

# Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2019





# Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2019

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

|               |                   |
|---------------|-------------------|
| ISBN          | 978-91-7555-490-7 |
| Artikelnummer | 2019-3-18         |

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| Omslagsfoto | Maskot Bildbyrå AB/Johnér Bildbyrå AB |
| Tryck       | Ätta.45 Tryckeri AB, mars 2019        |



# 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 och äldre.

Rapporten har utarbetats av Michaela Prochazka. I projektgruppen har Anders Bergh, Kalle Brandstedt, Anna Ekendahl, Lena Jönsson och Eva Lejman ingått. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef för projektet.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Förord .....                                                                                         | 3  |
| Sammanfattning .....                                                                                 | 7  |
| Socialtjänstinsatser till äldre minskar .....                                                        | 7  |
| Psykisk ohälsa hos äldre behöver uppmärksammas .....                                                 | 7  |
| Kommunernas socialtjänst ökar användningen av digitala arbetssätt....                                | 7  |
| Fler personer med omfattande vård- och omsorgsinsatser behöver en<br>samordnad individuell plan..... | 8  |
| Förebyggande arbete behöver prioriteras.....                                                         | 8  |
| Fortsatt positiv utveckling av förskrivning av läkemedel .....                                       | 8  |
| Inledning.....                                                                                       | 10 |
| Rapportens upplägg .....                                                                             | 10 |
| God vård och omsorg.....                                                                             | 10 |
| Agenda 2030.....                                                                                     | 10 |
| Datakällor som använts för att ta fram rapporten .....                                               | 11 |
| Aktuell utveckling .....                                                                             | 12 |
| Skillnaden i medellivslängd minskar.....                                                             | 12 |
| Vård och omsorg om äldre står inför stora utmaningar .....                                           | 14 |
| Äldre och alkohol .....                                                                              | 18 |
| Äldres psykiska hälsa.....                                                                           | 19 |
| E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen .....                                                     | 32 |
| Hjälpmidlen underlättar vardagen .....                                                               | 40 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                                    | 41 |
| Resurser för vård och omsorg.....                                                                    | 43 |
| Kostnader för vård och omsorg om äldre .....                                                         | 43 |
| Personalen i äldreomsorgen – utmaningar och möjligheter .....                                        | 46 |
| Kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.....                                                  | 50 |
| Informell omsorg/närståendes omsorg .....                                                            | 52 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                                    | 55 |
| Kunskapsbaserad vård och omsorg.....                                                                 | 57 |
| Fler äldre drabbas av kroniska sjukdomar .....                                                       | 57 |
| Riskförebyggande åtgärder inom områdena undernäring, nedsatt<br>munhälsa, trycksår och fall.....     | 58 |
| Att förebygga och behandla undernäring .....                                                         | 59 |
| Fallförebyggande insatser för äldre.....                                                             | 61 |
| Förebygga trycksår – en vinst för alla .....                                                         | 64 |
| Nationella riktlinjer betonar vikten av stöd till riskgrupper .....                                  | 67 |
| Webbutbildning om palliativ vård .....                                                               | 68 |

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Sammanfattande iakttagelser .....                                            | 68  |
| Säker vård och omsorg .....                                                  | 69  |
| Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel .....                              | 69  |
| Läkemedelsrelaterade skador .....                                            | 71  |
| Uppskattning av kostnaderna för läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre ..... | 72  |
| Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet .....                       | 73  |
| Vårdskador förekommer mer hos äldre .....                                    | 74  |
| Klagomål och anmälningar inom vården och omsorgen om äldre .....             | 77  |
| Samverkan för äldres välbefinnande .....                                     | 81  |
| Ökad andel kommuner har beredskap för höga temperaturer .....                | 83  |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                            | 84  |
| Jämlig vård och omsorg .....                                                 | 86  |
| Många som får tandvårdsstöd är äldre .....                                   | 86  |
| Kommunal hälso- och sjukvård .....                                           | 87  |
| Äldre med intellektuella funktionsnedsättningar .....                        | 91  |
| Nationella minoriteter – språk och kultur i äldreomsorg .....                | 94  |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                            | 94  |
| Tillgänglig vård och omsorg .....                                            | 96  |
| Socialtjänstinsatserna till äldre personer minskar .....                     | 96  |
| Boendesituation för äldre .....                                              | 97  |
| En tillgänglig miljö .....                                                   | 101 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                            | 103 |
| Referenser .....                                                             | 105 |
| Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller .....                              | 113 |

# Sammanfattning

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

## Socialtjänstinsatser till äldre minskar

Skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män fortsätter att minska. Sedan 1980 har männens medellivslängd ökat med närmare åtta år och är nu 80,7 år, medan kvinnornas medellivslängd har ökat med lite drygt fem år och är 84,1 år. Nästan var femte person var 65 år och äldre år 2017. Andelen av den äldre befolkningen som får insatser via socialtjänsten minskar. Det gäller både inom särskilt boende, hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet. En jämförelse mellan 2010 och 2017 av hemtjänstinsatserna för personer 80 år och äldre visar att andelen med enbart serviceinsatser minskar samtidigt som det pågår en förskjutning mot mer personlig omvårdnad.

## Psykisk ohälsa hos äldre behöver uppmärksammas

Personer 85 år och äldre lever i större utsträckning ensamma och har i mindre utsträckning en nära vän, jämfört med hela befolkningen. Ofrivillig ensamhet kan vara en riskfaktor för psykisk ohälsa. De flesta personer 65 år och äldre som lider av psykisk ohälsa möter i första hand äldreomsorgen eller primärvården men antalet äldre som vårdas för psykiatriska diagnoser inom den specialiserade öppenvården har ökat sedan 2006. Läkemedelsbehandling är den vanligaste vårdåtgärden, medan tillgången till psykologisk behandling är låg för äldre med psykisk ohälsa.

Suicidtalerna är högst för män 65 år och äldre och lägst i åldersgrupperna upp till 24 år. Det är drygt tre gånger så många män som kvinnor som avlider av suicid i åldersgruppen 65 år och äldre. Under 2017 ökade andelen suicid bland de äldre männen med 5 procent jämfört med 2016.

## Kommunernas socialtjänst ökar användningen av digitala arbetssätt

E-tjänster gör det möjligt för äldre att på digital väg kommunicera med socialtjänsten. Andelen kommuner med webbaserade ansökningar inom äldreomsorgen har under 2014–2018 ökat från 7 till 23 procent. Även användning av övrig välfärdsteknik ökar i kommunerna. I slutet av 2017 hade 81 procent av totalt 216 000 trygghetslarm digitaliserats och 46 procent av kommunerna hade infört kameratillsyn nattetid. Detta kan jämföras med siffrorna från 2014 då 30 000 larm (14 procent) var digitala. Cirka 64 procent av kommunerna kan erbjuda internet via fiber eller trådlöst i minst ett boende

i kommunen, och cirka 47 procent av boendeplatserna i landet har tillgång till detta.

