	23	20
2016	38	27	25	20

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

Ett halvt år efter inflyttningen till särskilt boende har 26 procent av de inflyttade männen och 20 procent av de inflyttade kvinnorna avlidit, och efter ett år är andelen 39 procent respektive 29 procent, figur 17. Andelen som avlider inom ett år är något högre för dem som är över 80 år eller äldre vid inflyttningen, jämfört med dem som är 65–79 år. Två år efter inflyttningen bor 43 procent av männen och 53 procent av kvinnorna kvar på särskilt boende. Av de inflyttade männen bor 18 procent och 28 procent av de inflyttade kvinnorna i särskilt boende längre än fyra år.

Figur 17. Vistelsetid på särskilt boende

Andel (%) personer, 65 år eller äldre, som flyttade in på särskilt boende under 2012 som bor kvar, redovisat på antalet månader sedan inflyttning, samt kvinnor och män.



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

Socialstyrelsen undersöker årligen de äldres uppfattning om äldreomsorgen. I 2017 års undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* fick 216 220 personer med äldreomsorg möjlighet att medverka [40]. Av dessa svarade 130 125 personer (60 procent) på enkäten. Rapporten redovisar för första gången också resultaten på frågor som anhöriga fått om deras egna upplevelser om omsorgen som ges till den enskilde äldre. Frågorna ställdes till anhöriga till personer på särskilt boende och kunde besvaras om den anhörige besvarade webbenkäten utan den enskildes medverkan.

Av anhöriga som deltagit i undersökningen är 83 procent nöjda med den vård och omsorg som ges till deras närstående. När äldre svarar helt själva är 84 procent lika nöjda. Av dem som bor hemma med stöd från hemtjänsten uppger 82 procent att personalen alltid eller oftast har tid att utföra sina uppgifter, och 86 procent uppger att det är ganska eller mycket tryggt att bo hemma med stöd av hemtjänst. Upplevelsen av hälsan och omsorgen ser däremot olika ut beroende på diagnos och om den äldre bor i ordinärt boende eller särskilt boende. Personer med multisjuklighet som bor i ordinärt boende skattar den egna hälsan som mindre god och upplever sig ha mer besvär av ångslan än den genomsnittliga hemtjänsttagaren. Majoriteten av de som svarat på enkäten känner förtroende för personalen som arbetar i hemtjänsten eller på det särskilda boendet.

Sammanfattande iakttagelser

Medellivslängden i Sverige har ökat med nästan 2,5 år sedan 2000. Antalet förväntade friska levnadsår vid 65 år ålder är bland de högsta i EU både för män och för kvinnor. Samtidigt är det vanligt med ohälsosamma levnadsvanor hos äldre befolkningen.

Alkoholkonsumtionen ökar bland personer över 65 år och allt fler beviljas öppna insatser på grund av missbruksproblem. Många kommuner tycks i dag sakna en helhetssyn och ett systematiskt arbetssätt när det gäller gruppen äldre med missbruksproblem. Detta kan leda till att enskilda äldre som riskerar att utveckla ett missbruk eller har ett missbruksproblem, inte får rätt stöd och sina behov tillgodosedda.

Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten i Sverige 2017 visar att 1850 personer, motsvarande 7 procent, var 65 år eller äldre och över 61 procent hade varit hemlösa i mer än fyra år. En majoritet av de hemlösa äldre har omfattande behov av vård och omsorg och är i behov av samordnade insatser från flera aktörer.

Mellan 2013 och 2016 ökade antalet personer 65 år eller äldre inom den kommunala hälso- och sjukvården från 308 400 personer 2013 till 325 500 personer 2016. Ungefär 68 procent av personerna 65 år eller äldre i ordinärt boende erhöll både sammanhängande hemsjukvård och socialtjänstinsatser.

Väntetiden till särskilt boende har minskat med en dag mellan 2016 och 2017 och ligger på 56 dagar, samtidigt bedömer fler kommuner än tidigare år att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre.

Resurser för vård och omsorg

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

Kostnader för vård och omsorg om äldre

Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet. Kostnaderna som redovisas i tabell 11 är fastprisberäknade till 2016 års prisnivå. Som underlag för uppräknningen används SCB:s konsumtionsindex 2016 för respektive verksamhetsområde. Andelarna av socialtjänstens kostnader, kommunernas kostnader och bruttonationalprodukten (BNP) redovisas i löpande priser.

Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2016 till 117 miljarder kronor vilket är en ökning i fasta priser sedan 2012, tabell 11. Den största ökningen kommer från hemtjänst och boendetjänst med 6,1 miljarder sedan 2012. Även särskilt boende har ökat under samma period med 1,6 miljarder. Korttidsboende har ingen markant förändring av kostnaderna. Övriga biståndsbedömda insatser och öppen verksamhet har minskat sedan 2012. Den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader är inkluderade i särskilt boende och ordinärt boende.

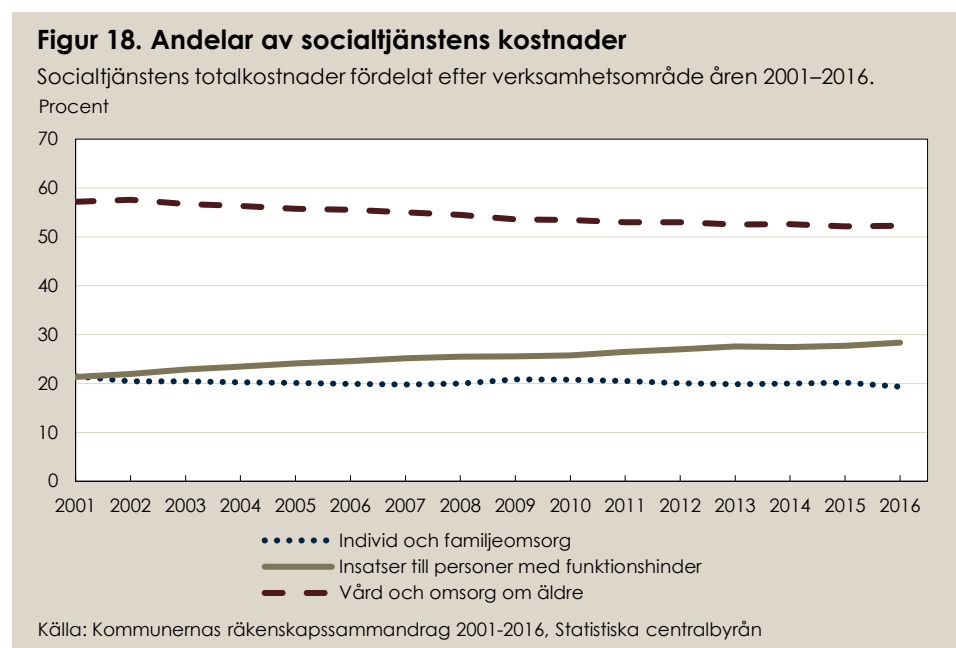
Tabell 11. Kostnader för vård och omsorg om äldre.

Kostnader för vård och omsorg om äldre 2012–2016, förändring mellan åren, andel av äldreomsorgens respektive socialtjänstens kostnader, kommunernas kostnader samt andel av BNP, miljarder kronor i fasta priser och procent, 2016 års pris.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2012–2016		Fördeln.
	2012	2013	2014	2015	2016	Miljarder kronor	%	2016 %
Verksamhetsområde								
Särskilt boende	65,3	64,6	64,8	62,8	66,9	1,6	2,4	57
Ordinärt boende	43,0	44,3	46,3	46,3	48,9	5,9	13,7	42
Varav: Hemtjänst/boendetjänst	33,3	34,8	36,7	37,1	39,4	6,1	18,3	34
Korttidsboende	6,6	6,3	6,6	6,4	6,7	0,0	0,7	6
Övriga biståndsbedömda insatser	3,1	3,2	3,0	2,8	2,9	-0,2	-7,6	2
Öppen verksamhet	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	-0,1	-3,2	1
Summa kostnad	109,9	110,5	112,7	110,7	117,4	7,4	6,7	100
Årlig procentuell förändring	11,3	0,5	2,0	-1,8	6,1			
Andel av socialtjänstens totala kostnader, %	53,0	52,6	52,6	52,1	52,3		-0,7	
Andel av kommunernas totala kostnader för egen verksamhet, %	20,5	20,1	20,1	19,9	19,1		-1,4	
Andel av BNP, %	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7		-0,1	

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2012–2016

Kostnaderna för vård och omsorg om äldre som andel av BNP har minskat från 2,8 till 2,7 sedan 2012. Kostnaderna för äldreomsorgen uppgick 2016 till 19,1 procent av kommunernas totala kostnader för egen verksamhet, vilket är en minskning jämfört med föregående år och jämfört med en femårsperiod. Som andel av kostnaderna för socialtjänsten har kostnaderna för vård och omsorg av äldre också minskat, från 53,0 procent till 52,3 procent 2016, figur 18.



Personalförsörjning

Resurser för att tillhandahålla god vård och omsorg är till exempel personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel och lokaler. Verksamhetsområdet omsorg och sociala tjänster är den största yrkesbranschen med flest anställda. Socialtjänstens verksamheter har dessutom genomgått stora förändringar de senaste åren. Inom omsorgen har kravet på kunskaper i arbetet ökat eftersom de enskilda blir äldre och sjukare. Personalen utför mer omvårdnadsarbete och mer kvalificerade arbetsuppgifter. Hälso- och sjukvård är också ett av de största yrkesområdena med närmare en halv miljon sysselsatta. Kvinnor dominerar de flesta yrkena inom båda verksamhetsområdena.

Hälso- och sjukvård ligger på fjärde plats av samtliga yrkesområden där det råder brist på kompetent personal, bedömer arbetsförmedlingen för första halvåret 2018. Exempelvis kommer det att vara brist på undersköterskor inom hemtjänst och äldreboende, specialistsjuksköterskor inom allmän hälso- och sjukvård och läkare [41].

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd har bland annat följt hur tillgången till läkare inom de medicinska specialiteterna har förändrats över de senaste 19 åren. Det finns 63 olika specialiteter för läkare, vilket är flest av de legitimerade yrkesgrupperna. Den varierande tillgången till olika specialistläkare genom åren ger en tydlig och detaljerad bild av inom vilka specialistområden som hälso- och sjukvården har utvecklats [42-44].

Antalet specialistsjuksköterskor minskade med sju procent i förhållande till befolkningen mellan 2009 och 2014 [45]. Utvecklingen skiljer sig mycket mellan olika specialiteter. Inom internmedicin och kirurgi har antalet specialistsjuksköterskor minskat med nästan 40 procent medan antalet inom ambulanssjukvård har ökat med cirka 80 procent. Trots att antalet specialistsjuksköterskor minskar, har fler utbildats de senaste åren jämfört med 1995–2006. Sedan 2007 har cirka 2 000 sjuksköterskor årligen utbildats till specialister. År 2014 fanns inom specialiteten vård av äldre 5,9 specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare, en ökning sedan 2009 med 33,6 procent.

Det saknas en gemensam nationell insamling av uppgifter om personal och antal anställda inom äldreomsorgen. Uppgifter från betänkandet *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre* (SOU 2017:21) visar dock att antalet anställda i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (kommunalt anställda och anställda hos enskilda utförare) har ökat under tidsperioden [46]. Exempelvis har antalet undersköterskor och vårdbiträden ökat med drygt 23 700 personer mellan 2009 och 2015.

Professionsmiljarden 2016 – satsning för att stärka hälso- och sjukvården

För att främja ett bättre resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården slöts en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i januari 2016. Den övergripande målsättningen för överenskommelsen var att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård. Överenskommelsen och tillhörande statsbidrag har gått under namnet professionsmiljarden.

Professionsmiljarden omfattar tre prioriterade utvecklingsområden:

- IT-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- Smartare användning av medarbetarnas kompetens
- Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning

Socialstyrelsen har gjort en första uppföljning av satsningen [47]. Denna visar att de prioriterade områdena i överenskommelsen är sådant som landstingen och regionerna har arbetat med under en längre tid. De ses som en helhet som tillsammans bidrar till bättre resursutnyttjande, och medlen från överenskommelsen har i stor utsträckning använts för att förstärka sedan tidigare planerat utvecklingsarbete. En följd av detta är att det är svårt att särskilja effekter av satsningen från resultat av landstingens och regionernas ordinarie utvecklingsarbete. Vidare är det svårt att värdera enskilda initiativ och insatser vilket bland annat beror på landstingens och regionernas olika förutsättningar.

Det pågår arbete med olika former av uppgiftsväxling från vårdpersonal till servicepersonal och medicinska sekreterare samt mellan olika grupper av vårdpersonal. Vårdnära service uppges ha bidragit till att öka vårdpersonalens tid för personnära arbete. Som ett sätt att rekrytera och behålla nya medarbetare redovisar knappt hälften av landstingen och regionerna att de erbjuder någon form av kliniskt introduktionssår. Det beskrivs underlätta övergången

från studier till yrkesliv för nyutexaminerade sjuksköterskor. Vidare beskrivs studielön till specialistutbildning för sjuksköterskor kunna bidra till att fler vårdare utbildar sig och ges möjlighet till kompetensutveckling. En majoritet av landstingen och regionerna erbjuder sådana tjänster.

Bemanning inom äldreomsorgen

Socialstyrelsen har för andra året i rad följt upp satsningen på en ökad bemanning inom äldreomsorgen [48]. Alla kommuner rekviderade stimulansmedel under 2016 för sin och enskilda utförares verksamheter. Under 2016 användes 97 procent av de tillgängliga stimulansmedlen. Satsningen påbörjades i juli 2015 och har sedan dess finansierat ungefär 5 000 årsarbetare i olika yrkeskategorier hos kommunala och enskilda utförare av äldreomsorg.

Stimulansmedlen har i olika äldreomsorgsverksamheter använts på ett sätt som främjar förbättringar för en god vård och omsorg om äldre personer. Några återkommande teman i kommunernas redovisningar är att de med stimulansmedlen har åstadkommit bland annat:

- förbättrad kontinuitet i bemanningen
- bättre nattbemanning
- team för trygg hemgång efter sjukhusvistelse
- förbättrat arbete med aktiviteter för en meningsfull tillvaro för äldre personer med omsorgsinsatser, såväl enskilt som i grupp.

Några kommuner redovisar också att de har använt stimulansmedlen för att förbättra organisationen när det gäller utveckling och åtgärdande av trygghetslarm, ökad kvalitet i rehabiliteringen eller förstärkt bemanning när det finns äldre personer med mycket oro vid boendet.

I 2017:s undersökning har frågeformuläret som årligen skickas till kommunerna kompletterats med intervjuer med äldreomsorgschefer, personalgrupper samt äldre personer med insatser från socialtjänsten.

Så här långt tyder uppföljningarnas resultat på att stimulansmedlen har bidragit till ökad trygghet och kvalitet för den enskilde, samt utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde, i de verksamheter som har tagit del av stimulansmedlen.

Att kunna använda stimulansmedlen på ett sådant sätt att personalen får en möjlighet att gemensamt utveckla verksamheten har visat sig vara större när chefer och personal har en gemensam bild av vad stimulansmedlen finansierar. För att stimulansmedlen ska leda till att personalen får större möjligheter att gemensamt utveckla verksamheten bör det i fler verksamheter kommuniceras till personalen vad stimulansmedlen finansierar i den egna verksamheten.

I äldreomsorgsverksamheter som inte har nåtts av stimulansmedlen vet inte alltid personalen att satsningen pågår. Samtidigt uttryckte personalen i flera verksamheter att det inte satsas tillräckligt på att äldreomsorgen ska fungera bra. Tänkvärt är att Socialstyrelsen får dessa svar mitt under den pågående satsningen. För att få mer engagemang och bättre resultat av satsningen är det önskvärt att fler kommuner på ett tydligare sätt informerar sin omsorgsperso-

nal om hur de har beslutat att använda stimulansmedlen. På så vis får äldreomsorgens personal en större kännedom om hur kommunen arbetar för att förbättra äldreomsorgen med hjälp av stimulansmedlen.

I intervjuerna med äldre personer var det flera som uttryckte sig vara nöjda med omsorgen. Samtidigt beskrev de att det fanns sådant som kunde förbättras, t.ex. som att några önskade att få vara utomhus mer, få röra sig mer, erbjudas något att se fram emot, få mer kontinuitet och förutsägbarhet, samt större utrymme för flexibilitet.

Kommunerna redovisar i stor utsträckning att de är positiva till satsningen, men de uttrycker också viss oro för att bemanningen kommer att minska när stimulansmedlen upphör. Några kommuner redovisar dock att stimulansmedlen gjort det möjligt att pröva arbetssätt som de planerar att göra permanenta vid satsningens slut, vilket kan ge långsiktiga effekter i dessa kommuner.

Uppföljningsresultaten visar också att det behövs lösningar på strukturella problem i äldreomsorgen. Framförallt när det gäller hur arbetet i hemtjänsten organiseras, vilket också har betydelse för hur personalen inom äldreomsorgen ska räkna till.

Sammanfattande iakttagelser

Hälso- och sjukvården är ett område där det råder stor brist på kompetent personal. Professionsmiljarden är stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning är ett prioriterat utvecklingsområde.