## Fler personer med omfattande vård- och omsorgsinsatser behöver en samordnad individuell plan

Kortare vårdtider och snabbare utskrivningar ställer nya krav på insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. En person med insatser enbart från hemtjänsten möter i genomsnitt 15 olika personer under 14 dagar. Personer med insatser från både vården och omsorgen har rätt att få sina insatser samordnade. 71 procent av personer 65 år och äldre i ordinärt boende har insatser från både den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. När personer har behov av flera olika och omfattande insatser är det viktigt att insatserna är samordnade. Fortfarande är det relativt ovanligt att det upprättas en samordnad individuell plan (SIP) för personer med omfattande behov av vård och omsorg. År 2018 uppgav cirka 49 procent av kommunerna att det fanns skriftliga och beslutade rutiner på ledningsnivå om att den äldre ska informeras om möjligheten att få en SIP. Det är 5 procent fler jämförelse med 2017.

## Förebyggande arbete behöver prioriteras

Undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall har betydelse för äldres livskvalitet och välmående. Under 2018 gjordes totalt knappt 115 260 riskbedömningar inom något av dessa riskområden av personer 65 år och äldre inom äldreomsorgen; 47 procent har identifierats med risk i ordinärt boende som hade fått sina planerade åtgärder uppföljda inom samtliga identifierade riskområden. För särskilt boende var motsvarande siffra 61 procent. De nya nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor betonar särskilt vikten av samtalsbaserade åtgärder för att stödja riskgrupper. För äldre är det viktigt att anpassa dels råden om matvanor utifrån individens näringsbehov och fysiska förmåga, dels råden om fysisk aktivitet till aktuellt hälso- och allmäntillstånd.

## Fortsatt positiv utveckling av förskrivning av läkemedel

Förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer till personer 75 år eller äldre minskade med 56 procent under perioden 2005–2017. Drygt 8 procent av de akuta inläggningarna av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar och cirka 60 procent av dessa bedöms vara möjliga att förebygga. Av de läkemedelsbiverkningar som uppkommer utanför sjukhus bedöms drygt 40 procent vara undvikbara. Ett eliminerande av de

undvikbara läkemedelsbiverkningarna skulle kunna spara cirka 450 miljoner kronor för samhället, utöver hälsovinsterna för de äldre.

# Inledning

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

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

## Rapportens upplägg

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

Där så är möjligt redogör Socialstyrelsen för skillnader mellan kvinnor och män samt resonerar om tänkbara orsaker. I årets lägesrapport lyfter myndigheten särskilt området psykisk hälsa bland äldre samt e-hälsa och välfärds-teknik i äldreomsorgen.

## God vård och omsorg

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

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

## Agenda 2030

Förenta nationerna har tagit fram ett antal globala utvecklingsmål – Agenda 2030 [3]. 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.

Socialstyrelsen belyser också de globala målen och Agenda 2030 i föreliggande rapport. Rapporten har framför allt bäring på följande mål:

- Mål 2: Ingen hunger. Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning och förbättrad nutrition samt främja ett hållbart jordbruk.
- Mål 5: Jämställdhet. Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10: Minskad ojämlikhet.



# Datakällor som använts för att ta fram rapporten

Rapportens analyser och slutsatser bygger på flera källor:

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- bearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, tandhälsoregister, officiell statistik över insatser enligt SoL, nationella kvalitetsregister samt internationell statistik
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- Kommun- och landstingsdatabasen, Kolada
- 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 den nationella väntetidsdatabasen och den nationella patientenkäten
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO): resultat som gäller klagomål, lex Sarah- och lex Maria-anmälningar

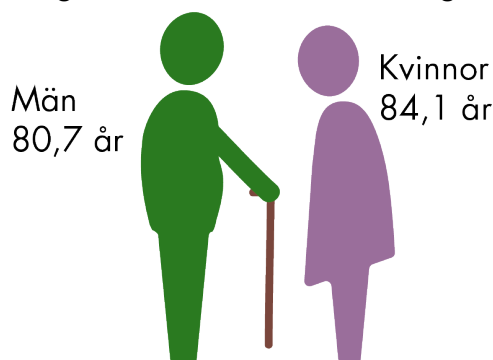
# Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för den äldre befolkningens aktuella hälsoutveckling samt utvecklingen inom några stora vård- och omsorgsområden. Därefter lyfts utvecklingsområdena psykisk hälsa bland äldre samt e-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen.

## Skillnaden i medellivslängd minskar

Den långsiktiga trenden i Sverige är att männens livslängd ökar mer än kvinnornas. Sedan 1980 har männens medellivslängd ökat med närmare åtta år och är nu 80,7 år, medan kvinnornas medellivslängd har ökat med lite drygt fem år och är 84,1 år, figur 1 [4]. Det innebär att skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd har minskat från 6,1 år 1980 till 3,4 år 2017. Skillnaden i medellivslängd mellan könen har minskat från som mest 6,2 år 1978 och 1979 till 3,4 år 2017.

**Figur 1. Medellivslängd för kvinnor och män i Sverige, 2017.**



Källa: SCB, 2018

Medellivslängden varierar mellan olika delar av Sverige. De län som har kortast medellivslängd ligger i norra Sverige, tabell 1. Bland männen har Norrbottens län lägst medellivslängd – 78,9 år. Längst lever männen i Hallands län – 81,5 år. För kvinnorna är medellivslängden kortast i Västernorrlands län – 82,8 år. Högst medellivslängd för kvinnor finns i Kronobergs län – 84,8 år.

**Tabell 1. Länen med högst respektive lägst förväntad medellivslängd**

Medellivslängd (år) fördelat på kvinnor och män 2017.

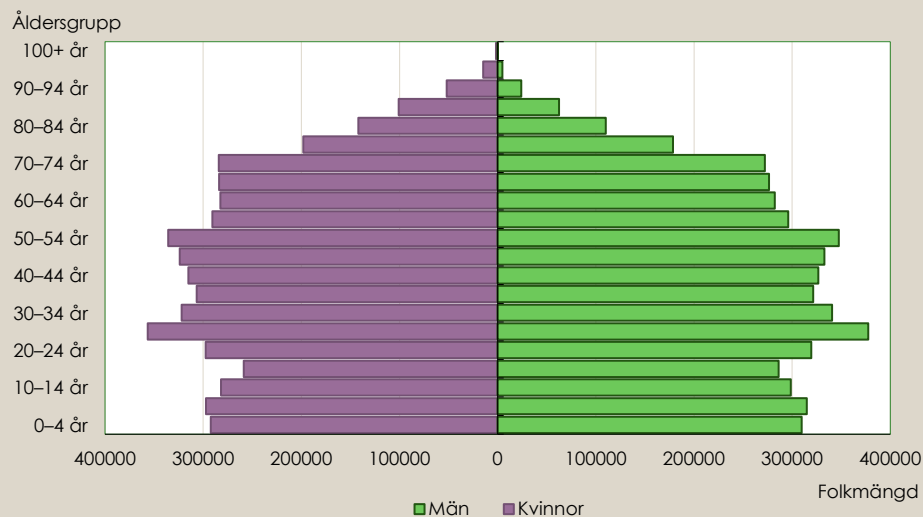
| Län                            | Kvinnor | Län                 | Män  |
|--------------------------------|---------|---------------------|------|
| Högst förväntad medellivslängd |         |                     |      |
| Kronobergs län                 | 84,8    | Hallands län        | 81,5 |
| Hallands län                   | 84,6    | Kronobergs län      | 81,4 |
| Uppsala län                    | 84,6    | Uppsala län         | 81,2 |
| Stockholms län                 | 84,5    | Stockholms län      | 81,0 |
| Jönköpings län                 | 84,5    | Jönköpings län      | 80,9 |
| Lägst förväntad medellivslängd |         |                     |      |
| Västernorrlands län            | 82,8    | Norrbottnens län    | 78,4 |
| Gävleborgs län                 | 83,0    | Västernorrlands län | 79,3 |
| Norrbottnens län               | 83,3    | Gävleborgs län      | 79,3 |
| Jämtlands län                  | 83,4    | Blekinge län        | 79,5 |
| Västerbottens län              | 83,5    | Örebro län          | 79,6 |

Källa: SCB.