Även inom äldreomsorgen har satsningar gjorts för att öka bemanningen. Socialstyrelsens uppföljningar tyder så här långt på att stimulansmedlen har bidragit till ökad trygghet och kvalitet för den enskilde, samt utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

En kunskapsbaserad vård och omsorg baseras på bästa tillgängliga kunskap och ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta avsnitt beskrivs Socialstyrelsens kunskapsstödjande arbete med fokus på bland annat läkemedelsanvändning, tandvård bland äldre och nationella riktlinjer.

Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel. Det beror på sjukdomar i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar [49]. 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.

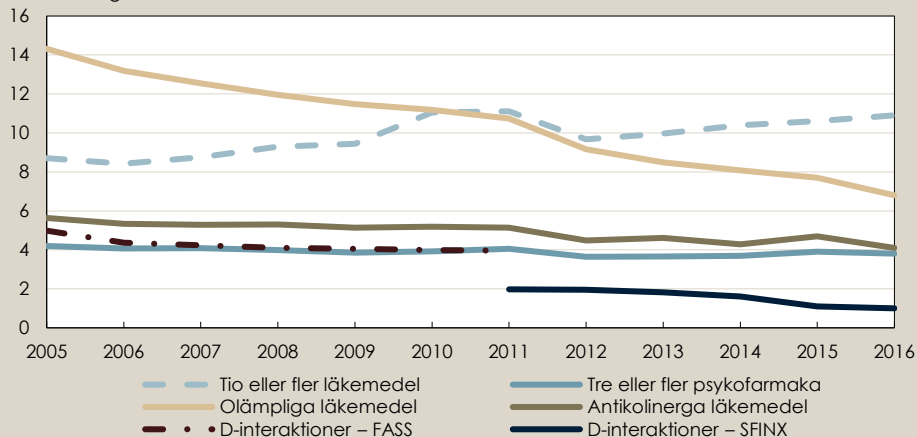
Personer som är 75 år eller äldre använder i dag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel [50]. Äldre som är multisjuka och äldre som bor i särskilt boende, som på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar är de mest känsliga för läkemedel, använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel [51]. Förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos personer 75 år eller äldre har minskat under perioden 2005–2016, se figur 19. 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 25 procent. Den påtagliga ökningen som sågs 2009–2010 vände till en minskning 2011–2012. Därefter har andelen åter ökat något, från 9,7 till 10,9 procent.

Under 2005–2016 har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt. Läkemedel som är olämpliga för äldre – en indikator i Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [52] – har minskat med 53 procent. Användningen av antikolinerga läkemedel minskade under samma tid med 27 procent. Dessa läkemedel kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre och ingår i indikatorn om olämpliga läkemedel för äldre. Samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka, en annan indikator för god läkemedelsbehandling hos äldre, har minskat med nio procent.

Figur 19. 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, numera Janusmed interaktioner, tillgänglig i flertalet patientjournalssystem.

Källa: Socialtjänstregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

Förskrivning av opioider till äldre

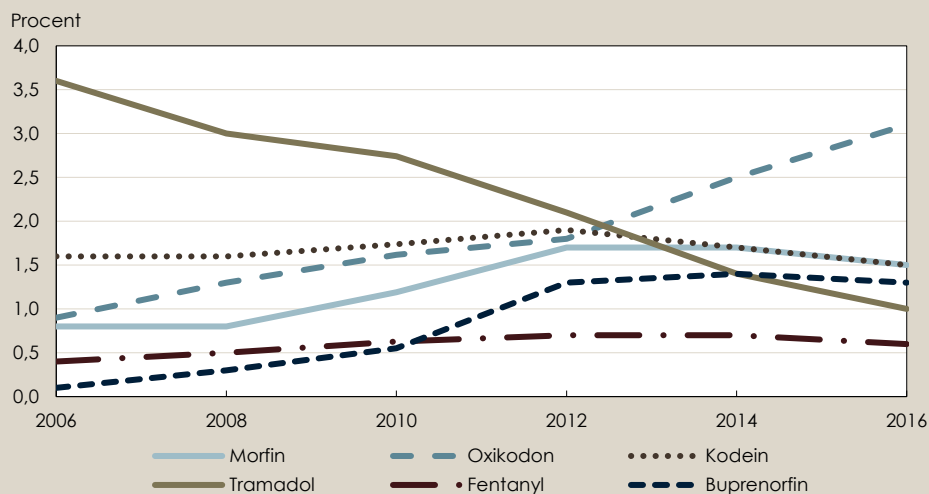
Opioider (morfin och morfinlika smärtstillande medel) ordineras vid svårare smärta då det inte ger tillräcklig smärtlindring att behandla med enbart ett perifert verkande smärtstillande medel – hos äldre i första hand paracetamol. Äldre är dock mer känsliga för opioider på grund av fysiologiska förändringar och ökad känslighet i centrala nervsystemet. De löper därför en ökad risk för biverkningar som trötthet, kognitiva störningar och fall [53]. Nedan presenteras resultat av årsvisa mätningar av förskrivningen av opioidläkemedel hos äldre under den senaste 2006–2016.

Förändringar i opioidanvändningen över tid

Figur 20 och 21 visar förskrivningen av de vanligaste typerna av opioider, hos kvinnor respektive män 75 år och äldre, under perioden 2006 – 2016 (mätning den 31 december respektive år). Förskrivningen av opioider (uttryckt som andel äldre som får sådana läkemedel) har som helhet minskat något under denna tid – från 9,7 till 8,6 procent hos kvinnor och från 6,3 till 5,2 procent hos män. Däremot har det skett påtagliga förändringar inom gruppen opioider. Oxikodon har ökat mest och är i dag den dominerande opioiden hos både kvinnor och män. Förskrivningen av morfin har också ökat, men bara fram till 2012, och vid senaste mätningen 2016 är den bara knappt hälften så stor som den för oxikodon. Förskrivningen av kodein har varit i stort sett oförändrad, och ligger i dag på en nivå vid eller något över den för morfin. Bland de opioider som används i plåsterform – fentanyl och buprenorfin – ökade förskrivningen av buprenorfin kraftigt, men från en låg nivå, från 2008 fram till 2012. Därefter har den mer eller mindre planat ut. Förskrivningen av fentanyl är mindre omfattande och har inte ökat på samma vis som buprenorfin. 2006 var tramadol den dominerande opioiden hos äldre. Den har sedan dess minskat dramatiskt i förskrivning, med drygt 70 procent hos både kvinnor och män.

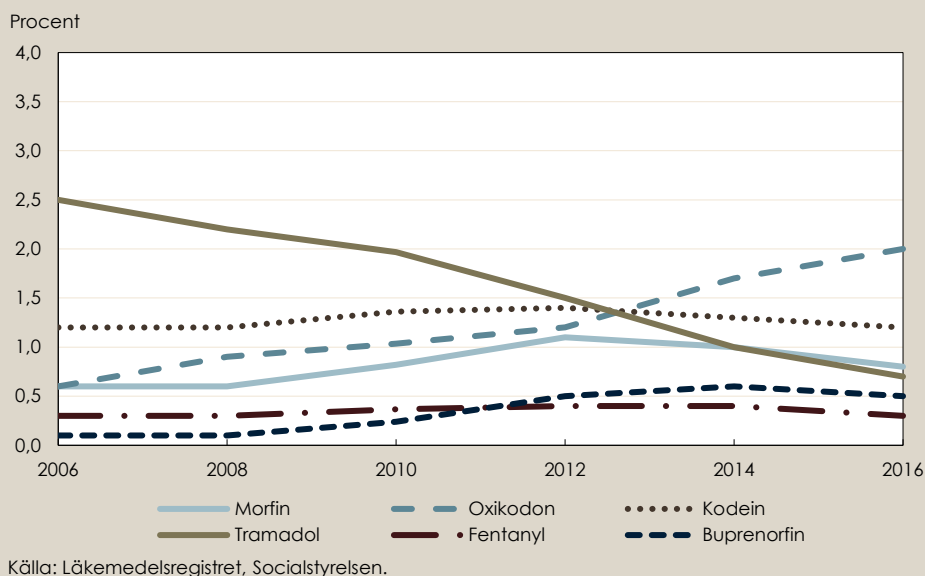
Bland de opioider som används i plåsterform – fentanyl och buprenorfin – ökade förskrivningen av buprenorfin kraftigt, men från en låg nivå, från 2008 fram till 2012. Därefter har den mer eller mindre planat ut. Förskrivningen av fentanyl är mindre omfattande och har inte ökat på samma vis som buprenorfin. 2006 var tramadol den dominerande opioiden hos äldre. Den har sedan dess minskat dramatiskt i förskrivning, med drygt 70 procent hos både kvinnor och män.

Figur 20. Användning av opioider hos kvinnor 75 år eller äldre, 2006–2016



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 21. Användning av opioider hos män 75 år eller äldre, 2006–2016



Sammanfattningsvis är förskrivningsmönstret för opioider hos äldre helt annorlunda än för tio år sedan, med i dag en övervikt för preparat med oxikodon. Förskrivningen av opioider i plåster, främst buprenorfin, har ökat märkbart, men är inte den dominerande behandlingsformen mot smärta. Samtidigt har tramadol minskat kraftigt och förskrivningen av opioider hos äldre är sammantaget något lägre i dag än för tio år sedan. Kodein har (liksom tramadol tidigare) förts in i Socialstyrelsens indikator ”1.1 Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger”, i och med den nyligen publicerade reviderade versionen av *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [52].

Könsskillnader i opioidförskrivningen

Förskrivningen av opioider är genom åren högre hos kvinnor än hos män, både som helhet och för de enskilda läkemedlen. Detta är kopplat till en mer omfattande användning av smärtstillande medel hos kvinnor, som har rapporterats i epidemiologiska studier i såväl Sverige som andra länder [54]. Den aktuella analysen visar dock att skillnaderna mellan könen ser likartad ut för de olika typerna av opioider, liksom för förändringarna av dem över tid.

Ny version av indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre

Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* publicerades för första gången 2004 och en första revidering gjordes 2010. Under de 13 år som gått sedan indikatorerna gavs ut har de gett upphov till ett flertal initiativ och fått en rad olika tillämpningar i vården, bland annat:

- Utbildningsinsatser för vårdpersonal kring äldre och läkemedel.
- Rekommendationer för äldres läkemedelsbehandling i flertalet landsting och regioner.

- Lathundar om läkemedel som bör undvikas eller användas med försiktighet till äldre, i flertalet landsting och regioner.
- Beslutsstöd för läkemedelsförskrivning till äldre och läkemedelsgenomgångar.
- Regelbundna mätningar av kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning, i olika typer av öppna jämförelser på Socialstyrelsen och för statistik från SKL.
- Satsningar från pensionärsorganisationer, såsom *Koll på läkemedel*¹⁹.

I juni 2017 publicerades den andra reviderade versionen av indikatorerna [52]. Behovet av en uppdatering har varit stort mot bakgrund av att det tillkommit nya kriterier och indikatorer, riktlinjer och rekommendationer, såväl nationellt som internationellt, och även förändringar i läkemedelspanoramat hos äldre. Den nya versionen innehåller en rad förändringar. Många av de läkemedels-specifika indikatorerna har utökats och några har tagits bort. De diagnosspecifika indikatorerna har genomgått uppdateringar som i många fall varit betydande. De har även utökats med två nya diagnoser/behandlingsområden: strokeprofylax vid förmaksflimmer samt osteoporos. Slutligen har ett nytt indikatorområde lagts till ”3. Indikatorer för läkemedel i relation till andra aspekter på hälsa och sjukdom”. Där presenterar ”3.1 Läkemedel och allvarliga biverkningar” checklistor som kan användas för att identifiera, och på sikt förebygga, läkemedelsbiverkningar som leder till akut inläggning på sjukhus av äldre. Tabell 12 sammanfattar de viktigaste förändringarna.

Tabell 12. Exempel på viktiga förändringar i den andra reviderade versionen av Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre 2017.

Indikator	Förändring
1.1 Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger	Tillagt: två läkemedel – kodein och gli-benklamid.
1.2 Preparat för vilka korrekt och aktuell indikation ofta saknas eller är oklar	Tillagt: flera läkemedel/läkemedelsgrupper, bl.a. acetylsalicylsyra i lågdos, statiner och inkontinensmedel.
1.3 Olämplig regim	Tillagt: tre läkemedelsgrupper, bl.a. behandling med protonpumpshämmare under mer än två månader utan omprövning. Borttaget: Tarmirriterande läkemedel dagligen under mer än en vecka.
1.4 Olämplig dosering	Tillagt: två läkemedel, citalopram i dygnsdos > 20mg samt escitalopram i dygnsdos > 10mg. Borttaget: Paracetamol i dygnsdos > 4g.
1.5 Polyfarmaci	Borttaget: Samtidig behandling med tio eller fler läkemedel.
2.5 Typ 2-diabetes	Flera förändringar. Bl.a. nya gränser för dosjustering resp. utsättning av metformin vid nedsatt njurfunktion.
2.6 Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) och ulcussjukdom	Tillagt: Att samtidig behandling med omeprazol/esomeprazol och citalopram/escitalopram: kan ge kraftigt förhöjd serumkoncentration av citalopram/escitalopram med risk för QT-förlängning och arytmi.

¹⁹ <https://www.kollpalakemedel.se/om-koll-pa-lakemedel/>

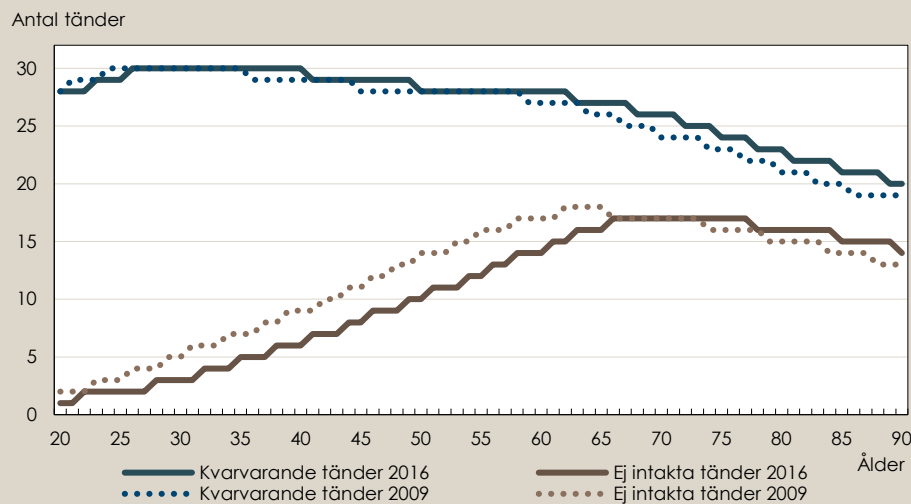
Indikator	Förändring
2.7 Urinvägsinfektion	Trimetoprimets roll tonas ned. Samma behandling (nitrofurantoin, pivmecillinam) rekommenderas för cystit hos kvinnor och män. Nitrofurantoin bör undvikas vid eGFR < 40 ml/min.
2.9 Demenssjukdom	Tillägg om att demensläkemedel bör prövas om det finns indikation för sådan behandling, men också att kognitiv sjukdom ska ha fastställts genom adekvat demensutredning, och att gynnsam effekt ska kunna påvisas vid uppföljning av behandlingen, för att den ska fortgå.
2.10 Depression	Lyfter fram att evidensläget i dag är bristfälligt för läkemedelsbehandling av depression hos personer över 80 år, och för personer med omfattande samsjuklighet. Betonar också behovet av en korrekt depressionsdiagnos, inför behandling med antidepressiva läkemedel.
2.12 Förmaksflimmer, strokeprofylax	Ny diagnosspecifik indikator
2.13 Osteoporos	Ny diagnosspecifik indikator
3.1 Läkemedel och allvarliga biverkningar	Ny indikator inom ett nytt område "3. Indikationer för läkemedel i relation till andra aspekter på hälsa och sjukdom". Presenterar checklistor som kan användas för att identifiera, och på sikt förebygga, läkemedelsbiverkningar som leder till akut inläggning på sjukhus av äldre.

Tandvård och tandhälsa

Fortsatt positiv utveckling av äldres tandhälsa

Tandhälsan kan beskrivas med två övergripande mått: antal kvarvarande och antal intakta tänder. De beskriver hur många egna tänder en person har och hur många av dessa som är utan karies eller tidigare fyllningar. Måtten ger också en indikation om framtida behov av tandvård, eftersom tidigare lagade och inte intakta tänder har ökad risk att behöva ny behandling. Över tid visar siffrorna att tandhälsan bland befolkningen förbättras och att fler personer har fler egna tänder kvar, figur 24. Sedan 2009 har antalet tänder för personer i åldern 60–90 år ökat med i genomsnitt drygt en tand, vilket är positivt. Det innebär dock samtidigt att behovet av tandvård och förebyggande åtgärder kommer att öka, eftersom dessa tänder ofta är lagade sedan tidigare och att fler äldre har protetiska konstruktioner, exempelvis kronor och tandimplantat.