I framtiden väntas medellivslängden öka i de flesta av världens länder. I SCB:s befolkningsprognos från 2016 beräknas medellivslängden i Sverige 2060 vara 89,1 år för kvinnor och 86,7 år för män [4]. Det innebär att andelen äldre ökar, vilket framgår vid en jämförelse av befolkningspyramiderna. År 2017 var nästan var femte person över 65 år, figur 2.

**Figur 2. Befolkningspyramid i Sverige för 2017**

Aktuell folkmängd 31 december 2017. Antal inrikes och utrikesfödda män och kvinnor.

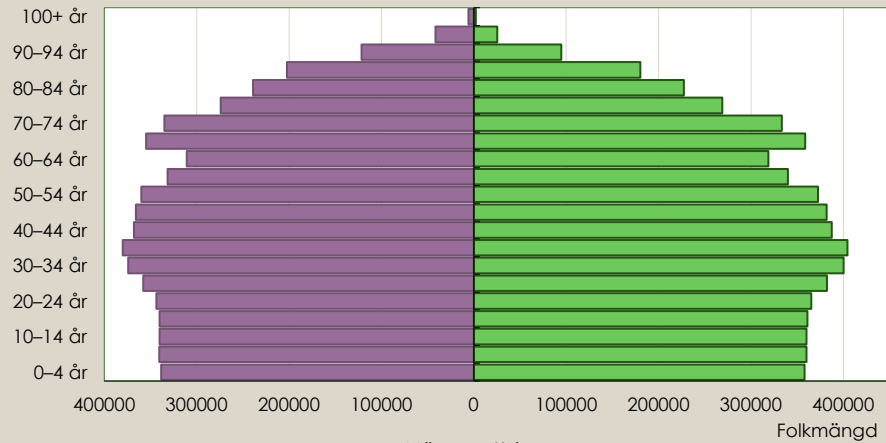


Den gruppen blir ännu större 2060, figur 3; då beräknas var fjärde invånare i Sverige att vara över 65 år.

**Figur 3. Befolkningspyramid för 2060 i Sverige .**

Aktuell framskrivning över folkmängd 31 december 2060. Antal inrikes och utrikesfödda män och kvinnor.

Åldersgrupp



Källa: SCB, 2018.

■ Män ■ Kvinnor

Folkmängd

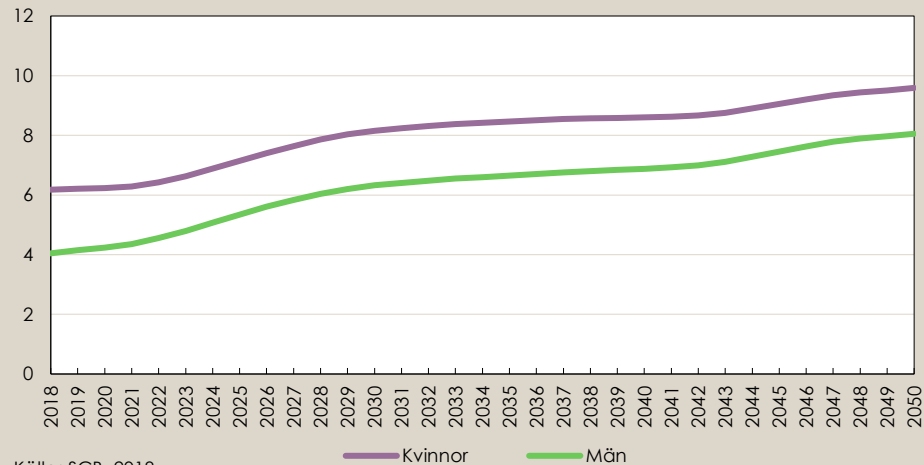
## Vård och omsorg om äldre står inför stora utmaningar

När den stora gruppen fyrtioåringar blir äldre står vården, framför allt äldreomsorgen, inför en stor utmaning. Andelen personer 80 år och äldre i befolkningen väntas att öka kraftigt de närmaste åren, figur 4.

**Figur 4. Andel personer 80 år eller äldre i befolkningen**

Befolkningsframskrivning andel kvinnor och män 80 år eller äldre i befolkningen 2018 till 2050.

Procent



Källa: SCB, 2018.

— Kvinnor

— Män

Andelen personer 80 år och äldre utgör i dag cirka 5 procent av befolkningen men beräknas 2050 utgöra cirka 9 procent av befolkningen. Gruppen 80 år

och äldre står för en stor del av konsumtion av vård och omsorg, och därför är det viktigt att följa befolkningsutvecklingen [5].

Antalet personer 80 år och äldre förväntas enligt SCB att öka från dagens 530 000 personer till cirka 808 000 personer 2030. I dag är cirka 36 procent av befolkningen (cirka 191 000 personer) 80 år eller äldre och har insatser enligt SoL i form av hemtjänst, särskilt boende, dagverksamhet eller korttidsboende.<sup>1</sup>

Om behoven inom åldersgruppen fortsätter vara desamma, och tillgängligheten till insatser oförändrad, innebär det att cirka 291 000 personer kan förväntas ha insatser enligt SoL 2030, vilket motsvarar en ökning med cirka 53 procent på tolv år. Detta sker samtidigt som andelen personer i yrkesverksam ålder i befolkningen minskar [6]. Här ligger en av stödets, vårdens och omsorgens största utmaningar.

## Utveckling av hälso- och sjukvårdsinsatser

Hälso- och sjukvården utvecklas och det kommer ständigt nya läkemedel och behandlingsmetoder. Befolkningen har blivit allt friskare upp till 80-årsåldern, vilket innebär att fler personer i högre åldrar kan genomgå operation och nödvändig rehabilitering.

Några exempel är operationer för grå starr (katarakt) och höftledsoperationer. År 2002 opererades cirka 30 000 personer i åldersgruppen 70–79 år för grå starr. År 2017 hade antalet personer i samma åldersgrupp som opererades för grå starr ökat till cirka 63 000 personer [7]. Även i gruppen 80 år och äldre har en ökning skett – från 4 400 personer 2002 till 4 750 personer 2017. När det gäller äldre med höftprotes hade 5,2 procent av dem som var 80 år och äldre en höftprotes 2002. År 2017 hade andelen ökat till 11,4 procent, det vill säga mer än var tionde person i åldersgruppen [8]. Dessa båda medicinska framsteg har naturligtvis betydelse för enskilda individers möjlighet att vara oberoende allt högre upp i åldrarna.

Ett annat sätt att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården är att jämföra vilka diagnoser som var orsaken till att personer 80 år och äldre vårdades inom slutenvård 2002 respektive 2017, tabell 2.

**Tabell 2. Orsak till att personer 80 år och äldre vårdas inom slutenvård**

Antal personer 80 år och äldre som vårdades inom slutenvård för några av de vanligaste diagnoserna, 2002 och 2017.

| Diagnos                      | 2002           |                                     | 2017           |                                     |
|------------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
|                              | Antal personer | Antal personer per 100 000 invånare | Antal personer | Antal personer per 100 000 invånare |
| Skador lår/höft              | 17 300         | 3 700                               | 16 000         | 3 100                               |
| Ischemisk hjärtsjukdom       | 24 200         | 5 200                               | 12 200         | 2 400                               |
| Sjukdom i hjärtans kärl      | 17 300         | 3 700                               | 13 200         | 2 600                               |
| Influensa – lungsjukdom      | 12 100         | 2 600                               | 21 900         | 4 300                               |
| Andra former av hjärtsjukdom | 29 500         | 6 300                               | 35 100         | 6 900                               |

Källa: Statistik för diagnoser i slutenvård. Socialstyrelsen.

<sup>1</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/socialtjanstinsatsertillaldreochpersonermedfunktionsnedsattning>.

Tabellen visar att vissa diagnoser ökar medan andra minskar mellan åren. Det illustrerar att en äldre patient inom slutenvård 2017 delvis hade en annan diagnos än den som hamnade på sjukhus 15 år tidigare. Det mest utmärkande är att vård på sjukhus för ischemisk hjärtsjukdom (kranskärslssjukdom) halverats under perioden samtidigt som vården av patienter med influensa och lungsjukdom nästan har fördubblats. De som överlever en kranskärslssjukdom kan dock mycket väl återkomma senare med en annan sjukdom. Vilka diagnoser som ofta leder till sjukhusvård kan komma att förändras över tid.

Därutöver kan sjukvårdens framsteg innebära att enskilda visserligen har mindre behov av sjukhusvård men i stället har ökade behov av vård, stöd och omsorg i form av vård via primärvården och hemsjukvården samt insatser via socialtjänsten. Hela systemet hänger därmed ihop, och framsteg på ett ställe kan få konsekvenser i en annan del av systemet.

## Utveckling vad gäller äldre på sjukhus

Nya behandlingsmetoder och förändrade levnadsvanor bidrar till ökad medellivslängd [4]. Att någon kan leva länge med sjukdomar som de tidigare inte överlevde förändrar behovet och omfattningen av hälso- och sjukvård liksom behovet av stöd och omsorg. Befolkningen fortsätter att drabbas av olika sjukdomar vid höga åldrar. Alzheimers sjukdom, stroke, diabetes, artros och cancer är exempel på sjukdomar som i hög grad drabbar den äldre befolkningen [9]. Med ökad ålder blir det också vanligare dels med flera sjukdomar samtidigt, dels med kroniska sjukdomar [8].

Tabell 3 redovisar andel äldre i befolkningen 2017 samt hur stor andel av all sjukhusvård den äldre befolkningen tar del av.

**Tabell 3. Vårdtillfällen och vårdtid på sjukhus bland den äldre befolkningen 2017, antal och andel (%)**

| Ålder      | Antal personer i åldersgruppen | Andel av befolkningen | Vårdtillfällen | Andel av alla vårdtillfällen | Vårdtid – antal vård dagar | Andel av all vårdtid |
|------------|--------------------------------|-----------------------|----------------|------------------------------|----------------------------|----------------------|
| 65–79      | 1 494 000                      | 14,7                  | 387 000        | 28,3                         | 2 061 000                  | 28,7                 |
| 80+        | 512 000                        | 5,1                   | 305 000        | 22,2                         | 1 880 000                  | 26,2                 |
| Totalt 65+ | 2 006 000                      | 19,8                  | 692 000        | 50,5                         | 3 941 000                  | 54,9                 |

Källa: Statistik för diagnoser i slutenvård, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik, SCB.

Andelen personer 65 år och äldre motsvarar knappt 20 procent av befolkningen men gruppen står för hälften av alla vårdtillfällen och en ännu högre andel av den totala vårdtiden. Mönstret förstärks med ökad ålder. Scenariot att andelen personer 80 år och äldre ökar med över 50 procent fram till 2030 kan ställa höga krav på sjukhusvården; på vilket sätt detta sker beror dels på hur sjukligheten i åldersgruppen utvecklas, dels på hur sjukvården utvecklas i form av nya behandlingar, ny operationsteknik och liknande. Det beror även på tillgången till sjukvård i olika former, exempelvis primärvård och hemsjukvård.

En del av den population som kommer att vara 80 år och äldre de kommande tolv åren befinner sig i nuläget i åldersgruppen 65–79 år. Därför kan det vara intressant att jämföra med samma ålderspopulation 2002, det vill säga ungefär lika många år bakåt som fram till 2030.

**Tabell 4. Jämförelse av vårdtillfällen och vårdtid för personer 65–79 år, antal, 2002 och 2017**

| År                         | Åldersgrupp | Antal personer | Vårdtillfällen | Vårdtid –<br>antal vård dagar |
|----------------------------|-------------|----------------|----------------|-------------------------------|
| 2002                       | 65–79       | 1 065 000      | 345 000        | 2 316 000                     |
| 2017                       | 65–79       | 1 494 000      | 387 000        | 2 061 000                     |
| Förändring mellan åren (%) |             | 40 %           | 12 %           | -11 %                         |

Källa: Statistik för diagnoser i slutenvård, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik, SCB.

Andelen personer 65–79 år ökar med 40 procent mellan åren 2002 och 2017. Samtidigt ökar antalet vårdtillfällen med 12 procent medan den totala vårdtiden för åldersgruppen minskar med 11 procent, tabell 4. Förklaringen till minskningen av både vårdtillfällen och vårdtid kan bland annat ligga i att åldersgruppen 2017 har bättre hälsa, att sjukvården har utvecklats och förändrats genom bättre behandlingsmetoder och eventuellt kan allt fler hälso- och sjukvårdsbehov hanteras via öppenvård i form av primärvård och hemsjukvård. Att vårdtiden minskar mer än vårdtillfällena innebär att patienterna vårdas kortare tid vid varje tillfälle [10].

De förändrade behoven av vård, likväl som omfattningen av vård och behandling, som kommer med nya grupper av äldre ställer en rad krav på sjukvården. Det handlar om mer personal, ny kompetens och organisation, förbättrad samverkan både internt hos huvudmännen, men också dem emellan. Möjligt är också att det kommer att finnas behov av helt nya verksamheter. Exempel på detta kan vara tvärprofessionella team som planerar för den äldres hemgång efter vistelse inom den slutna vården och olika resurser i form av till exempel team som kan utgå från sjukhusen men verka i hemmen eller bestå av professioner från flera huvudmän i syfte att skapa en sammanhållen vård och omsorg.