Figur 22. Medianvärdet av kvarvarande och ej intakta tänder bland personer som besökt tandvården 2009 och 2016

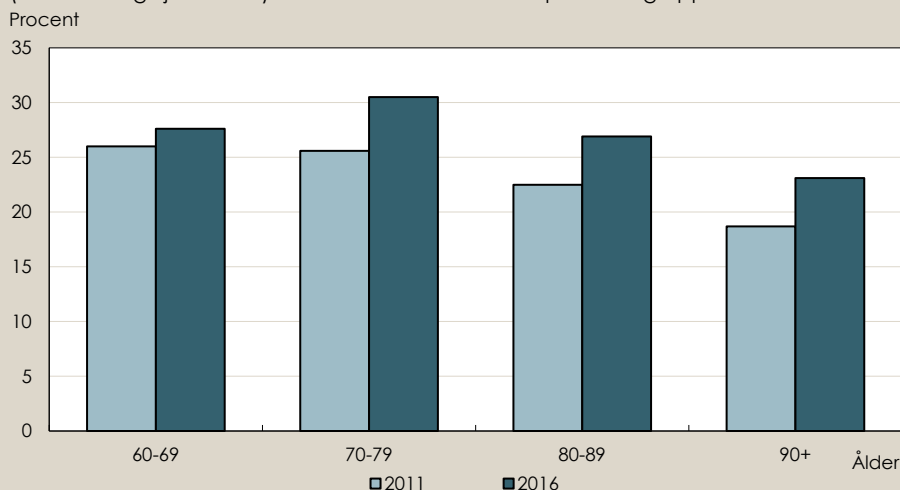


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Ett ökat antal kvarvarande tänder leder också till att risken för att drabbas av parodontit (tandlossningssjukdomar) ökar. Detta visar sig genom att andelen som behandlas för parodontit ökar mellan 2011 och 2016, figur 23. I åldersgruppen 70–79 år ökade till exempel behandlingen för parodontit med 5 procentenheter, från cirka 26 till 31 procent, under denna tidsperiod.

Figur 23. Behandling för parodontit

Andel som besökt tandvården som behandlats för parodontit (tandlossningssjukdomar) år 2011 och 2016. Fördelat på åldersgrupper.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

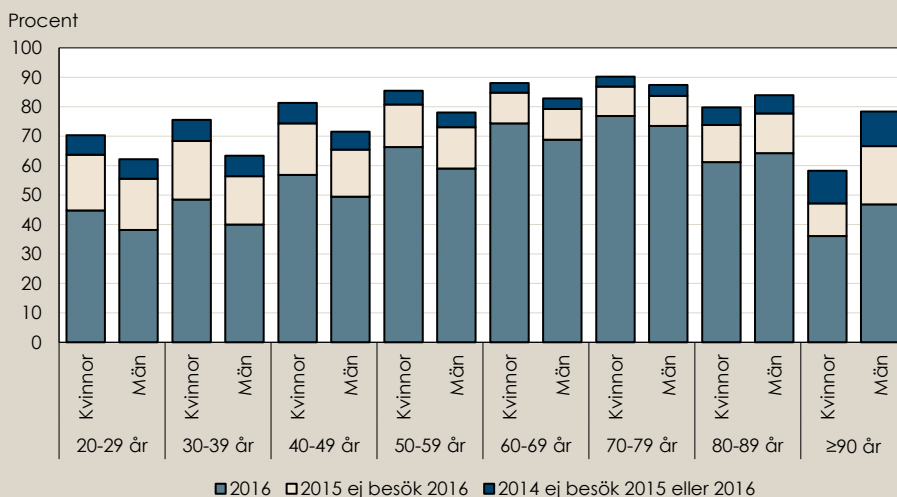
Äldre besöker tandvården i hög utsträckning

År 2016 var det 72 procent i åldersgruppen 20 år eller äldre, som har besökt tandvården någon gång under de senaste två åren och 77 procent som har gjort ett besök någon gång under de tre senaste åren. Skillnaden mellan könen är relativt stor, 81 procent av kvinnorna och 74 procent av männen har besökt

tandvården under en 3-årsperiod, figur 24. Skillnaden mellan olika åldersgrupper är större. Personer i åldern 70–79 år är de som besöker tandvården i störst utsträckning, 85 procent under en 2-årsperiod och 89 procent under en 3-årsperiod. Att äldre oftare besöker tandvården är nära kopplat till att dessa personer många gånger har ett större behov av tandvård, på grund av tidigare lagningar. I de allra äldsta åldersgrupperna besöker en jämförelsevis liten andel tandvården. Det finns dock en risk att besöksfrekvensen i de högsta åldersgrupperna underskattas eftersom viss tandvård inte ingår i den befintliga statistiken. Det gäller den landstingsfinansierade tandvården för vuxna, så kallad uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, som till största delen ges till äldre.

Figur 24. Befolkningen som besökt tandvården 2014–2016

Andel (%) av befolkningen som besökt tandvården 2014–2016, fördelat efter senaste besöksåret, ålder och kön.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Det är vanligast med regelbundna tandvårdsbesök för undersökning i åldersgrupperna 60–69 och 70–79 år, 79 respektive 82 procent. Andelen som bara gör akutbesök är i stället högst bland de allra äldsta. I åldrarna 90 år eller äldre gjorde 10,9 procent endast akutbesök i tandvården under 2014–2016. Totalt i den vuxna befolkningen var motsvarande siffra 6,9 procent.

År 2013 infördes ett särskilt tandvårdsbidrag (STB), som är en del av det statliga tandvårdsstödet. STB syftar till att öka den förebyggande tandvården så att allvarliga tandsjukdomar kan undvikas. Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera tandvårdsstöden som regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd [55]. Delrapporten visar att majoriteten av de som använde sig av STB minst en gång under perioden 1 januari 2013–31 december 2016 var i åldersgruppen 65–84 år. Det är däremot få i åldersgruppen 85 år och äldre som tar del av bidraget. En förklaring till detta kan vara att den gruppen i större utsträckning omfattas av tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Socialstyrelsens nationella förskrivarstöd inom hjälpmedelsområdet

Enligt Socialstyrelsens definition är hjälpmedel för det dagliga livet en individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringsystem och applikationer för påminnelser. Hjälpmedel erbjuds ofta som en del av habilitering eller rehabilitering. Majoritet av hjälpmedelsanvändare är personer 65 år eller äldre [56].

Förskrivning av hjälpmedel – utbildning

Socialstyrelsens nationella förskrivarstöd består av ett utbildningsmaterial och ett stödmateriäl [57]. Materialet lanserades i december 2016 och reviderades i augusti 2017 med anledning av att nya HSL trädde ikraft. Utbildningsmaterialet innehåller en webbutbildning med tillhörande diskussionsmaterial. Syftet med utbildningen är att stärka kompetensen när det gäller förskrivning av hjälpmedel och bidra till en god hjälpmedelsförsörjning över hela landet. Det långsiktiga målet med utbildningen är att skapa förutsättningar för en jämlik, jämställd och behovsanpassad hjälpmedelsförskrivning.

Utbildningen är uppdelad i fyra delar, introduktion, teoretisk fördjupning, exempel på förskrivning av hjälpmedel och situationer att reflektera över. Delarna består av en eller flera moduler som riktar sig specifikt till olika roller.

Utbildningsmaterial

Förskrivning av hjälpmedel,
<https://utbildning.socialstyrelsen.se/course/view.php?id=225>

Förskrivning av hjälpmedel – stödmateriäl

Stödmaterialet samlar på en övergripande nivå aktuell kunskap om förskrivning av hjälpmedel utifrån HSL. Det riktar sig till förskrivare och chefer för förskrivare och kompletterar och fördjupar innehållet i webbutbildningen.

Stödmateriäl

Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-8-2>

Användning av materialet

De yrkesgrupper som använder stödet mest är arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor, men alla förskrivargrupper finns representerade. De delar som riktar sig till vård- och omsorgspersonal som inte är förskrivare har minst deltagare i nuläget. Socialstyrelsen har under hösten gjort extra satsningar för att sprida information om utbildningen till cheferna för vård och omsorgspersonal för att nå ut till personalen.

Till och med 31 oktober 2017 hade 4 595 personer loggat in i webbutbildningen, *Förskrivning av hjälpmedel*. Av dessa hade 1 734 personer genomfört minst en modul och 2 006 personer genomfört alla delar i förskrivarutbildningen samt skrivit ett kunskapstest och fått ett kursbevis. Antalet förskrivare i landet uppskattas till cirka 22 500. Det innebär att på nio månader har nästan 17 procent av förskrivarna påbörjat eller genomfört utbildningen i sin helhet. I enkäten till verksamheterna uppger 58 procent av verksamhetscheferna inom kommunal rehabilitering att de använder materialet.

Under 2018 planerar Socialstyrelsen att utöka förskrivarstödet med ytterligare material om kognitivt stöd och hjälpmedel.

Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel

Socialstyrelsen publicerade 2016 en utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel, där personer 65 år eller äldre är en stor grupp av de berörda [58]. Fritt val av hjälpmedel är en modell för att tillhandahålla hjälpmedel som funnits sedan 2007. Modellen fanns 2016 i sex landsting och regioner och ett antal kommuner inom två av dessa landsting och regioner. Fritt val innebär att hjälpmedelsanvändaren kan köpa ett hjälpmedel utanför huvudmannens upphandlade hjälpmedelssortiment utifrån ett angivet rekvisitionsbelopp. Hjälpmedelsanvändaren kan lägga till egna medel utöver rekvisitionsbeloppet för att få ett dyrare hjälpmedel. Hjälpmedelsanvändaren äger sedan sitt hjälpmedel och ansvarar själv för service och underhåll. Oftast finns ett servicekonto med ett visst belopp kopplat till de hjälpmedel som behöver mer omfattande teknisk service.

Socialstyrelsens utvärdering visar att modellens målsättning i form av ökad delaktighet och valfrihet inte infriats i förhållande till traditionell förskrivning av hjälpmedel. Dessutom innebär modellen ökade kostnader för både hjälpmedelsanvändare och sjukvårdshuvudmän. Modellen med fritt val av hjälpmedel innehåller också många oklarheter kring information, konsumentrådgivning, serviceansvar och bedömning av när hjälpmedlet ska utrangeras. Många personer med hörselnedsättning känner dessutom en oro för att audionomer agerar mer försäljare än hälso- och sjukvårdspersonal vid utprovning av hörapparat inom ramen för modellen med fritt val av hjälpmedel.

Äldres upplevelse av hjälpmedelsförskrivning

Socialstyrelsen publicerade 2017 en uppföljning av patientlagen (2014:821, PL), inom hjälpmedelsområdet. Syfte var att följa upp kännedom, genomslag och tillämpning av patientlagen i de delar som gäller hjälpmedel inom hjälpmedelsverksamheter i landsting och kommuner. I rapporten redovisas bland annat resultat av hur delaktighet i val av hjälpmedel inom landsting och kommuner utvecklats sedan införandet av patientlagen 1 januari 2015 [59].

Resultaten visar inte någon förbättrad delaktighet sedan lagen trädde i kraft. Av resultaten framgår dock att äldre upplever en högre delaktighet i valet av hjälpmedel än yngre användare. Bland de äldre upplever kvinnor något högre delaktighet än män vilket framgår av tabell 13.

Tabell 13. Delaktighet i val av hjälpmedel

Svarsfördelning i procent (%) på fråga om delaktighet i två enkätundersökningar riktade till hjälpmedelsanvändare i åldersgruppen 65 år eller äldre. Postal enkätundersökning 2016 och 2017.

Fick du möjlighet att vara delaktig i val av hjälpmedel?		≥65 år**	
		2016 (n=65 972)	2017 (n=63 136)
Ja	Totalt	71	71
	Män	70*	70*
	Kvinnor	72	72
Delvis	Totalt	22	22
	Män	22	22
	Kvinnor	21	21
Nej	Totalt	7	7
	Män	8	8
	Kvinnor	7	7

* 95 procent signifikant skillnad gentemot kvinnor.

** Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2016 och 2017, Socialstyrelsen.

Uppföljningen visar också att delaktighet har betydelse för i vilken utsträckning personen använder hjälpmedlet. Bland äldre är delaktigheten extra betydelsefull i detta avseende. Av de som var 65 år eller äldre var det:

- 89 procent av de som svarade ja på frågan om delaktighet i val av hjälpmedel som också svarade ja på frågan om hjälpmedlet underlättar vardagen
- 70 procent av de som svarade nej på frågan om delaktighet i val av hjälpmedel som svarade ja på frågan om hjälpmedlet underlättar vardagen.

Det är dock bara en procent bland de äldre som inte tycker att hjälpmedlet alls underlättar vardagen. Förskrivna hjälpmedel underlättar i större utsträckning för äldre än för yngre användare vilket framgår av tabellen nedan.

Tabell 14. Upplevd nytta av hjälpmedlet i vardagen

Svarsfördelning i procent (%) på fråga om hjälpmedlet underlättar vardagen i två enkätundersökningar riktade till hjälpmedelsanvändare i åldersgruppen 65 år eller äldre, 2017.

Underlättar hjälpmedlet din vardag?	Kön	65 år eller äldre (%)** (n=68 309)
Ja	Totalt	84
	Män	82*
	Kvinnor	85
Delvis	Totalt	15
	Män	17*
	Kvinnor	14
Nej	Totalt	1
	Män	1
	Kvinnor	1

* 95 procent signifikant skillnad gentemot kvinnor.

** Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2016 och 2017, Socialstyrelsen.

Ett första steg mot en nationell demensstrategi

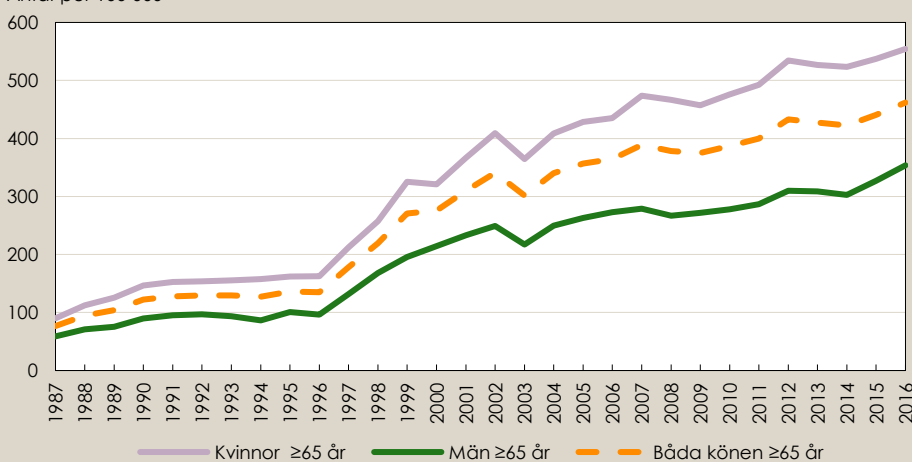
Demens är ett samlingsnamn för en rad symtom som orsakas av sjukdom eller skador i hjärnans nervceller. Allt fler personer i världen lever med en demenssjukdom och WHO, har de senaste åren uppmärksammat demens ur ett globalt folkhälsoperspektiv. Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen. Symtomen kommer ofta smygande och tilltar efterhand. Andra exempel på vanliga demenssjukdomar är vaskulär demens, Lewykroppsdemens och frontotemporal demenssjukdom.

I Sverige lever i dag cirka 160 000 personer med en demenssjukdom varav en majoritet är personer 65 år eller äldre. Antalet personer med en demenssjukdom kommer att öka efter 2020, då de som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder. Antalet dödsfall till följd av demens fortsätter att öka, figur 25. En anledning till detta är att betydligt fler lever längre i dag. Det är också bland personer 85 år eller äldre som denna dödsorsak ökat mest. Detta förklarar dock inte hela ökningen, och även hänsyn tas till åldersfördelningen kan en klar ökning ses.

Figur 25. Dödsfall med demens som underliggande dödsorsak

Andel avlidna personer 65 år eller äldre med demens som underliggande dödsorsak. Utvecklingen mellan 1987–2016, fördelat efter kön.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Fram till 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdom nästan fördubblas. I juni 2017 överlämnade Socialstyrelsen ett underlag för en bred nationell strategi om demenssjukdomar och en plan med inriktning på prioriterade insatser inom området fram till 2022 till regeringen.

Inom området demens har Socialstyrelsen identifierat sju övergripande problemområden som i sin tur inkluderar många delområden. Alla dessa är viktiga i en långsiktig demensstrategi. Totalt föreslår Socialstyrelsen att 21 insatser prioriteras till 2022 [60]. Nedan redovisas de sju problemområdena.

Problemområde 1 – Samverkan

Socialstyrelsens föreslår fyra prioriterade insatser inom området samverkan:

- Inför ett standardiserat insatsförlopp i samband med diagnosbesked, i samverkan mellan landsting och kommun.
- Ta fram en digital kontaktyta för att underlätta insatser från diagnosbesked.
- Möjliggör mer ändamålsenlig dokumentation kring personer med demenssjukdom.
- Utveckla lokala demenssteam som är gränsöverskridande mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Problemområde 2 – Personal

Inom området personal föreslår Socialstyrelsen följande insatser:

- Ta fram en nationell rekryteringsstrategi.
Problemet med personalkontinuitet förs fram med stor samstämmighet, både från baspersonal inom hemtjänst och från primärvårdens sjuksköterskor och läkare.
- Sätt tydliga mål för utveckling av specialiserade kompetenser utifrån befolkningens och samhällets behov.