## Utveckling av socialtjänstinsatser

Utifrån socialtjänststatistiken är det möjligt att jämföra andelen personer 80 år och äldre med olika typer av stöd och omsorg via SoL 2010 och 2018, tabell 5.

**Tabell 5. Andel (%) personer 80 år och äldre med hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende samt dagverksamhet 2010 och 2018**

| År    | Hemtjänst | Särskilt boende | Korttidsboende | Dagverksamhet |
|-------|-----------|-----------------|----------------|---------------|
| 2010* | 23,4      | 15,0            | 1,7            | 1,5           |
| 2018  | 22,0      | 11,9            | 1,1            | 1,3           |

\* På grund av en ändrad statistikinsamling 2007 går det inte att göra tillförlitliga jämförelser längre tillbaka i tiden än 2010.

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

Samtliga redovisade insatser minskar. Minskningen vad gäller särskilt boende borde öka behoven av hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet, men så är inte fallet. Det innebär att minskningen vad gäller hemtjänst sker trots att andelen personer 80 år och äldre som tidigare bodde i särskilt boende men som nu bor längre tid i ordinärt boende ökat.

Skillnaden blir än tydligare vid en jämförelse av de insatser personer med hemtjänst fick i form av service och personlig omvårdnad 2010 jämfört med 2018, tabell 6.

**Tabell 6. Andel (%) olika typer av insatser bland personer 80 år och äldre med hemtjänst 2010 och 2018**

| År   | Enbart service* | Service och personlig omvårdnad** | Enbart personlig omvårdnad | Övrigt*** | Totalt |
|------|-----------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------|--------|
| 2010 | 6,0             | 12,0                              | 4,0                        | 1,4       | 23,4   |
| 2018 | 3,5             | 11,5                              | 4,8                        | 2,2       | 22,0   |

\* Service: praktisk hjälp med bostadens skötsel, hjälp med inköp samt ärenden till post och bank, tillredning av måltider.

\*\* Personlig omvårdnad: insatser som behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov, till exempel hjälp att äta och dricka, klä sig och förflytta sig eller sköta personlig hygien.

\*\*\* Trygghetslarm, avlösning, matdistribution och ledsagning.

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

Jämförelsen visar att andelen personer med enbart service minskat, samtidigt som det skett en liten förskjutning mot personlig omvårdnad. Samtidigt har andelen med enbart trygghetslarm eller matdistribution ökat.

Utvecklingen vad gäller de olika socialtjänstinsatserna säger egentligen inget om behoven hos åldersgruppen utan beskriver snarare en utveckling där allt fler får sina behov tillgodosedda i ordinärt boende. Samtidigt kan möjligen den minskade andelen med enbart service delvis förklaras av att allt fler använder sig av till exempel ruttjänster, får hjälpen via anhöriga eller väljer att inte ansöka om hjälp alternativt får avslag när det gäller små och tidiga insatser. (Läs mer om socialtjänstinsatser till personer 65 år och äldre i avsnittet Tillgänglig vård och omsorg.)

## Äldre och alkohol

Äldre dricker allt mera i stora delar av Norden, enligt 2018 års rapport från Nordens välfärdscenter [11]. Samtidigt lever äldre i Norden allt längre och har bättre ekonomi och bättre hälsa än tidigare generationer.

Den växande alkoholkonsumtionen resulterar i fler alkoholrelaterade skador, både kroniska sjukdomar och akuta skador och risk för sämre hälsa hos gruppen äldre [12]. Vilket i sin tur innebär utmaningar för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Att förebygga sjukdomar och skador, även alkoholrelaterade, är därför viktigt för alla som riskerar att drabbas, för socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

### Allt fler kommuner har rutiner för att hantera riskbruk och missbruk av alkohol hos äldre

Skriftliga rutiner kan bidra till att säkerställa kvaliteten i socialtjänstens verksamheter. Rutiner som beskriver ansvarsfördelning och ett bestämt tillvägagångssätt kan utgöra ett stöd för handläggare och omsorgspersonal och kan också komma till nytta för den enskilda individen. Mellan 2017 och 2018 tog allt fler kommuner fram rutiner för att stödja personalen vid alkoholproblem bland äldre, men en majoritet av kommunerna saknar fortfarande sådana ruti-



ner. Avsaknaden av rutiner indikerar att många kommuner saknar en helhets-syn och ett systematiskt arbetssätt när det gäller gruppen äldre med missbruksproblem.

Samordning mellan missbruks- och beroendevården och äldreomsorgen är betydelsefull vid risk- och missbruk av alkohol bland personer som har insatser från äldreomsorgen. År 2018 hade 39 procent av kommunerna en aktuell rutin för ett samordnat stöd mellan missbruks- och beroendevården och äldreomsorgen vid risk- eller missbruk. Det är en förbättring jämfört med 2017, då 35 procent av kommunerna hade en aktuell rutin för samordnat stöd.

Biståndshandläggarna kan i vissa fall uppmärksamma problematisk alkoholkonsumtion. År 2018 hade 16 procent av kommunerna en aktuell rutin om hur biståndshandläggare ska agera när personer med äldreomsorg visar tecken på missbruk av alkohol eller andra droger, jämfört med 12 procent 2017 [13].

Omsorgs- och hemtjänstpersonal är ofta den grupp som först ser tecken på olika missförhållanden och de kan därför arbeta stödjande och förebyggande. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid olika scenarion kan vara ett stöd för personalen, helst innan de som berörs tagit allvarlig skada. År 2018 hade 40 procent av hemtjänstverksamheterna en aktuell rutin för hur personalen ska agera om de misstänker eller upptäcker att en enskild äldre är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel). Det är en ökning jämfört med 2017, då 35 procent av kommunerna uppgav att det fanns en sådan rutin. Motsvarande rutin fanns för 34 procent av de särskilda boendena 2018 [14].

Risken att bli utsatt för våld ökar vid alkoholmissbruk, och allt fler kommuner har aktuella rutiner för samordning vid indikation på att en person med äldreomsorg riskerar att bli eller är utsatt för våld. Totalt 43 procent av kommunerna hade sådana rutiner 2018, jämfört med 37 procent 2017 [13].

## Äldres psykiska hälsa

I detta avsnitt fokuserar Socialstyrelsen på psykisk hälsa bland personer 65 år och äldre.

### Fler äldre har en nära vän

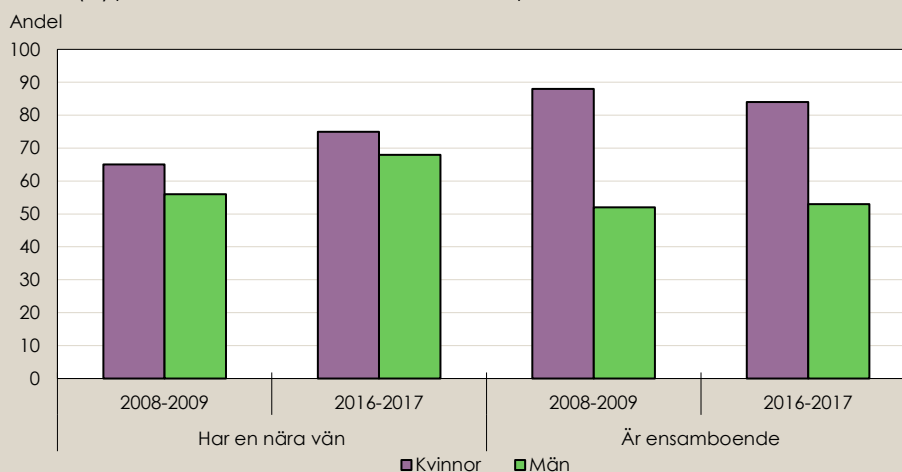
Äldre personer är ingen homogen grupp och åldrandet är mycket individuellt. En person kan ha drabbats av psykisk ohälsa eller sjukdom tidigt i livet och åldrats med den, eller så kan man drabbas senare i livet på grund av olika för-luster i och med stigande ålder. Flera studier har nyligen uppmärksammat ofrivillig ensamhet som en riskfaktor för psykisk ohälsa [15, 16].

Att ha betydande relationer är viktigt i alla åldrar – dels för att leva ett meningsfullt liv, dels för att hålla sig frisk. Andelen personer 85 år och äldre som har en nära vän har ökat från 63 till 72 procent mellan 2008 och 2009 samt mellan 2016 och 2017 [17]. Då räknas inte en eventuell sammanboende partner. Personer 85 år och äldre lever dock i större utsträckning ensamma och har i mindre utsträckning en nära vän de kan prata med, jämfört med hela befolkningen. Bland män 85 år och äldre har knappt sju av tio någon nära

vän och bland kvinnorna i samma åldersgrupp är andelen drygt sju av tio. Andelen som har en nära vän ökade i hela befolkningen men inte i lika stor utsträckning; i hela befolkningen 16 år och äldre uppger 87 procent att de har en nära vän. En större andel äldre kvinnor lever ensamma men de har i större utsträckning en nära vän jämfört med män, figur 5.

**Figur 5. Äldre personers levnadsförhållanden**

Andel (%) personer 85 år och äldre, 2008-2009 respektive 2016-2017.



Källa: Undersökning om levnadsförhållanden, SCB.

Enligt undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2018* bodde drygt 75 procent av de äldre ensamma i ordinärt boende och hade stöd av hemtjänst [18]. Totalt 14 procent uppger att de ofta besväras av ensamhet, och det gäller kvinnor i större utsträckning än män med en skillnad på 3 procentenheter.

### *Projekt för att förebygga psykisk ohälsa bland äldre*

Ett exempel på gruppaktiviteter för äldre har genomförts i Nacka kommun. Projektet kallades "Seniorliv i balans" och riktade sig till personer 65 år och äldre [19]. Det främsta syftet med stödprogrammet var att förebygga psykisk ohälsa. Programmet bestod av ett antal gruppträffar där deltagarna fick samtala om existentiella frågor om åldrande och sin nuvarande livssituation. Deltagarna fick också arbeta med egna mål för att stärka sin förmåga att förändra sin fysiska, psykiska och sociala situation. Information gavs om kommunens aktivitetsutbud för äldre, till exempel träffpunkter och liknande aktiviteter. Sammankomsterna var också tänkta att fungera som mötesplats för att öka den sociala samvaron bland deltagarna.

Utvärderingen visar att deltagarna mådde psykiskt bättre tack vare gruppsamtalen, till stor del för att de fick träffa nya människor som hade en liknande situation, vilka de kunde dela sina erfarenheter och ventiler sina problem med. De mådde också bättre för att de hade en fast tidpunkt varje vecka när de kom iväg hemifrån, vilket de såg fram emot. Kontakten mellan deltagarna begränsades till sammankomsterna, eftersom deltagarna var utspridda över kommunen och en del hade svårt att ta sig iväg längre sträckor, och de önskade att det fanns fler möjligheter till den här typen av samtalsgrupper.

När det gällde programmets ambition att stärka förmågan till bland annat fysisk och social förändring var dock deltagarnas entusiasm inte lika stor, även om vissa inslag uppskattades.

## Välfärdsteknik kan vara ett sätt att minska ensamheten

SBU:s kartläggning visar att forskningen om hur äldre påverkas av digitala verktyg mest omfattar aspekter som depression, fysisk hälsa, isolering, medmänskligt stöd och samspel med andra. Däremot fann SBU inga systematiska översikter om hur livskvalitet eller välbefinnande och tankeförmåga påverkas [20]. Det råder också brist på studier om upplevd användbarhet av tekniken, effekter på självständighet och förmåga till vardagliga aktiviteter.

SBU:s kartläggning gjordes 2017 med syfte att se vilken forskning som fanns om huruvida välfärdsteknik kan minska ensamheten för äldre personer med psykisk ohälsa eller med risk för psykisk ohälsa. Med välfärdsteknik menas i det här fallet internet och digitala verktyg som chatt, videosamtal, sociala medier och digitala spel för fysisk aktivitet eller mental stimulans.

## Utsatthet och oro för brott hos äldre

I 2018 års lägesrapport lyftes vikten av att förebygga och upptäcka brott mot äldre [12], och under 2018 har Brottsförebyggande rådet (Brå) publicerat resultaten av ett forskningsprojekt om att öka kunskapen om äldres utsatthet och oro för brott samt äldres förtroende för rättsväsendet [21].

Personer 65 och äldre är generellt något underrepresenterade jämfört med personer under 65 år när det gäller utsatthet för brott [21]. Samtidigt finns det viss typ av brottslighet där äldre är överrepresenterade, bland annat hot, trakasserier och bedrägerier. Utmärkande är också att äldre oftare än personer under 65 år utsätts för brott av en närstående eller bekant förövare. Brå betonar också att brottslighet ofta får större och allvarigare konsekvenser för enskilda äldre, till exempel långvariga psykiska efterverkningar i termer av oro, ångslighet och misstänksamhet.

Det visar sig också att äldre oftare bär på en oro för att utsättas för brott. Detta är allvarligt, eftersom känslan av otrygghet kan ha stor inverkan på hur de upplever och lever sin vardag. Känslan av otrygghet kan leda till begränsningar, exempelvis att den äldre undviker att vistas utomhus, och kan därför medvetet undvika vissa situationer, vilket kan leda till sämre livskvalitet.

## Förekomst av psykisk ohälsa exklusive demens bland äldre

Psykisk ohälsa används som ett sammanfattande begrepp – dels för mindre allvarliga psykiska problem som oro och lättare nedstämdhet, dels för mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. De flesta personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa tar inte kontakt med sjukvården och får därför ingen behandling [22]. Det är också vanligare att äldre söker vård för sina fysiska besvär i stället för sina depressionsrelaterade problem [22].

Det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre personer dels på grund av samsjuklighet, dels på grund av att symtomen är

mer diffusa än hos yngre personer [22, 23]. Kroppsliga och kognitiva symtom är därtill vanligare och kan vara mer framträdande än affektiva symtom. Depression hos personer 65 år och äldre har klara beröringspunkter med kognitiv nedsättning och demens [22].