Problemområde 3 – Kunskap och kompetens

Socialstyrelsen föreslår en rad prioriterade insatser inom området kunskap, kompetens och forskning:

- Säkerställ att all baspersonal som arbetar med personer med demenssjukdom har utbildning motsvarande gymnasiets omvårdnadsprogram och särskild utbildning om demenssjukdom.
- Inför grundläggande demensutbildning för personal i hemtjänsten.
- Sprid kunskap om våld i nära relationer vid demenssjukdom.
- Sprid kunskap om vård i livets slutskede vid demenssjukdom.
- Sprid kunskap om utrikesföddas behov och förutsättningar vid demenssjukdom.
- Ge Svenskt Demenscentrum ett uppdrag som är mer stabilt och långsiktigt.
- Satsa på forskning inom demensområdet, särskilt om förebyggande insatser, läkemedel, omvårdnad, socialt arbete och stöd i det dagliga livet.
- Utveckla kommunernas dagverksamheter i tillgång och innehåll.

Problemområde 4 – Uppföljning

Inom området uppföljning föreslår Socialstyrelsen:

- Förbättra möjligheterna för kommunerna och primärvården att använda uppgifter i SveDem för sin egen analys och verksamhetsutveckling.
- Utveckla SveDem med registerdata för dels lätt kognitiv svikt (MCI), dels parametrar som kan stödja utvecklingen av kommande demensspecifika läkemedel.

Problemområde 5 – Anhöriga och närstående

Inom området anhöriga och närstående föreslår Socialstyrelsen att det:

- Satsas på stödinsatser såsom utbildning, handledning, anhörigträffar och avlösningsmöjligheter.

Problemområde 6 – Digitalisering och välfärdsteknik

Inom detta område föreslår Socialstyrelsen följande insats:

- Se över möjligheten till en samlad utvärdering av välfärdstekniska produkter, nationellt eller nordiskt.

Problemområde 7 – Samhälle

Inom området samhälle föreslår Socialstyrelsen att det:

- Satsas på demensvänlig service i dagligvaruhandel, apotek, banker och kollektivtrafik.
- Genomförs en nationell informationskampanj om demenssjukdomar, riktad till medborgarna.

Övergripande förslag för fortsatt arbete med en demensstrategi

Erfarenheter från andra nordiska länders arbete med demensstrategier visar att förändringar behöver få ta tid. Socialstyrelsen bedömer att det kommer att behövas ett fortsatt arbete med strategiska frågor och föreslår att det därför inrättas en samordningsfunktion för kontinuerligt arbete med att följa upp insatser, utveckla långsiktiga strategiska frågor och hantera nya frågor.

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsens nationella riktlinjer fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort. Därför omfattas främst kontroversiella områden och åtgärder samt åtgärder där det finns stora praxisskillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort. Fokus är att vägleda riktlinjernas primära mottagare, det vill säga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer.

Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt person. Målet är att bidra till att alla får en jämlik och god vård och omsorg.

I december 2017 publicerades *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom* [61]. Riktlinjerna, som är en revidering, ersätter de tidigare riktlinjerna från 2010. I samband med publiceringen av riktlinjerna lanserade Svenskt Demenscentrum en ny version av utbildningsmaterialet *Demens ABC*. *Demens ABC* bygger på de nationella riktlinjerna och har uppdaterats utifrån ändringarna i den reviderade versionen av riktlinjerna.

Riktlinjerna ger rekommendationer om utredning och uppföljning, multi-professionellt arbete, olika typer av stödinsatser, läkemedelsbehandling och tillskott samt utbildning av personal. Jämfört med de gamla riktlinjerna från 2010 har de nya reviderade riktlinjerna ett tydligare styr- och ledningsperspektiv, vilket har påverkat urvalet av frågeställningar. Det har också lett till att antalet frågeställningar har reducerats. Att en åtgärd har utgått betyder inte att åtgärden inte bör erbjudas, det betyder bara att den har fallit utanför de nya avgränsningarna.

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård och omsorg vid demenssjukdom*²⁰. Utgångspunkten för utvärderingen har varit de centrala rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg till personer med demenssjukdom, från 2010 respektive 2017. Socialstyrelsen publicerade en liknande utvärdering 2014 [62], där ett antal förbättringsområden för vården och omsorgen identifierades. I årets rapport följer Socialstyrelsen också upp vad som har hänt inom dessa områden.

Nya kunskapsstöd inom demensområdet

Under 2017 har en rad kunskapsstöd tagits fram inom demensområdet. Nedanstående kunskapsstöd går att ta del av kostnadsfritt via Svenskt Demenscentrums webbplats.

Demenssjukdom och sexualitet

Sexualitet och demenssjukdom – En skrift för dig som arbetar med personer som har demenssjukdom är namnet på en publikation som har tagits fram av Svenskt Demenscentrum och Närhälsan Kunskapscentrum för sexuell hälsa i Västra Götalandsregionen [63]. Den vänder sig till personal som arbetar med personer som har demenssjukdom.

Frågor som tas upp är bland annat vad det är som händer med sexualiteten vid demenssjukdom och hur man kan ta upp detta tema för samtal om man arbetar inom vården och omsorgen och möter personer med demenssjukdom samt närstående.

Ett syfte med skriften är att spegla bredden av frågeställningar som personalen kan möta inom vården och omsorgen. Ett annat syfte är att möjliggöra samtal kring sexualitet.

Förutom att läsas från pärm till pärm kan skriften också användas som underlag för gruppdiskussioner på arbetsplatser eller i studiesammanhang på vård- och omsorgsutbildningar, då den innehåller bland annat exempel från vård- och omsorgsverkligheten.

Kunskapsstöd för poliser och ordningsvakter

Svenskt Demenscentrum har tagit fram ett kunskapsstöd som vänder sig till poliser och ordningsvakter. Det är två yrkesgrupper som i många olika situationer möter personer med demenssjukdom. Kunskapsstödet är avgiftsfritt och består av två delar – en webbutbildning och en skrift.

²⁰ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/utvardering>

Webbutbildningen innehåller bland annat grundläggande kunskaper om demenssjukdomar och hur man bör bemöta en person som har svårt att minnas och att uttrycka sig på grund av sjukdom [64]. Den tar ungefär 30 minuter att genomföra.

Som komplement till webbutbildningen finns en skrift, som bland annat ger kunskap om typiska tecken på demenssjukdom [65]. I detta häfte finns, förutom lärande exempel, även flera konkreta tips och råd, till exempel om hur man bör bemöta en person som har svårt att minnas och att uttrycka sig på grund av sjukdom. Det handlar bland annat om att skapa förtroende, undvika att visa stress, bekräfta personens upplevelser och att tala långsamt med korta meningar.

Handbok om demenssjukdom på sjukhus

Svenskt Demenscentrum har tagit fram handboken *Om demenssjukdom på sjukhus* [66]. Den vänder sig i första hand till vårdpersonal som arbetar inom akutsjukvården. Bakgrunden är att sjukhusmiljön sällan är bra för personer med kognitiv svikt. Handboken tar dels upp hur sjukhusmiljön kan förbättras, dels hur personalen bör bemöta personer med en demenssjukdom. Innehållet bygger på intervjuer med experter på området och yrkesverksamma inom vården med erfarenhet av att arbeta med personer som har en demenssjukdom. Handboken är tänkt som ett komplement till webbutbildningen *Demens ABC plus Sjukhus* som i första hand vänder sig till personer som arbetar på sjukhus.

Bok för personer med demenssjukdom

Under 2017 publicerades *En bok för dig med demenssjukdom*, som i första hand vänder sig till personer som nyligen har fått en demensdiagnos [67]. Boken har tagits fram av Svenskt Demenscentrum och innehåller konkreta tips och råd om hur personer med en demenssjukdom kan övervinna svårigheter i vardagen. Den ger även tips om vart han eller hon kan vända sig för att få stöd och hjälp. I boken intervjuas flera personer med demenssjukdom och berättar om sin tillvaro.

Flera nya nationella riktlinjer

Under 2017 har Socialstyrelsen även publicerat *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* i en reviderad form [68]. Socialstyrelsen har även publicerat reviderade remissversioner av *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* samt *Nationella riktlinjer för vård vid stroke* [11, 69, 70]. De slutliga versionerna väntas under 2018. Som ett led i Socialstyrelsens arbete med att hålla riktlinjerna uppdaterade har myndigheten även gjort en översyn av *Nationella riktlinjer för diabetesvård* och *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*, där utvalda rekommendationer har uppdaterats i respektive riktlinje [71, 72].

Äldres särskilda förutsättningar, till exempel eventuell svår samsjuklighet och skörhet, kan dock påverka tillämpbarheten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Att följa enskilda rekommendationer i riktlinjerna kan i vissa fall riskera att leda till felbehandling när det gäller dessa personer. Risken för fel-

behandling, såväl under- som överbehandling, är särskilt stor när en person lider av flera sjukdomar samtidigt och vården tillämpar rekommendationer från flera olika riktlinjer parallellt.

För att kunna ge personer god vård och omsorg är det nödvändigt att anpassa riktlinjernas rekommendationer efter dessa personers särskilda förutsättningar. Vägledning om detta finns i dokumentet *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats²¹ [73].

Stöd för äldre med nedsatt beslutsförmåga att uttrycka sin vilja

Socialstyrelsen har tagit fram ett webbaserat metodstöd som ger råd om hur personalen i äldreomsorgen kan göra för att stödja äldre personer med nedsatt beslutsförmåga att uttrycka sin vilja när de blir erbjudna insatser. Metodstödet vänder sig till både handläggare och utförare och bidrar till att öka självbestämmandet och delaktigheten för den äldre personen.

Verksamheten i socialtjänsten bygger på att äldre personer som ansöker om eller redan har insatser är aktiva och kan uttrycka sin vilja. Detta kan dock vara svårt för de äldre personer vars beslutsförmåga är nedsatt. Risken är att dessa personer blir utan eller får fel insatser. Det kan också vara svårt för personalen att erbjuda eller ge insatser, eftersom personen kan uppfatta dem som tvångsåtgärder.

Metodstödet publicerades som ett tema inom området äldre på Kunskapsguiden²². Temat är strukturerat utifrån olika områden, bland annat:

- **Personens vilja är viktig** introducerar begreppet *Bästa tillgängliga vilja* och beskriver varför det är viktigt att äldreomsorgen stödjer personer, vars beslutsförmåga är nedsatt.
- **För bästa tillgängliga vilja** tar upp åtta steg för att skapa förutsättningar för en äldre person att uttrycka sin vilja. Utgångspunkten är den äldres självbestämmande och de åtta stegen kan användas både vid handläggning och vid arbete med genomförandeplaner.
- **Konkret stöd** tar upp att det ofta finns personer runt den äldre att ta hjälp av. Det kan handla om personer som står den äldre nära eller olika yrkesgrupper som man kan ta hjälp av. Samtidigt ges exempel på vad handläggare och utförare kan överväga att göra själva.

Till metodstödet har även en introduktion med diskussionsfrågor tagits fram. Materialet finns tillgängligt på Kunskapsguiden och kan användas vid exempelvis arbetsplatsträffar. Det innehåller diskussionsfrågor för både handläggare och utförare.

²¹ www.socialstyrelsen.se.

²² Socialstyrelsen: Stödja äldre personers vilja. Hämtad 2017-12-15 från <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/teman/stodja-aldre-personers-vilja/Sidor/default.aspx>

Evidensbaserad praktik i socialtjänsten

Socialstyrelsen genomför vart tredje år en undersökning om evidensbaserad praktik riktad till ett slumpvist urval enhetschefer inom individ och familjeomsorg samt funktionshinder och äldreomsorg. Undersökningen har tidigare genomförts 2007, 2010 och 2013. Den senaste undersökningen genomfördes hösten 2016 och omfattar svar från 815 chefer (svarsfrekvens 82 procent) från två tredjedelar av Sveriges kommuner och stadsdelar i storstäderna [74].

En majoritet av cheferna (74 procent) hade ansvar för mer än ett verksamhetsområde. Det genomsnittliga antalet sakområden som cheferna ansvarade för var 2,76; 83 procent hade minst fyra sakområden. Det var 26 procent som enbart ansvarade för äldre- och funktionshinderomsorg (ÄFO) och 26 procent som ansvarade för både individ- och familjeomsorg (IFO)/ÄFO.

Tre av fyra chefer uppgav att de var påtagligt intresserade av evidensbaserad praktik och en lika stor andel uppgav att de använde standardiserade bedömningsmetoder inom missbruk och beroende. Andelen som uppgav att de i någon omfattning använde ”evidensbaserade” insatser är generellt sett oförändrad, cirka 20 procent vid alla undersökningstillfällen.

Cheferna för ÄFO upplevde dock i något mindre utsträckning att det fanns ett behov av nya metoder för att följa upp verksamheten (46 procent) eller nya behandlingsmetoder för vård och omsorgstagare (27 procent) än övriga grupper. Chefernas främsta kanaler för att ta del av forskningsrön är webbplatser, konferenser och föreläsningar. Chefer som enbart ansvarade för ÄFO, och i viss mån även IFO/ÄFO, sökte dock i mindre utsträckning efter forskning än IFO-chefer.

Av cheferna använder 96 procent Socialstyrelsens hemsida för att söka efter forskning och en alltmer ökande andel besöker Kunskapsguiden i samma syfte (en fördubbling sedan senaste mätningen från 18 till 40 procent). Mer än hälften till två tredjedelar av cheferna uppgav att deras verksamheter använder Socialstyrelsens handböcker i sitt arbete.

De nationella riktlinjer som har relevans för socialtjänsten är riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom, för missbruks- och beroendevård, för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, samt för vård vid depression och ångest. Undersökningen visar att cheferna använder riktlinjerna i varierande grad beroende på sakområde. Mest känd och använda i socialtjänstens arbete generellt är riktlinjerna för missbruk och beroendevård. Störst relevans för ÄFO-cheferna har de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Denna grupp använde dem också i större utsträckning än övriga grupper. En tredjedel av ÄFO-cheferna använde dem i sitt arbete och ytterligare en tredjedel av ÄFO-cheferna kände till dessa riktlinjer och hade tagit del av dem men inte använt dem. En signifikant lägre andel, fyra till åtta procent av ÄFO-cheferna, hade använt riktlinjerna i arbetet och 31–39 av denna grupp procent kände inte till dem.

Stöd till yrkesintroduktion för baspersonal

Socialstyrelsen har tagit fram ett webbaserat stöd till yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen. Stödet publicerades som ett särskilt tema på

webbplatsen Kunskapsguiden i slutet av januari 2017 och ger en samlad bild av vad som kan ingå i ett introduktionsprogram. Det vänder sig till personer som i sitt arbete introducerar eller planerar för introduktion av nyanställd baspersonal, exempelvis undersköterskor och vårdbiträden. Materialet kan med fördel även användas av handläggare och andra som söker kunskap inom äldreområdet.

Temat består av åtta olika områden – Om yrkesintroduktionen, Delaktighet och bemötande, Uppdrag och ansvar, Hälsa, Äldres särskilda behov, Samverkan, Arbeta utifrån individens behov samt Trygghet och säkerhet. Varje område innehåller fördjupad information och länkar till aktuella kunskapsstöd inom respektive område [75]. Temat länkar till olika kunskapsstöd, exempelvis:

- Äldreomsorgens nationella värdegrund – Ett vägledningsmaterial. Socialstyrelsens utbildningsmaterial om den nationella värdegrunden.
- Webbutbildningen Jobba säkert med läkemedel som har tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting och förvaltas av Svenskt Demenscentrum.
- Bra mat i äldreomsorgen för omsorgspersonal i särskilt boende och hemtjänst. Råd från Livsmedelsverket.
- Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Handbok från Socialstyrelsen.

Utgångspunkt för temat har varit Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

Mer forskning inom äldreområdet behövs

En ökad andel äldre ställer ökade krav på socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Samtidigt finns det omfattande kunskapsluckor när det gäller forskning kring äldre personer. Äldre är ett viktigt strategiskt område att prioritera när det gäller kunskapsluckor. Det påpekar Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i en rapport om behoven av praktisknära forskning och vetenskaplig utvärdering [76].

Enligt rapporten behövs en tydligare koppling mellan att identifiera vetenskapliga kunskapsluckor inom äldreområdet och att fylla dem. För att detta ska kunna ske krävs en ökad samverkan mellan alla berörda parter, exempelvis akademi, forskningsråd och professioner inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det är också viktigt att de närmast berörda grupperna, så som brukarorganisationer, den enskilde och närstående, deltar i prioritering av forskningsbehov.

SBU har även sammanfattat myndighetens systematiska översikter som rör hälsa hos äldre – demens, urinläckage, svårläkta sår, fallförebyggande åtgärder och rehabilitering hemma efter stroke respektive höftfraktur²³.

Ett annat exempel på område där mer kunskap behövs är mammografiscreening. Socialstyrelsen rekommenderar att mammografi erbjuds till alla kvinnor mellan 40 och 74 år. Kvinnor som är 75 år eller äldre faller utanför den

²³ SBU. http://www.sbu.se/contentassets/0bf7b4ca7c02466d9b85ad7f971770c7/behov_av_praktiskna_forskning_och_vetenskaplig_utvardering_inom_viktiga_omrade_smf_2017.pdf

allmänna mammografiverksamheten både i Sverige och i de flesta länder. Anledningen är att det saknas studier som utvärderat nyttan av mammografi i denna åldersgrupp.

Sammanfattande iakttagelser

Den totala förskrivningen av läkemedel till äldre personer ökar. Samtidigt har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt de senaste tio åren. Förskrivningen av olämpliga läkemedel har exempelvis minskat med 53 procent sedan 2005. Även utvecklingen av äldre personers tandhälsa är fortsatt positiv. Allt fler äldre har fler egna tänder, vilket samtidigt innebär att behovet kommer att öka av tandvård och förebyggande åtgärder för gruppen.

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.

Säkerhet och trygghet för äldre personer

Äldre människor är klart överrepresenterade vad gäller dödsfall och skador på grund av olyckor. Främst gäller det fallolyckor, som fortfarande är en av de vanligaste dödsorsakerna om man inkluderar komplikationer som uppstår efter t.ex. ett lårbensbrott.

Kommunernas krisberedskap

Kommuner och olika myndigheter har en viktig uppgift i att aktivt förebygga olyckor och risker i de äldres närmiljö. Socialstyrelsen skickar regelbundet ut en enkät till alla landets kommuner om vilken krisberedskap de har för äldreomsorgen [77]. År 2017 angav 57 procent av kommunerna att de har en fastställd plan för hur de ska kunna evakuera personer som bor på ett särskilt boende vid en allvarlig händelse [77]. Utöver att kunna ta beslut om att ordna tillfälliga bostäder på hotell eller i tomma fastigheter, bör planen även beskriva hur friskt vatten eller ett portabelt el-aggregat ska tillhandahållas i det befintliga boendet om kranvattnet blir otjänligt eller ett längre elavbrott inträffar.

Vid större allvarliga händelser som berör flera kommuner har länsstyrelserna ett ansvar att samordna arbetet tillsammans med de berörda kommunerna, om det till exempel krävs evakuering av boende. Ett exempel på en sådan situation var skogsbranden i Västmanland 2014. Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattenstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i olika boendeformer. Planen när det gäller evakuering ska dock i första hand innebära att man kan bo kvar och att personal kan komma till boendet. Krisberedskapen för verksamheter som kommunen bedriver i egen regi behöver också säkerställa evakueringslokaler för särskilt sårbara grupper i olika boendeformer.

I enkätundersökningen frågade Socialstyrelsen om kommunerna har en plan för att minska olägenheterna för äldre om det dagtid är varmare än 26 grader i tre dagar eller längre. Av kommunerna svarade 60 procent att de har en sådan plan för personer på särskilt boende och 56 procent att de har det för personer med hemtjänst.

Bränder som dödsorsak är vanligast bland äldre

Äldre är den åldersgrupp som har störst risk att dö i en brand²⁴. Under de senaste åren har personer 65 år eller äldre svarat för ungefär hälften av alla som dör i bränder. År 2015 dog 50 personer som var 65 år eller äldre i en brandolycka²⁵, under 2016 var motsvarande siffra 33 personer, figur 26. Personer i

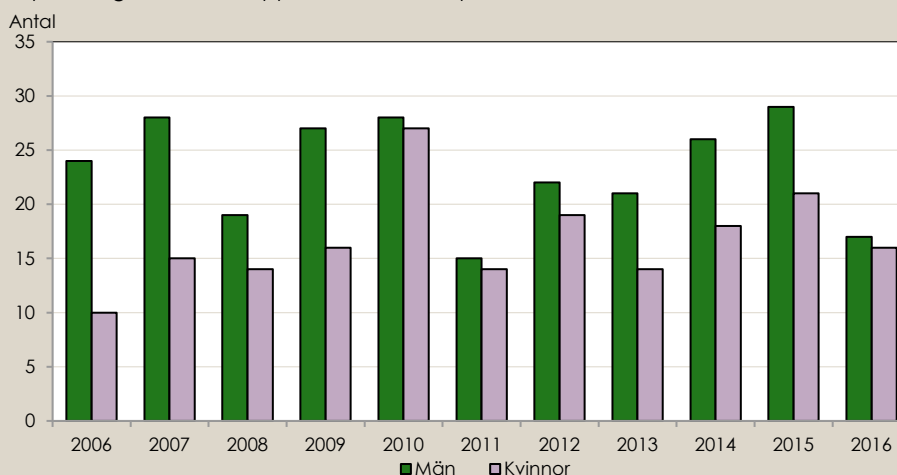
²⁴ <https://www.msb.se/sv/Om-MSB/Nyheter-och-press/Nyheter/Nyheter---Statistik/Doda-i-brander-minskar---en-trend/>

²⁵ Socialstyrelsens statistikdatabas. Hämtad 2017-12-19.

åldersgruppen 80 år eller äldre är kraftigt överrepresenterade i dödsbränder. Vanliga orsaker till bränderna är glömda spisplattor, obevakade stearinljus och sängrökning.

Figur 26. Antal personer 65 år eller äldre omkomna i bränder mellan 2006–2016

Exponering för rök och öppen eld. Fördelat på kön.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas. Hämtad 2017-12-19.

Fallolyckor kan förebyggas

Årligen vårdas cirka 70 000 personer på sjukhus efter att ha fallit, merparten är personer 65 år eller äldre. Över 1 000 personer avled till följd av fallolycka under 2016. I avsnittet *Hälsosamt åldrandet* lyftes vikten av fysisk aktivitet för äldre människors hälsa och välbefinnande.

Under 2017 har Socialstyrelsen tagit fram en webbutbildning om fallprevention *Ett fall för teamet – en utbildning om att förebygga fall* riktad till verksamheter inom hälso- och sjukvård och social omsorg²⁶. Utbildningen ska uppmuntra till ett teambaserat arbetssätt där personalen arbetar systematiskt med riskbedömningar, planering, effektiva åtgärder och uppföljning för att förebygga fall. Utbildningen ger exempel på individens väg genom vård- och omsorgsprocessen. Den lyfter effektiva åtgärder som att träna styrka och balans, att äta näringsriktig och god mat samt att se över läkemedelsanvändningen. Utbildningen består av interaktiva övningar, teoretiskt underlag, och kunskapstest. Den innehåller även stödmaterial som ger förslag på hur utbildningen kan användas i verksamheten. Webbutbildningen är publicerad på Socialstyrelsens utbildningsportal²⁶.

Socialstyrelsen har även ansvarat för en nationell kampanj, med syfte att ge äldre personer kunskap om vad som påverkar risken för fallolyckor och vad de själva kan göra för att förebygga fallolyckor. Kampanjen kallas *Balansera mera – Tips och råd för att förhindra fall i vardagen* [78]. Fokus var på tre teman: mat, motion och medicin. Broschyrer och annat kampanjmaterial stötade på olika sätt de tre temana.

²⁶ <http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Ett-fall-for-teamet-en-utbildning-om-att-forebygga-fallolyckor/Sidor/default.aspx>

Under kampanjveckan 3–9 oktober 2017 genomfördes en rad aktiviteter över hela landet med Socialstyrelsens material som stöd. Många olika organisationer arrangerade olika evenemang för att lyfta fallproblematiken och visa vad man kan göra själv. Det var bland annat pensionärsorganisationer, civilförsvarsföreningar, kommuner, privata företag, vårdcentraler och många fler. Träning och balansövningar var en vanlig aktivitet, kompletterat med aktiviteter som rör kampanjens två andra teman. Fallprevention och aktiviteter togs även upp i lokala medier runt om i landet.

Individens behov i centrum inom äldreomsorgen

Individens behov i centrum (IBIC) är ett stöd som Socialstyrelsen tagit fram för att hjälpa handläggare och utförare att beskriva och dokumentera individens behov, resurser, mål, resultat och måluppfyllelse, med ett gemensamt synsätt och språk [79, 80]. Det gemensamma synsättet och språket utgår från WHO:s internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [81]. När information dokumenteras strukturerat enligt IBIC ger det möjlighet till systematisk uppföljning av individers behov, mål, resultat och måluppfyllelse på både individ- och gruppnivå. IBIC stödjer på så sätt det systematiska kvalitetsarbetet och utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

IBIC ger även ett stöd i samtal med närstående 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. IBIC omfattar alla vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning som behöver stöd i den dagliga livsföringen utifrån SoL och LSS.

IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum (ÄBIC), som lanserades 2013. Sedan dess och fram till november 2017 har 279 kommuner samt ett antal privata utförare genom Socialstyrelsen utbildat drygt 1 350 processledare för ÄBIC eller IBIC. Flertalet kommuner har påbörjat förändringsarbetet, även om det varierar hur långt de har kommit. I dag finns ett tjugotal regionala eller lokala nätverk med syfte att stödja kommunerna att införa IBIC²⁷.

Av kommunerna använder 100 IBIC helt eller delvis vid utredningar av behov inför beslut om särskilt boende och 57 helt eller delvis vid uppföljning av beslutade insatser i denna boendeform. När det gäller användningen av IBIC i ordinärt boende använder 115 kommuner modellen helt eller delvis för utredningar av behov och 99 helt eller delvis vid uppföljning av beslutade insatser²⁸.

²⁷ Årlig avrapportering till regeringen för uppdrag i regleringsbrev för Socialstyrelsen: Verka för att den nationella modellen för enhetlig och strukturerad information kallad Individens behov i centrum (IBIC), införs i landets samtliga kommuner samt stödja kommunerna vid införandet av modellen – Ej publicerad

²⁸ <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokelser/aldreomsorgochhemsjukvard>

Fast vårdkontakt och samordnad individuell plan

I Sverige har ett fåtal personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård erbjudits en fast vårdkontakt, trots att rätten till fast vårdkontakt infördes i HSL, 2010. Personer som behöver insatser från både kommun och landsting kan behöva en samordnad individuell plan. Socialstyrelsen har publicerat en vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan [82]. Vägledningen beskriver i huvudsak

- varför en fast vårdkontakt ska utses
- vem som kan utses till fast vårdkontakt
- när, var och hur en fast vårdkontakt kan arbeta
- vilka bestämmelser som gäller

Utöver vägledningen, har Socialstyrelsen publicerat en broschyr²⁹ och frågor och svar³⁰ om fast vårdkontakt. När det gäller samordnad individuell plan har tidigare ”frågor och svar” reviderats³¹. Därutöver hänvisas till SKL målgruppsanpassade material om samordnad individuell plan.

Utskrivningsklara personer i behov av kommunala insatser

Ett sätt att belysa utmaningarna med en effektiv och säker vård- och omsorgsprocess är genom uppgifter om andelen utskrivningsklara patienter som är i behov av kommunala insatser efter utskrivning och som vistats på sjukhus. Uppgifterna i tabell 15 nedan beskriver antalet dagar som en person fick vänta kvar på sjukhus innan hemgång efter att personen bedömts vara utskrivningsklar. För jämförelse mellan 2015, 2016 och 2017 har samma period valts. I 11 av 21 län har antalet dagar i snitt, från bedömning till utskrivning minskat. Antalet dagar varierar på länsnivå mellan 2,5 dagar i Kalmar och Kronoberg län och 7,4 dagar i Uppsala län. På riksnivå ses en liten förbättring från föregående år. Antalet registreringar varierar stort och ska tolkas i förhållande till lokala förutsättningar som exempelvis befolkningens ålder, förekomst och implementering av goda samverkansrutiner med landstingets primärvård och slutenvård samt antal vårdplatser i den slutna vården. Kommunerna klarade i stor utsträckning av att inom fem dagar, efter att patienten bedöms vara utskrivningsklar, tillhandahålla nödvändiga insatser från socialtjänsten till honom eller henne, för att patienten skulle kunna lämna den slutna vården, och återvända till sin bostad. Enligt, den numera upphävda, lagen (1990:1401) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen) var kommunen skyldig att från den sjätte dagen betala för varje vård dygn som den utskrivningsklara patienten blev kvar i den slutna vården. Den 1 januari 2018 ersattes betalningsansvarslagen med en ny lag–lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

29 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-26>

30 <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/fastvardkontakt> 1

31 <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip>

Målet med den nya lagen är att främja en trygg och effektiv utskrivning för patienter i behov av socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller primärvård efter sjukhusvård. Om ingen annan överenskommelse om tidpunkt upprättats har kommunen rätt till tre dagars frist för att förbereda uppdraget av kommunala insatser inför patients hemgång, innan betalningsansvaret tillträder. Detta så till vida att kommunen informerats av slutenvården om att patienten är inskriven på sjukhuset och är utskrivningsklar samt att landstingets fasta vårdkontakt kallat till samordnad individuell planering när det finns behov av insatser från både landsting och kommun.

Tabell 15. Antal dagar i genomsnitt som personer får vänta på sjukhus efter besked om utskrivningsklar 2017 jämfört med 2015 och 2016

	Januari till och med september		
	2017	2016	2015
Stockholms län	4	4	4
Uppsala län	7	7	8
Södermanland	5	6	6
Östergötland	6	6	6
Jönköpings län	5	5	4
Kalmar län	3	3	3
Gotland	6	5	6
Blekinge	3	3	3
Skåne	4	4	4
Halland	4	4	4
Västra Götaland	3	4	4
Värmland	5	5	5
Örebro län	6	6	7
Västmanland	3	3	4
Dalarna	5	5	4
Gävleborg	4	4	3
Västernorrland	3	3	3
Jämtland	4	5	4
Västerbotten	4	4	4
Norrbotten	7	6	5
Kronoberg	3	2	Uppgifter ej lämnade
Riket	4	4	4

Källa: Kvalitetsportalen.se. Hämtad januari 2018.

Personalkontinuitet i hemtjänsten

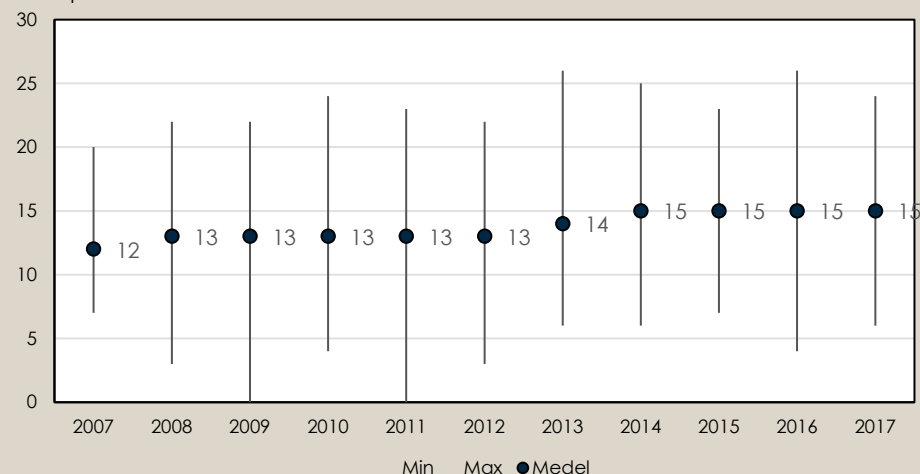
Kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid vård och omsorg om äldre. Personalkontinuitet innebär att den äldre i största möjliga mån, får vård och omsorg av samma personal. Många personer med hemtjänst möter i sin vardag personal från olika yrkesgrupper och olika verksamheter och utförare. För de flesta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

Personalkontinuitet i hemtjänsten kan beskrivas genom att mäta ”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.

Personalkontinuiteten har försämrats under perioden 2007–2017, från 12 till 15 olika personal som den äldre personen med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod, vilket figur 27 visar. Dock har utvecklingen stabiliserat sig de senaste fyra åren. Sorsele kommun rapporterade att personer med hemtjänst träffade i medeltal sex olika personer i arbetsgruppen under en 14-dagarsperiod, 2017, men i Hällefors kommun träffade äldre personer i medeltal 24 olika personer ifrån hemtjänsten under samma period.

Figur 27. Personalkontinuitet för personer 65 år eller äldre med hemtjänst

Samtliga rapporterande kommuner 2007–2017, under en 14-dagarsperiod, Medeltal. Antal personal



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada.

Insatser för att undvika undernäring hos äldre

Många äldre mår bra och lever ett självständigt liv, men med stigande ålder ökar risken för att drabbas av sjukdom och funktionsnedsättningar. Framförallt bland de allra äldsta finns många personer med stora vård- och omsorgsbehov. Dessa löper därmed också ökad risk att drabbas av sjukdomsrelaterad undernäring. Undernäring kan definieras som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar. Sedan den 1 januari 2015 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring. Föreskrifterna ska tillämpas av dem som bedriver verksamhet som omfattas av HSL. De ska också tillämpas av verksamheter som bedriver hemtjänst i ordinärt boende, särskilda boendeformer för äldre och bostäder med särskild service för personer med funktionshinder. Föreskriften ställer krav på rutiner för att förebygga, upptäcka och behandla undernäring.

Socialstyrelsen följer kontinuerligt upp och beskriver kvaliteten på vården och omsorgen om äldre personer, bland annat vad gäller undernäring och risk för undernäring. Detta görs genom att arbeta med indikatorer som beskriver äldre personers vård- och omsorgsprocesser inom såväl kommuner som landsting och region.

Tabell 16. Åtgärder vid risk för undernäring.

Andel (%) åtgärder vid förebyggande av undernäring för personer 65 år eller äldre, juni 2016 – juni 2017.