Läkemedelsbehandling är den vanligaste vårdåtgärden för personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen har visat att äldre personer i Sverige, i synnerhet de allra äldsta, har en mycket hög och regelbunden användning av ett eller flera psykofarmaka. Det är dessutom vanligt att de behandlas med flera olika läkemedel samtidigt (läs mer i avsnittet *Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel*), trots att studier visar att många äldre med depression inte blir tillräckligt hjälpta av behandling med enbart antidepressiva läkemedel [11]. Å andra sidan är tillgången till psykologisk behandling låg för äldre med psykisk ohälsa [11, 12, 13].

## Vård vid psykisk ohälsa

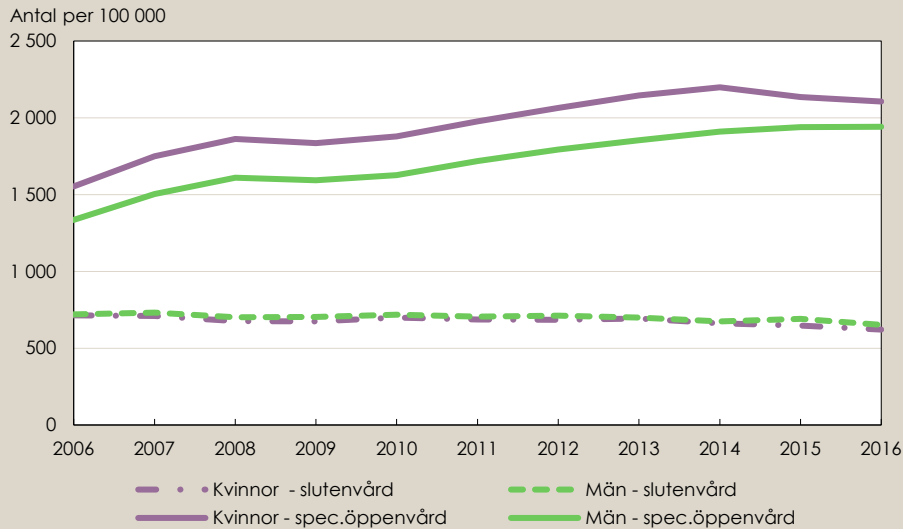
De flesta personer 65 år och äldre som lider av psykisk ohälsa möter i första hand äldreomsorgen eller primärvården [23, 24]. Men varken äldreomsorg eller primärvård har i dagsläget registeruppgifter på nationell nivå om psykisk ohälsa. Därför presenteras här enbart data från specialiserad psykiatrisk vård.

Antalet personer 65 år och äldre som vårdas för psykiatriska diagnoser har ökat sedan 2006 inom den specialiserade öppenvården, figur 6. Andelen kvinnor som haft ett läkarbesök i den specialiserade öppenvården med minst en psykiatrisk diagnos har ökat från 1 553 besök år 2006 till 2 106 besök per 100 000 invånare 2016. För män ökade andelen som besökt en läkare per 100 000 invånare från 1 335 till 1 941 under samma period. Ökningen kan i viss mån förklaras av ökad diagnostisering, men det kan också bero på en ökad medvetenhet i samhället om psykisk sjukdom.

Andelen personer 65 år och äldre inom slutenvården minskade något under samma tidsperiod. År 2016 var antalet 621 kvinnor respektive 652 män per 100 000 invånare. Det är dock viktigt att beakta att även demenssjukdom ingår värdena i figur 6.

### Figur 6. Antal personer 65 år och äldre som vårdas med psykiska diagnoser

Antal patienter i specialiserad öppenvård och vårdtillfällen i slutenvården per 100 000 invånare för personer 65 år och äldre. Besök och vårdtillfällen gäller psykiatriska diagnoser\*, uppdelat i kvinnor och män 2006-2016.



\* Kapitel F i ICD-10

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

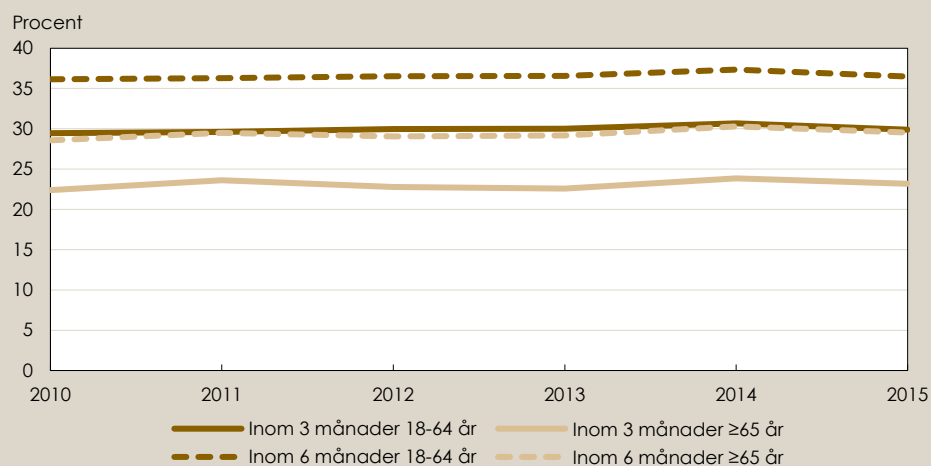
### Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård

Återinskrivning inom tre respektive sex månader kan indikera att uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet troligen inte räckte till efter utskrivningen, exempelvis att vissa symtom inte uppmärksammats.<sup>2</sup> Andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård inom tre och sex månader är lägre bland personer 65 år och äldre jämfört med personer i åldersgruppen 18–64 år, figur 7. För både äldre och yngre personer har andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård legat på ungefär samma nivå sedan 2010.

<sup>2</sup> I indikatorn ingår inte demenssjukdomar.

**Figur 7. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård\* inom tre respektive sex månader**

Andel (%) personer 18-64 år och 65 år och äldre som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom tre respektive sex månader. Riket, 2010 till 2015.



\* ICD10: F05.0, F05.8-F99

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

### *Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård för äldre inom äldreomsorgen och kommunal hälso- och sjukvård*

Genom att mäta återinskrivningar inom tre respektive sex månader går det att få en bild av kvaliteten i öppenvården, i kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänstens insatser samt i samverkan dem emellan [3]. Personer 65 år och äldre utan insatser från äldreomsorgen eller varaktiga insatser från kommunal hälso- och sjukvård har en lägre andel återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård inom tre respektive sex månader än personer med sådana insatser. Återinskrivningar för gruppen utan insatser har även minskat över tid – från 22 procent 2013 till 18 procent 2016.

För personer 65 år och äldre med äldreomsorg har andelen som återinskrivs inom tre månader minskat något – från 24 procent 2013 till 22 procent 2016. Andelen återinskrivningar har även minskat för gruppen med kommunal hälso- och sjukvård, där närmare 26 procent återinskrevs 2013 jämfört med 23 procent 2016. För personer 65 år och äldre med en insats från äldreomsorgen återinskrevs 26 procent inom sex månader 2016 – en minskning från drygt 32 procent jämfört med 2013. För personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård återinskrevs 26 procent inom sex månader 2016 jämfört med 34 procent 2013.