Indikatorer förebyggande av undernäring	Ordinärt boende, (%)	Särskilt boende, (%)
Andel enheter med rutin för upptäckt av undernäring	70	
Andel enheter med rutin för dygnets måltider		40
Erhållit åtgärd efter riskbedömning för undernäring	45	63
Erhållit åtgärd efter riskbedömning för ohälsa i munnen	34	51
Andel personer med plan om den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna		79
Andel personer som är nöjda med sin mat och måltidsmiljö		61

Källa: Senior alert, Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2017, Öppna jämförelser 2017, vård och omsorg om äldre.

Tabell 16 visar att det inom hemtjänsten är 70 procent av enheterna som har en rutin för personalens agerande om de upptäcker undernäring hos den enskilde. Undernäring är vanligare hos äldre personer i jämförelse med den övriga befolkningen. Personalen har möjlighet att förebygga undernäring hos den enskilde genom en tidig upptäckt och åtgärd. Läkemedel eller kroniska sjukdomar kan påverka den äldres aptit negativt och det är därför viktigt att det finns en individanpassad och genomtänkt kost och måltidsmiljö. Av de som bor i särskilt boende har 79 procent en aktuell genomförandeplan som beskriver den enskildes önskemål och behov i samband med måltid. Från 2016 års undersökning är det en minskning med 2 procentenheter. Av enheterna har 40 procent rutiner för dygnets måltider. Andel personer på särskilt boende som upplevde att de var nöjda med hur maten smakade och upplevde att måltiderna var en trevlig stund på dagen var 61 procent.

Ett sätt att identifiera och bedöma risk för undernäring kan vara exempelvis med hjälp av Mini Nutritional Assessment (MNA), ett verktyg framtaget för att upptäcka undernäring eller risk för undernäring hos personer 65 år eller äldre. MNA ingår i Senior Alert, och ligger till grund för den statistik över hur många personer som är undernärda eller riskerar att bli undernärda. Av de äldre i ordinärt boende som riskbedömts 2016/2017 hade man planerat någon åtgärd för 81 procent av personerna. Hos de personer som bedömts för risk för undernäring fick 45 procent en eller flera åtgärder. Andelen åtgärder för personer som har bedömts ha risk för undernäring är betydligt lägre för dem som får insatserna i ordinärt boende än för dem i särskilt boende, och de åtgärder som vidtas behöver utvecklas och förekomma oftare. En stor utmaning är det preventiva arbetet bland personer med behov av vård och omsorg i ordinärt boende.

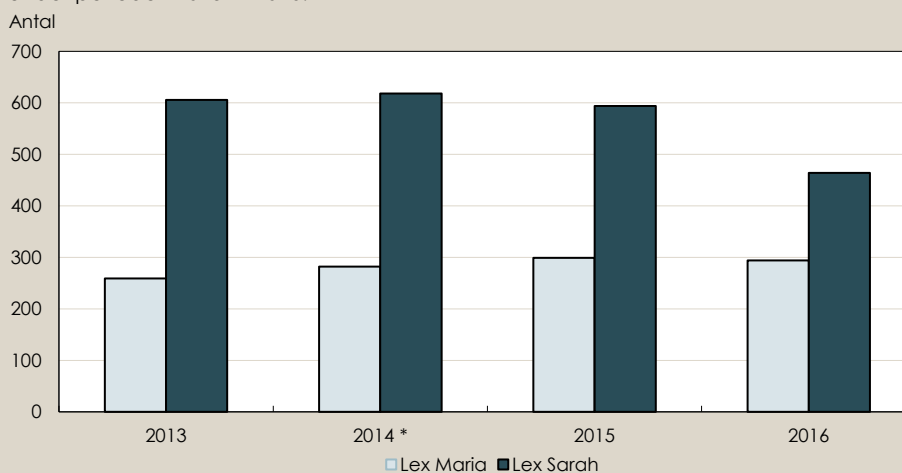
Anmälningar och klagomål inom vården och omsorgen om äldre

För vården och omsorgen om äldre har det kommit in 294 lex Maria-anmälningar och 464 lex Sarah-anmälningar under 2016, figur 28 [83]. Detta är en ökning jämfört med 2013 då antalet lex Maria-anmälningar var 259. Samtidigt har lex Sarah-anmälningarna minskat från 606 år 2013 till 464 år 2016.

I anmälningar till IVO är det vanligast att ärendena handlar om brister i omsorg och omvårdnad, det vill säga en insats som utförts felaktigt eller kanske inte alls. På hälso- och sjukvårdsområdet, i lex Maria-anmälningar och klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, där IVO har riktat kritik, dominerar ärenden som rör brister i läkemedelshantering och vård och behandling, både inom hemsjukvården och äldreomsorgen.

Figur 28. Anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah

Antal lex Maria och lex Sarah – anmälningar inom vården och omsorgen om äldre under perioden 2013 till 2016.



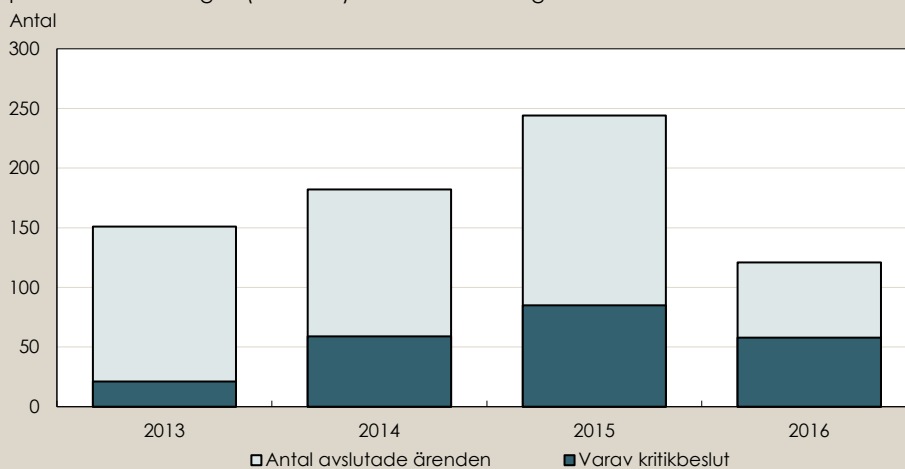
Källa: IVO.

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen

Patienter, närstående eller enskilda personer kan lämna klagomål på personal eller verksamheter enligt PSL. Under 2016 avslutade IVO 121 klagomålsärenden gällande patientsäkerhet och där äldre varit patienter. Av dessa ledde 58 till kritikbeslut. I figur 29 redovisas antal avslutade ärenden och antal kritikbeslut för 2013–2016.

Figur 29. Ärenden enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) inom vården om äldre

Antal inkomna och avslutade ärenden hos IVO, avseende klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) inom äldreomsorgen 2013 till 2016.



Nya föreskrifter om utredning och om anmälan om vårdskador, lex Maria

Den 1 september 2017 trädde två nya föreskrifter om utredning och om anmälan om vårdskada ikraft. Föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete från Socialstyrelsen och föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) från IVO. I Socialstyrelsens föreskrifter finns bland annat regler om hur en vårdskada ska utredas, vilka uppgifter som ska dokumenteras och hur lärdomar av det inträffade och utredningen kan bidra till det systematiska kvalitetsarbetet. IVO:s föreskrifter reglerar bland annat vem som ska lämna en sådan anmälan, vad den ska innehålla och hur anmälan ska göras. Som stöd vid anmälan av lex Maria har IVO lanserat en e-tjänst som vårdgivare kan använda när anmälan sker³².

Klagomål inom socialtjänstens äldreomsorg

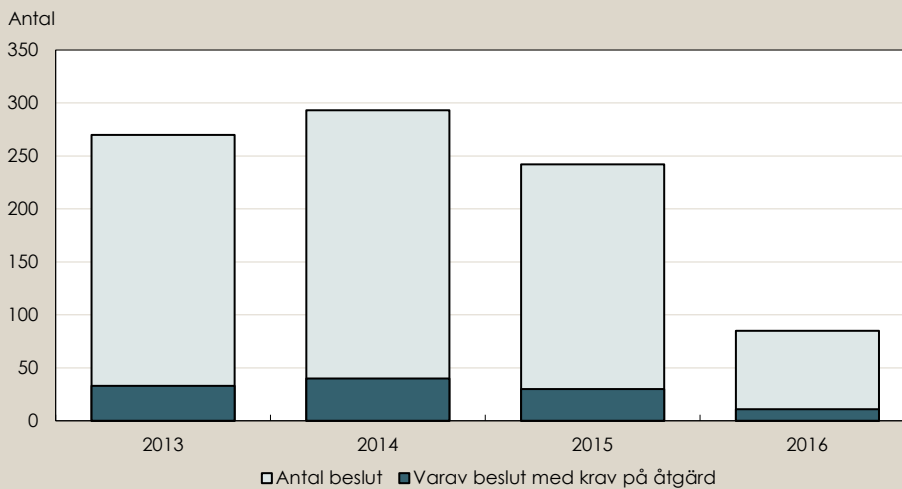
Personer som anser att det finns brister inom socialtjänstens äldreomsorg kan anmäla dessa till IVO. IVO har ingen skyldighet att utreda allt som anmäls utan myndigheten avgör själv om det finns skäl till tillsyn. En sådan bedömning utgår från vad enskilda personer anmäler samt andra uppgifter som IVO har om verksamheten³³. År 2016 utredde IVO 85 klagomål på socialtjänstens äldreomsorg och 11 av dessa ledde till krav på åtgärd. Antalet utredda anmälningar var betydligt färre 2016 än 2013, 2014 och 2015, vilket framgår av figur 30.

³² IVO, Anmälan av allvarlig vårdskada/som kunnat medföra allvarlig vårdskada.

³³ IVO, <https://www.ivo.se/for-privatpersoner/klaga-pa-socialtjansten/>. Hämtat 2017-12-12

Figur 30. Klagomål inom socialtjänstens äldreomsorg.

Antal klagomålsbeslut till IVO inom socialtjänstens äldreomsorg, samt beslut med krav på åtgärd 2013 till 2016.



Ett samlat stöd inom patientsäkerhet

I maj 2017 lanserade Socialstyrelsen webbplatsen *Samlat stöd för patientsäkerhet*³⁴, för att stödja hälso- och sjukvården i patientsäkerhetsarbetet. Den yttersta målsättningen är att ingen person ska drabbas av en skada som hade kunnat undvikas i kontakten med hälso- och sjukvården. Webbplatsen är en tjänst som samlar och hänvisar till kunskapsstödande material på nationell nivå, till exempel handböcker, vägledningar och webbutbildningar.

Nya regler om företrädarskap

Sedan den 1 juli 2017 gäller en lag (2017:310) om framtidsfullmakter. Den ger enskilda en möjlighet att utse någon som kan ha hand om deras personliga och ekonomiska angelägenheter om de senare i livet inte själva kan det. Bakgrunden till den nya lagen är att många personer får svårt att ta hand om sig själva och sin ekonomi på grund av sjukdom eller nedsatt hälsotillstånd. Behovet av hjälp ökar i och med att antalet äldre i befolkningen blir allt fler [21].

Framtidsfullmakter utgör ett alternativ till ordningen med god man och förvaltare och är ett komplement till vanliga fullmakter. Framtidsfullmakten blir giltig när den enskilde blir beslutsoförmögen. Det är den som har fått uppdraget – fullmaktshavaren – som avgör när detta inträffar. Det finns därutöver möjlighet att få frågan prövad av domstol.

I begreppet personliga angelägenheter ingår frågor om socialtjänst, till exempel att fullmaktsgivaren har ett lämpligt boende, hemtjänst eller kontaktperson. Till personliga angelägenheter hör också att hjälpa fullmaktsgivaren i sina kontakter med hälso- och sjukvården och den sociala omsorgsverksamheten. Vård- och behandlingsåtgärder inom hälso- och sjukvården ingår inte i begreppet personliga angelägenheter [22].

³⁴ www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se

Eftersom inte alla kan antas förbereda sig för framtiden genom att upprätta framtidsfullmakter, har kompletterande regler om företräderskap genom anhöriga också införts. De nya reglerna gäller för personer som på grund av sjukdom eller liknande inte längre kan ta hand om sina ekonomiska angelägenheter. Anhöriga ska kunna var behöriga att ta hand om ekonomiska angelägenheter om den enskilde inte längre har förmåga att göra det själv. Anhörigas behörighet kan också gälla vid tillfällig beslutsförmåga, till skillnad från en framtidsfullmakt. Behörigheten för anhöriga ska omfatta rättshandlingar som har anknytning till den enskildes dagliga livsföring. I första hand avses vardagliga betalningar hänförliga till bostaden, tjänster av olika slag och inköp av mat och kläder.

Sammanfattande iakttagelser

Äldre personer är överrepresenterade vad gäller skador och dödsfall på grund av olyckor. Fallolyckor är vanligt och cirka 70 000 personer vårdas på sjukhus efter att ha fallit. Men fallolyckor går att förebygga och under 2017 har en nationell kampanj anordnats med syfte att öka kunskapen hos äldre personer.

För många äldre är det mer tryggt att få stöd och hjälp av personal som de känner igen och har en relation till. Under de senaste tio åren har personalkontinuiteten inom vården och omsorgen om äldre försämrats. År 2017 mötte en äldre person med hemtjänst under en 14-dagars period 15 olika personal. Motsvarande siffra för 2007 var 12 personal.

I jämförelse med den övriga befolkningen är undernäring vanligt hos äldre personer. En stor utmaning för vården- och omsorgen är att förebygga undernäring bland personer i ordinärt boende. Andelen åtgärder för personer som bedöms ha risk för undernäring är idag betydligt lägre för dem som får insatser i ordinärt boende än för dem i särskilt boende.

IVO tar varje år emot anmälningar och klagomål som rör vården och omsorgen om äldre. Under 2016 gjordes totalt 294 lex Maria-anmälningar. Detta är en ökning jämfört med 2013 då antalet var 259. Samtidigt har lex Sarah-anmälningarna minskat från 606 år 2013 till 464 år 2016.

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.

Behov av att inkludera transperspektiv i vård och omsorg om äldre

Det finns en oro bland transpersoner över att bli transfobt bemötta inom vården och omsorgen om äldre, det visar betänkandet Transpersoner i Sverige (SOU 2017:92) [84]. Gruppen transpersoner är heterogen och består, i likhet med den allmänna befolkningen, av individer med olika bakgrund och erfarenheter. Som grupp betraktat är det dock betydligt vanligare att transpersoner blir utsatta för kränkningar, trakasserier, våld och hot om våld än andra personer. Den kunskap som finns om åldrandet hos hbtq-personer (homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner) och bemötandet inom vård och omsorg i en svensk kontext handlar oftast uteslutande om homo- och bisexuella [85, 86].

Hbtq är ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner samt andra personer med queera uttryck och identiteter.

I framtiden förväntas fler äldre hbtq-personer vara öppna med sin sexuella läggning och könsidentitet eller könsuttryck. Kommunerna behöver planera för detta i form av ökad kunskap hos personalen och ett mer inkluderande arbetssätt i vården och omsorgen. Socialstyrelsen har tagit fram en webbaserad utbildning om hbtq och normer i socialtjänsten, i syfte att öka kunskapen inom socialtjänstens områden och därmed öka förtroendet från hbtq-personer.

Är kvinnor mindre nöjda med sin vård och omsorg?

För att analysera nöjdheten med omsorgen bland äldre har Socialstyrelsen utgått från data hämtade från myndighetens enkätundersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen”. För att analysera nöjdheten med vården bland äldre har myndigheten utgått från rapporter och data från Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät, SKL:s undersökning Vårdbarometern och SKL:s nationella patientenkät, Vårdanalys International Health Policy Survey och sammanställningar från IVO.

Det finns inte några tydliga indikationer på att kvinnor generellt sett upplever sig mindre nöjda med sin vård eller omsorg än vad män gör [87]. Däremot

finns det inom omsorgen demografiska skillnader; kvinnor är ofta äldre, de lever oftare ensamma, och besväras i betydligt högre grad än män av ensamhetskänslor och känslor av oro och ångest. Dessa skillnader verkar dock inte avspeglas i hur nöjd den äldre är med sin omsorg.

Några slutsatser:

- Den absoluta majoriteten av äldreomsorgsbrukarna är nöjda med sin äldreomsorg, och det gäller såväl män som kvinnor.
- Kvinnor är ofta äldre, lever oftare ensamma, och har oftare sämre hälsa och besvär av ängslan, oro och ångest.
- I storstäderna är det fler som är mindre nöjda med hemtjänsten än i övriga landet, oavsett kön.
- Det finns ingen signifikant skillnad mellan könen i hur nöjda de äldre är med den vård de får.
- Det finns dock en konsekvent liten icke-signifikant skillnad mellan könen, som tyder på att äldre kvinnor kan vara något mindre nöjda än männen.

Palliativ vård behöver bli bättre och mer jämlik

Socialstyrelsens utvärdering av den palliativa vården visade att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landstingen och regionerna som kommunerna [88]. Både vården och omsorgen behöver lägga ytterligare kraft för att i ännu högre grad följa det nationella kunskapsstödet kompletterat med det nationella vårdprogrammet som ska utgöra en gemensam grund för en god och jämlik palliativ vård i livets slutskede [89, 90].

Nedan finns några exempel på förbättringsområden som har identifierats för landstingen och regionerna samt kommunerna:

- Erbjuda fortbildning till personal för att kunna ge en god palliativ vård.
- Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få munhälsobedömning.
- 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.
- Samverka för att få en gemensam syn på processen för en god palliativ vård.
- Fler personer behöver vårdplaneras tillsammans med samtliga aktörer för att vården ska vara patientsäker.
- Fler verksamheter behöver tillgång till palliativa rådgivningsteam.
- Fler verksamheter behöver erbjuda stöd till närstående.
- Fler verksamheter behöver ha rutiner för efterlevandesamtal.

Som en del av förbättringsarbetet har Socialstyrelsen under 2017 tagit fram sex nationella målnivåer för den palliativa vården [91]. Utgångspunkten för målnivåarbetet är de indikatorer som har tagits fram inom ramen för det nationella kunskapsstödet. Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att personen får en god

vård som är jämlik i hela landet. Målnivåerna anger hur stor andel av patientgruppen som bör få en viss behandling eller åtgärd.

Svenska palliativregistrets (SPR), ett kvalitetsregister för vård i livets slutskede är baserat på Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård och Nationellt vårdprogram för palliativ vård. Syftet med SPR är att förbättra vården för människor i livets slutskede inom landstingens, regionernas och kommunernas olika vård- och boendeformer. Omkring 90 000 personer avlider i Sverige per år. År 2016 dog drygt 91 000 personer varav knappt 58 600 avlidna personer inrapporterades till SPR, vilket motsvarar en täckningsgrad på cirka 64 procent av alla dödsfall i landet. Av de dödsfall som rapporterades till SPR kom 32 procent från landstingens och regionens vård- och boendeformer, och 31 procent från kommunernas vård- och boendeformer. Skillnaderna i täckningsgrad på kommunnivå (sammanslagning av sjukhusens rapportering och kommunens rapportering) varierade från 87 procent till 37 procents täckningsgrad. Målet är att identifiera palliativa behov hos 80 procent av den döende befolkningen för att kunna erbjuda en jämlik vård i landet³⁵.

Den palliativa vården är till för att möta behov hos den enskilda individen och hos närstående när sjukdom eller ålder gör att livet går mot sitt slut. Äldre personer med en successiv försämring av hälsotillståndet och med flera samtidiga sjukdomar, funktionsnedsättning eller kognitiv svikt har många gånger stora behov av att vården har ett palliativt förhållningssätt och ger adekvata palliativa insatser. De flesta personer får vård från flera vårdformer under den sista tiden i livet och den palliativa vården omfattar alla, oavsett ålder och diagnos. Socialstyrelsens utvärdering av den palliativa vården visar att landstingen, regionerna och kommunerna inte lever upp till viktiga delar av kunskapsstödet. Den palliativa vården skiljer sig åt beroende på var i landet man bor. Det finns till exempel stora skillnader när det gäller smärtskattning, munhälsobedömning och brytpunktsamtal. I tabell 17 redovisas Socialstyrelsens nationella målnivåer för palliativ vård.

Tabell 17. Socialstyrelsens nationella målnivåer för palliativ vård.

Indikator	Målnivå*
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	≥ 90 %
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100 %
Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	≥ 98 %
Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan	≥ 98 %
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	≥ 90 %
Brytpunktssamtal	≥ 98 %

* Målnivå på gruppnivå.

Smärtskattning är en av målnivåerna. Smärta är ett vanligt symtom i livets slutskede. Obehandlad smärta ger minskad livskvalitet och ökar också risken för medicinska komplikationer. För att i tid fånga upp och minimera smärtpplevelsen för patienten krävs systematisk smärtskattning. Uppgifter från SPR visar att bara 42 procent av personer i livets slutskede smärtskattades un-

³⁵ Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2016.

der sista levnadsveckan. Målnivån som nu fastställs är att regelbunden smärtskattning bör göras på alla personer i livets slutskede, 100 procent, under den sista levnadsveckan. Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter skulle det innebära att ytterligare 29 000 personer borde ha smärtskattats.

En annan av målnivåerna är munhälsobedömning. Dålig munhälsa under den sista tiden i livet försämrar livskvaliteten betydligt. Många personer har läkemedel som påverkar munhälsan och skulle därför behöva få en munhälsobedömning, särskilt de i åldersgruppen över 80 år. Dessa patienter har ofta flera läkemedel som kan ge muntorrhet, och tillhör samtidigt den patientgrupp som har svårast att sköta munhälsan själv. År 2016 fick omkring hälften av de palliativa patienterna möjlighet till en munhälsobedömning. Den nu satta målnivån anger att minst 90 procent bör ha fått en munhälsobedömning genomförd under sista levnadsveckan.

Ytterligare en målnivå är brytpunktssamtal, det vill säga individuellt anpassade läkarledda samtal och ett dokumenterat beslut om vårdens inriktning och mål. God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att den enskilde och de närstående informeras om att sjukdomen och tillståndet har nått en punkt där såväl botande som bromsande behandling oftast inte längre är verksam och vården övergår till palliativ vård i livets slutskede. Att vara informerad har ett värde i sig och ger den enskilde möjlighet att fatta beslut om hur han eller hon vill ha det under den sista tiden. Vid brytpunktssamtal för personer 65 år eller äldre i livets slutskede inom kommunens olika boendeformer (ordinärt eller särskilt boende) deltar också ansvarig sjuksköterska och om möjligt även omsorgspersonal, för att i samråd med läkaren planera för bästa möjliga livskvalitet och symtomlindring. Socialstyrelsens fastställda målnivå anger att minst 98 procent bör ha fått möjlighet till brytpunktssamtal. Under 2016 fick drygt 6 av 10 personer (62 procent) i livets slutskede ett brytpunktssamtal före sin död [92].

Utbildningsmaterial om vård i livets slutskede

Betaniastiftelsen har under 2017 publicerat ett utbildningsmaterial i tre delar – Palliationspraktikan³⁶. Det baseras på de riktlinjer och kunskapsstöd som Socialstyrelsen har tagit fram inom området palliativ vård.

Den första delen innehåller praktisk fackkunskap om vad man behöver veta för att ge god vård i livets slutskede. I en bilaga finns kunskap som mer specifikt riktar sig till sjuksköterskor och läkare om bland annat utredning av smärta och farmakologisk behandling. Den andra delen innehåller reflektionsmaterial i form av fördjupningstexter och reflektionsfrågor som exempelvis kan användas i samband med möten på arbetsplatsen. Den tredje delen är ett informationshäfte som vänder sig till närstående. Där beskrivs kortfattat vilket stöd närstående kan och har rätt att få, men också vad som händer i kroppen under livets sista tid.

Samtliga delar av Palliationspraktikan går att ladda ned kostnadsfritt från webbplatsen Palliationsakademin som drivs av Betaniastiftelsen.

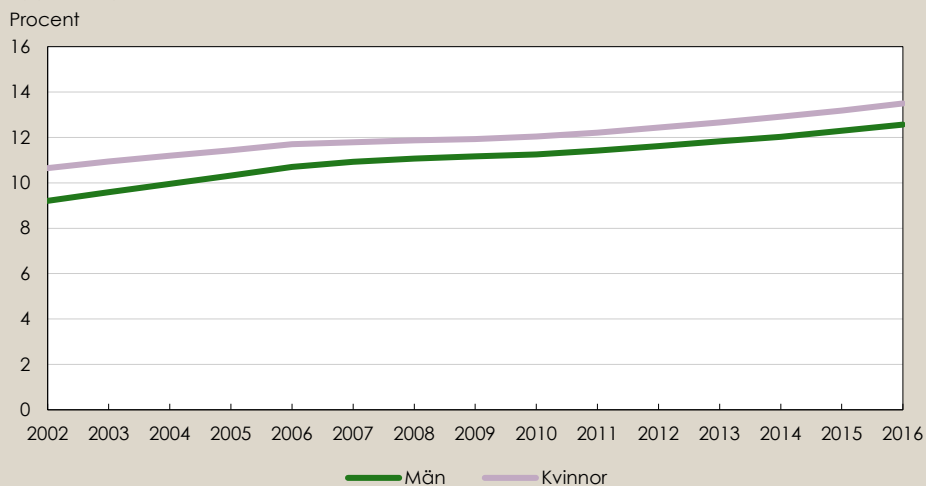
³⁶ Betaniastiftelsen: Palliationspraktikan Hämtad 2017-10-27 från <http://palliationsakademin.se/publikationer/>

Ökning av andelen utrikesfödda personer 65 år och äldre

Nästan 1,8 miljoner eller 18 procent av befolkningen är i dag födda utomlands. Om tio år förväntas nästan 2,4 miljoner vara födda utomlands och 2060 beräknas 22 procent eller nästan 3 miljoner vara födda utanför Sverige [93]. Figuren nedan visar att andelen utrikesfödda över 65 år har ökat de senaste 15 åren i Sverige. Det gäller både för kvinnor och för män. År 2002 var andelen kvinnor med utländsk bakgrund 10,6 procent jämfört med 13,5 procent år 2016. Motsvarande andel för män var 9,2 procent 2002 jämfört med 12,6 procent 2016.

Figur 31. Andel utrikesfödda personer 65 år och äldre i Sverige

Andel (%) utrikesfödda bland personer 65 år och äldre, redovisad för åren 2002–2016, uppdelat på män och kvinnor.



Källa: SCB

En viktig uppgift, både för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, är att tillgodose äldre personers behov av information oavsett födelseland och kunskaper i det svenska språket. Detta kan innebära särskilda utmaningar, till exempel när det gäller äldre personer med demenssjukdom som till följd av sjukdomen tidigt kan tappa sitt andraspråk.

Socialstyrelsens årliga enhetsundersökning om äldreomsorg och hemsjukvård visar att 72 procent av de särskilda boendena har personal som talar annat språk utöver svenska. Motsvarande siffra för hemtjänst och hemtjänst i servicehus är 75 procent respektive 78 procent [26].

Som framgår av tabell 18 kommer den största andelen utrikesfödda personer över 65 år, drygt 30 procent, från Finland. Därefter följer Tyskland samt forna Jugoslavien med en andel motsvarande 7 respektive 6 procent.

Tabell 18. Antal och andel (%) personer 65 år eller äldre och vilket land de kommer ifrån. Uppgifterna avser 2016 och baseras på totala antalet utrikesfödda personer.

Land	Antal	Andel
Finland	76666	30
Tyskland	17611	7
Forna Jugoslavien	15589	6
Norge	14057	6
Danmark	13771	6
Polen	11440	5
Irak	7750	3
Bosnien och Hercegovina	7596	3
Iran	6966	3
Ungern	5376	2
Övriga länder	74956	30

Källa: SCB.

Nationella minoriteter – språk och kultur i äldreomsorg

De fem nationella minoriteterna är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar. Gemensamt för minoritetsgrupperna är att de har befolkat Sverige under lång tid samt att de utgör grupper med en uttalad samhörighet.

Samer, sverigefinnar och tornedalingar har särskilda rättigheter enligt lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk (minoritetslagen). Enligt denna lag ska de kunna få hela eller delar av äldreomsorgen av personal som pratar finska, meänkieli eller samiska 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.

Den enskilt största svårigheten för kommunerna när det gäller att erbjuda äldreomsorg på minoritetsspråk är personalförsörjningen och brist på personal med språkkompetens konstaterar uppföljningsmyndigheterna Länsstyrelsen i Stockholms län och Sametinget i en rapport 2017 [94]. Förvaltningsområden är en framgångsfaktor när det gäller de enskildas rätt till äldreomsorg på finska, meänkieli eller samiska konstateras det i rapporten. Utanför förvaltningsområdena är det exempelvis ingen kommun som erbjuder minoritetskulturella aktiviteter inom ramen för hemtjänsten. En kommun uppger att de har ett särskilt boende för den judiska minoriteten. Ingen kommun uppger att de har en sådan verksamhet för den romska minoriteten. Kulturella aktiviteter anordnas ofta av eller sker i samarbete med minoritetsföreningar enligt rapporten. Föreningssamarbetet ses av kommunerna som en tillgång, det gör den kulturella inriktningen levande. Sammanfattningsvis bedömer uppföljningsmyndigheterna Länsstyrelsen i Stockholms län och Sametinget att insatserna för att säkerställa rätten till service och omvårdnad inom äldreomsorgen på nationella minoritetsspråk är otillräckliga.

I juni 2017 presenterade utredningen om en stärkt minoritetspolitik och översyn av lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk sitt betänkande [95].

Utredningen konstaterar att 18 § minoritetslagen (2009:724) som reglerar rättigheter inom äldreomsorg tillåter en snäv tolkning av kommunernas skyldigheter. Detta ligger inte i linje med lagstiftningens syfte menar utredningen och föreslår lagändringar med syfte att tydliggöra kommunernas skyldigheter. Utredningen föreslår också att äldres behov av äldreomsorg på romani chib och jiddisch bör beaktas av kommunerna i större utsträckning.

En stor utmaning för äldreomsorgen är tillgång till personal som behärskar minoritetsspråken menar utredningen. Vad som styr i vilken utsträckning äldreomsorg på minoritetsspråk efterfrågas är en komplex fråga. Viktiga faktorer är vilken information kommunen lämnar om befintlig service och vilket bemötande brukarna får. Behoven inom äldreomsorgen är inte enbart en fråga om språk konstaterar utredningen. Att ha tillgång till och känna sig trygg i sin kultur är minst lika betydelsefullt för många äldre. Detta bör avspeglas i lagstiftningen menar utredningen. I utredningen föreslås slutligen att enskildas rätt till äldreomsorg på minoritetsspråk bör regleras i SoL.

Socialstyrelsen har under 2016 och 2017 översatt skriften *Din rätta till vård och omsorg – en vägvisare för äldre* till samtliga nationella minoritetsspråk, dvs. finska, meänkieli, samiska, romani chib och jiddisch. Skriften vänder sig till äldre och närstående och den beskriver det stöd den äldre kan få enligt SoL och HSL. Här tas även upp de rättigheter de personer som tillhör en nationell minoritet har enligt minoritetslagen. Information om att skriften har översatts har spridits till kommuner, civila organisationer, vid konferenser m.m.

Sammanfattande iakttagelser

Socialstyrelsens utvärdering av den palliativa vården visar att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landsting och regioner som kommunerna. Både vården och omsorgen behöver lägga ytterligare kraft på att i ännu högre grad följa det nationella kunskapsstödet kompletterat med det nationella vårdprogrammet. Några av de förbättringsområden som har lyfts är utbildning till personal och att fler personer behöver få brytpunktssamtal och smärtskattas i livets slutskede.

Dessutom är det viktigt att vården och omsorgen anpassas utifrån den äldre, vilket även inkluderar språkliga och kulturella behov. Därför behöver personalen ha rätt kompetens och god kännedom om den enskildes behov. Det är även angeläget att verksamheterna präglas av ett inkluderande arbetssätt.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det ska vara lätt att få kontakt med en verksamhet och att få vård och omsorg inom rimlig tid. Det innebär också att alla som har behov kan ta del av verksamheten och använda dess tjänster. I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen material som belyser tillgängligheten till vård och omsorg för personer 65 år eller äldre med fokus på väntetider på landets akutmottagningar och välfärdsteknik.

Äldre fortsätter vänta länge på landets akutmottagningar

Socialstyrelsens årliga mätning av vistelsetid på akutmottagningar för perioden juni 2016–maj 2017 visar att personer 80 år eller äldre har en längre total vistelsetid på akutmottagningen jämfört med personer 19–79 år gamla. Medianvistelsetiden har ökat med 33 minuter och är nu 3 timmar och 58 minuter för patienter 80 år och äldre [96]. Denna medianvistelsetid är 10 minuter längre än föregående period som var juli 2015–juni 2016 för de akutmottagningar som ingick då. De 10 procent av personerna 80 år eller äldre som får vänta längst, väntar i 8 timmar och 7 minuter eller längre innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården. Detta är 22 minuter längre jämfört med akutmottagningar som ingick i föregående mätning.

Vad gäller tiden till att bli bedömd av läkare har personer 80 år eller äldre 10 minuter kortare medianväntetid (53 minuter) jämfört med personer 19–79 år. Samtidigt får 10 procent av personerna 80 år eller äldre vänta i 3 timmar och 24 minuter eller längre på akutmottagningen innan de blir bedömda av läkare. Det är ingen förändring jämfört med akutmottagningarna som ingick i föregående tolv månaders period.

Socialstyrelsen har tidigare visat att ålder utgör en speciell riskfaktor för långa vistelsetider på akutmottagningen [97, 98]. Personer 80 år eller äldre riskerar att få vänta längre på akutmottagningarna bland annat eftersom denna ålderskategori skrivs in i slutenvården i högre utsträckning jämfört med yngre personer. Bristen på vårdplatser leder i sin tur till att patienterna får vänta längre på akuten.

Ojämn utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Socialstyrelsen konstaterar under 2017 i sin årliga uppföljning av e-hälsa och välfärdsteknik att utvecklingen i kommunerna är ojämn [99]. Digitaliseringen av trygghetslarmen har gått fort även om kommunerna inte har nått regeringens mål att samtliga trygghetslarm skulle var digitala vid 2016 års utgång.

Även vissa former av välfärdsteknik har utvecklats snabbt. Det är framförallt inom äldreomsorgen som kommunerna har dragit nytta av tekniken och där det går att se en snabbare utveckling än inom andra verksamhetsområden.

Den vanligaste formen av teknik som används för personer i ordinärt boende är passiva larm eller sensorer, tabell 19.

Resultaten från denna fjärde uppföljning visar en ökning inom de flesta områden som undersökts. Myndigheten konstaterar dock att flera av de mål som uttrycktes i överenskommelsen om stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten mellan regeringen och SKL inte har uppnåtts. Undersökningen visar att:

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande låg. De tjänster som ökar är webbaserade biståndsansökningar inom äldreomsorgen, inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar och inom ekonomiskt bistånd. Sedan 2014 har andelen kommuner som har webbaserade ansökningar inom äldreomsorgen ökat från 7 till 22 procent 2017.
- Andelen digitala trygghetslarm ökar (69 procent) men kommunerna nådde inte målet om att alla larm skulle vara digitala den 31 december 2016.
- Användningen av Nationell patientöversikt (NPÖ) ökar men det är bara en mindre del av kommunerna som kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa det. NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med personens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, regioner, kommuner eller privata vårdgivare.
- En liten andel av socialtjänstens personal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen personal som kan läsa och dokumentera information mobilt är fortfarande liten.
- Få privata utförare av kommunal hälso- och sjukvård använder NPÖ för att ta del av information och det finns inga privata utförare som producerar uppgifter i systemet.

Tabell 19. Antal och andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende.

Typ av välfärdsteknik	Antal kommuner (n=238)	Andel kommuner (%)
Passiva larm/sensorer	204	86
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med video	141	59
Gps-larm*	123	52
Elektroniska lås till hemtjänstens kunder	115	48
Trygghetskamera (natttillsyn/fjärrtillsyn med kamera)**	88	37
Påminnelse för medicin mm.	61	26
Dagtillsyn med hjälp av kamera	7	3

* Det var cirka 450 personer som var beviljade GPS-larm.

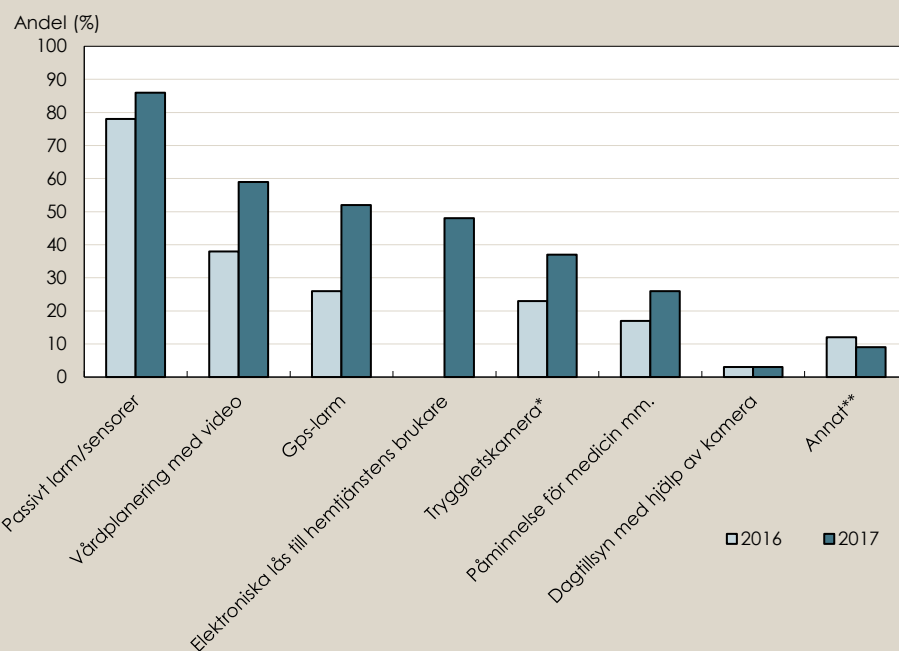
** Det var cirka 500 personer som hade natttillsyn via kamera.

Källa: Rapporten E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna [99].

Av figuren 32 framgår att det skett en utveckling mellan 2016–2017. Den största ökningen har skett av andelen kommuner som erbjuder GPS-larm till äldre och till personer med funktionsnedsättningar. Här har andelen kommuner fördubblats mellan 2016 och 2017. Även vårdplanering med video och trygghetskameror har ökat kraftigt mellan de två åren. Totalt 22 kommuner (9

procent) har angett att de har andra typer av välfärdsteknik än de som Socialstyrelsen frågade om i enkäten. Det handlar då om epilepsilarm, elektroniska nyckelgömmor för nycklar till hemtjänstens brukare, kommunikationsappar, matlagningsappar, digitala anhörigstöd och kognitiva hjälpmedel.

Figur 33. Andel kommuner som erbjuder välfärdsteknik i ordinärt boende



* Trygghetskamera: nattillsyn/fjörtillsyn med kamera

** Annat: epilepsilarm, elektroniska nyckelgömmor för nycklar till hemtjänstens brukare, kommunikationsappar, matlagningsappar, digitala anhörigstöd eller kognitiva hjälpmedel

Källa: Socialstyrelsen.

Äldres internetanvändning

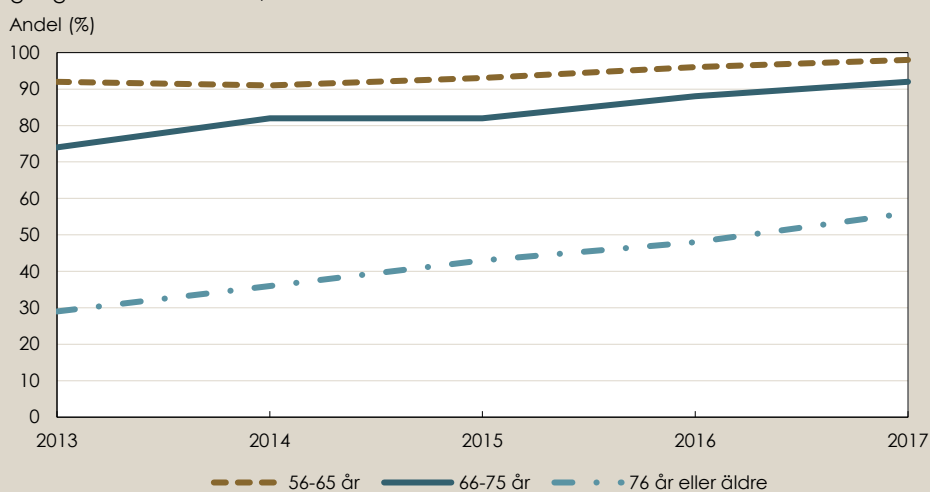
Varje år kartlägger Internetstiftelsen i Sverige (IIS) befolkningens användning av internet. I rapporten *Svenskarna och internet 2017* konstateras att så gott som alla använder internet upp till pensionsåldern [100]. Det är först efter uppnådd pensionsålder som andelen personer som inte använder internet ökar på allvar. I åldrarna 66–75 år är det 8 procent som inte använder internet. Motsvarande siffra för de som är äldre än 75 år är 43 procent [100].

Samtidigt har användandet av internet ökat de senaste fem åren i åldersgrupperna 66–75 år och 76 år eller äldre, vilket framgår av figur 33. År 2013 uppgav 74 procent i åldersgruppen 66–75 år att de använde internet, vilket kan jämföras med 92 procent för 2017. För åldersgruppen 76 år eller äldre är ökningen av internetanvändningen ännu större, från 29 procent 2013 till 56 procent 2017.

Även om allt fler äldre personer uppger att de använder internet är det många som fortfarande står utanför det digitala samhället. Nästan 430 000 av de 500 000 personer som inte använder internet i Sverige i dag är äldre än 66 år, enligt IIS.

Figur 34. Använder internet

Andel (%) av befolkningen i åldersgrupper, 56 år och äldre, som uppger att de någon gång använder internet, år 2013–2017.



Av Socialstyrelsens rapport *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017* framgår att 61 procent av kommunerna erbjuder internetanslutning för personer som bor i särskilda boenden [99]. Det är en stor ökning jämfört med 2016, då siffran bara var 42 procent. Detta innebär dock inte att alla särskilda boenden i dessa kommuner erbjuder denna möjlighet. Man kan vidare notera att i 39 procent av kommunerna finns det inga särskilda boenden som kan erbjuda de som bor där internetuppkoppling via boendets eget nätverk under 2017.

I kommun- och landstingsdatabasen KOLADA redovisas uppgifter om att 47 procent av boendeplatserna i särskilt boende erbjöd den äldre möjligheten till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten 2017³⁷.

Sammanfattande iakttagelser

Väntetiden på landets akutmottagningar fortsätter att öka för personer 80 år eller äldre. Medianvistelsetiden har ökat med 33 minuter och är nu 3 timmar och 58 minuter för patienter 80 år och äldre jämfört med förra mätningen.

Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna är ojäm. Digitaliseringen av trygghetslarmen har gått fort även om kommunerna inte har nått regeringens mål att samtliga trygghetslarm skulle var digitala vid 2016 års utgång. Även användningen av övrig välfärdsteknik ökar i kommunerna, och det gäller främst olika typer av passiva larm och sensorer samt vårdplanering via videokonferens. Utvecklingen av e-tjänster i kommunerna är dock svag. Inom äldreomsorgen är det webbaserade biståndsansökningar som ökar.

En majoritet av äldre personer använder internet. Drygt 60 procent av kommunerna erbjuder i dag internetanslutning till personer som bor i särskilda boenden.

³⁷ https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt. Hämtat 2018-02-13.

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. Redovisning av Socialstyrelsens arbete med genomförandet av Agenda 2030 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
4. OECD. State of Health in the EU. Sverige. Landprofil hälsa 2017; 2017.
5. Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
6. Öhman, A, Abramsson, M. Äldres hälsa och livsstil. Vem är den äldre? : äldrebilder i ett åldrande Sverige / [2017]; 2017.
7. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 [Elektronisk resurs] : tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor : stöd för styrning och ledning. Johanneshov: TPB; 2012.
8. Levnadsvanor: lägesrapport 2011. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012.
9. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa : förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa : slutbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
10. Khaw, KT, Wareham, N, Bingham, S, Welch, A, Luben, R, Day, N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS medicine. 2008; 5(1):e12.
11. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. . Socialstyrelsen 2017.
12. Folkhälsans utveckling - årsrapport 2017 [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten; 2017.
13. Chow, CK, Jolly, S, Rao-Melacini, P, Fox, KA, Anand, SS, Yusuf, S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation. 2010; 121(6):750-8.
14. Gilljam, H. Rökstopp ger snabba hälsovinster. Riskfaktorernas bidrag till sjukdomsburden i Sverige. Jämförelse mellan svenska och WHO-data. Lakartidningen. 2012; 109(11):554-7.
15. WHO. Alcohol. Fact sheet. 2015. Hämtad 2017 5 October från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
16. Guttormsson, U, Gröndahl, M. Trender i dryckesmönster [Elektronisk resurs]: befolkningens självrapporterade alkoholvanor under 2000-talet. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2017.
17. Danielsson, M. Är alkohol skadligare för äldres hälsa? En analys av kunskapsläget; 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. SiS i korthet 2016 En samling statistiska uppgifter om SiS [Elektronisk resurs]. Statens institutionsstyrelse; 2017.
22. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för vuxna personer med missbruk och beroende; 2017: Socialstyrelsen; 2017.
23. Gunnarsson, E, Karlsson, L-B. Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2017; 34(1):43-56.
24. Öppna jämförelser 2017. Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.: Socialstyrelsen; 2017.
25. Evy, G. Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2013; 30(3):227-42.
26. Socialstyrelsen. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2017: Socialstyrelsen; 2017.
27. Socialstyrelsen. Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016: Socialstyrelsen; 2017.
28. WHO. Preventing suicide: A global imperative: Genève: World Health Organization; 2014.
29. Socialstyrelsen. Om våld mot äldre. 2016. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/valdmotaldre>
30. Sammanfattning av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor [Elektronisk resurs]. 2016.
31. Madeleine, S. Våld mot äldre kvinnor : en forsknings- och kunskapsöversikt. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2016.
32. Kvinnors och mäns pensioner : en analys av skillnader och spridning i pensionsinkomster i dag och i framtiden. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2017.
33. Socialstyrelsen. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
34. Hemlöshet 2017 : omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
35. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2017 [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2017.
36. Socialstyrelsen. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård Socialstyrelsen; 2018.
37. Öppna jämförelser 2015 - Vård och omsorg om äldre [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
38. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2016 [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2016.
39. Socialstyrelsen. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2017.

40. Socialstyrelsen. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2018.
41. Arbetsförmedlingen. Var finns jobben? Bedömning till och med förstahalsåret 2018. 2017.
42. Tillgång på specialistläkare 2014 - tabeller [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
43. Tillgång på specialistläkare 2014 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
44. Läkarnas specialiseringstjänstgöring : föreskrifter och allmänna råd ; målbeskrivningar 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
45. Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2014 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
46. Läs mig! : nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
47. Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården 2017 - En professionsmiljard [Elektronisk resurs]. 2017.
48. Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen : uppföljning av 2016 års medel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
49. 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.
50. Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
51. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör Socialstyrelsen; 2012.
52. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
53. Naples, JG, Gellad, WF, Hanlon, JT. The Role of Opioid Analgesics in Geriatric Pain Management. Clinics in geriatric medicine. 2016; 32(4):725-35.
54. Isacson, D, Bingefors, K. Epidemiology of analgesic use: a gender perspective. European journal of anaesthesiology Supplement. 2002; 26:5-15.
55. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget : delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
56. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2017 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
57. Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
58. Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
59. Socialstyrelsen. Uppföljning av patientlagen inom hjälpmedelsområdet Socialstyrelsen; 2017.
60. Cancercentrum. Nationell satsning för kortare väntetider i cancervården. 2017. Hämtad 2017 11-28 från: <http://www.cancercentrum.se/syd/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/>
61. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

62. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering - vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 [Elektronisk resurs] : rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
63. Persson, PA, Hjulström, S. Sexualitet och demenssjukdom : en skrift för dig som arbetar med personer som har demenssjukdom. Stockholm: Svenskt Demenscentrum; 2017.
64. Nationerna, F. Gender Equality. 2017. Hämtad 2017 12-07 från: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>
65. Socialstyrelsen. Balansera mera- kampanj för att förhindra fallolyckor 2017. Hämtad 2017 12-08 från: <http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/balanseramera>
66. Molin, K, Li, Y. Om demenssjukdom på sjukhus : en handbok från Svenskt Demenscentrum. Stockholm: Svenskt Demenscentrum; 2017.
67. Molin, K. En bok för dig med demenssjukdom Stockholm: Svenskt Demenscentrum; 2017.
68. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
69. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd : stöd för styrning och ledning : remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
70. Socialstyrelsen. Vård vid stroke : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
71. Socialstyrelsen. Diabetesvård : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
72. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
73. Socialstyrelsen. Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2016.
74. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013 – Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2014.
75. Socialstyrelsen. Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen. Guide till webbaserat stöd 2017.
76. SBU. Behov av praktisknära forskning och vetenskaplig utvärdering inom viktiga områden; 2017. Report No.: 263/2017.
77. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap 2017. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/krisberedskap>
78. Socialstyrelsen. Balansera mera – Tips och råd för att förhindra fall i vardagen. 2017. Hämtad 2017 12-11 från: <http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/Sidor/balanseramera.aspx#>
79. Socialstyrelsen. Individens behov i centrum : behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
80. Informationsspecifikation 2016:1 för Individens behov i centrum [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
81. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa : svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Stockholm: Socialstyr.; 2003.

82. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan : nationell vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
83. IVO. Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016. 2017.
84. Transpersoner i Sverige : förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor : betänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
85. Siverskog, A. "För oss blir ju livet en enda stor teater" : äldre transpersoners erfarenheter av åldrande och könsidentitet. LHBTQ-personer och åldrande : nordiska perspektiv / 2013; 2013.
86. Siverskog, A. Queera livslopp [Elektronisk resurs] : att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier; 2016.
87. Socialstyrelsen. Är kvinnor mindre nöjda med sin vård och äldreomsorg? [Elektronisk resurs]; Socialstyrelsen; 2017.
88. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
89. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede [Elektronisk resurs]: vägledning, rekommendationer och indikatorer : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
90. Adlitz, H, Andershed, B, Axelsson, B, Blomberg, K, Fridgren, I, Friedrichsen, M, et al. Palliativ vård i livets slutskede [Elektronisk resurs] Nationellt vårdprogram: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland; 2016.
91. Socialstyrelsen. Palliativ vård i livets slutskede : målnivåer för indikatorer : nationella riktlinjer - målnivåer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
92. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2016. 2017.
93. Sveriges framtida befolkning 2017–2060 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2017.
94. Nationella minoriteter - minoritetspolitikens utveckling 2016 [Elektronisk resurs]. Länsstyrelsen i Stockholms län; 2017.
95. Nästa steg? : förslag för en stärkt minoritetspolitik : delbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
96. Socialstyrelsen. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården och tandvården: rapport februari 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
97. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
98. Socialstyrelsen. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport februari 2017. Stockholm; 2017.
99. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
100. Davidsson, P, Thoresson, A. Svenskarna och internet 2017 : Undersökning om svenskarnas internetvanor: IIS, Internetstiftelsen i Sverige; 2017.

Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2018

(artikelnr 2018-2-7) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se