### Uppföljande vård efter utskrivning

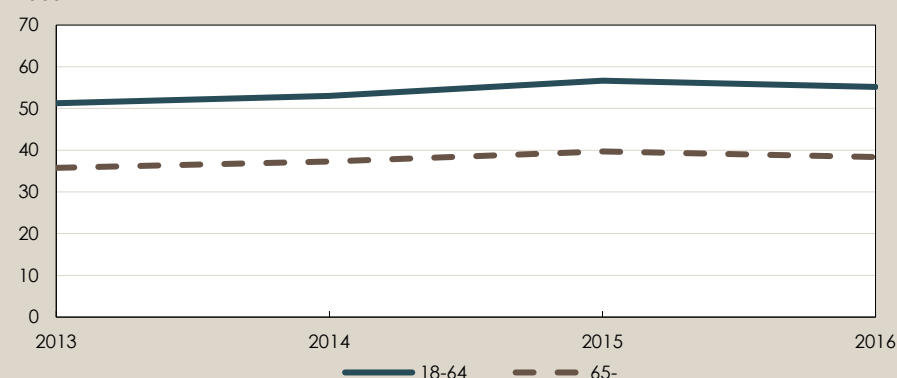
Kontinuitet i vårdförloppet är en förutsättning för god vård (se 5 kap. 1 § HSL), och en tidig kontakt med öppenvården efter utskrivning från slutenvård kan vara ett tecken på en väl fungerande samverkan. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och uppföljning kan leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet samt minskar risken för återinsjuknande och återinskrivning [25]. Äldre personer med psykisk ohälsa har ofta sammansatta och komplexa behov som kräver både somatiska och psykiatriska insatser [26].

Sedan 2013 har andelen som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk vård ökat för både yngre och äldre, figur 8. För personer 65 år och äldre har andelen ökat från 36 procent 2013 till 38 procent 2016. För personer i åldersgruppen 18–64 år har andelen ökat mer – från 51 till 55 procent. Under samtliga år (2013–2016) var andelen personer med läkarkontinuitet större för personer 18–64 år än för personer 65 år och äldre. Mönstret är detsamma i hela landet.

**Figur 8. Kontinuitet och samverkan, riket**

Andel 18-64 år respektive 65 år och äldre som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård, 2013- 2016.

Procent

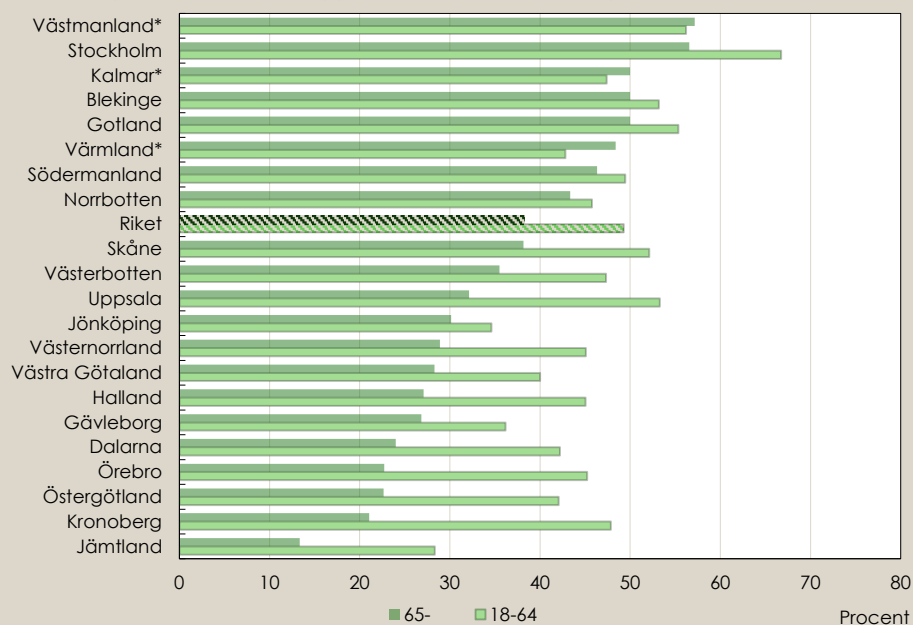


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn i figur 9 och 10 mäter andelen personer som slutenvårdats för depression, bipolär sjukdom eller ångesttillstånd och som haft ett öppenvårdsbesök i specialiserad psykiatri inom fyra veckor efter utskrivning. I samtliga län utom två är andelen lägre bland män 65 år och äldre än bland män 18–64 år.

### Figur 9. Öppenvård för män efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression, bipolär sjukdom eller ångesttillstånd, län

Andel män som slutenvårdats för F30, F30, F31, F32, F33, F40, F41, F42, F43, F44 eller F45 som inom fyra veckor haft ett öppenvårdsbesök, redovisat per län 2016.



\* Andel för personer 65 år och äldre är större än andelen för personer 18-64 år.

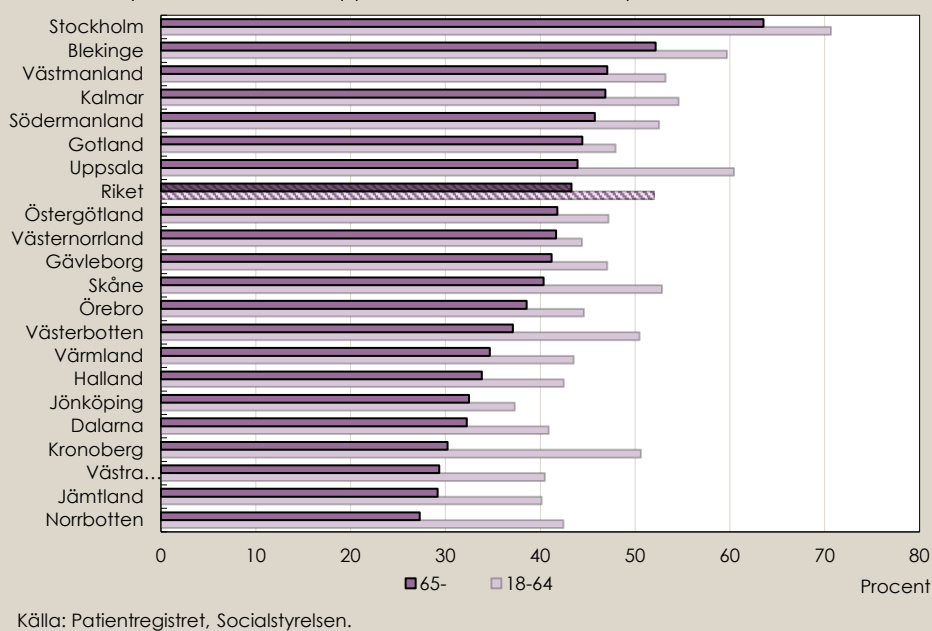
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I samtliga län var andelen kvinnor 65 år och äldre som haft ett öppenvårdsbesök inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvården lägre än för kvinnor 18-64 år. Andelen kvinnor med öppenvårdsbesök inom fyra veckor var drygt 43 procent 2016 för den äldre gruppen, figur 10, jämfört med 52 procent för kvinnor 18-64 år. För kvinnor 65 år och äldre varierade andelen mellan 27 och 64 procent mellan länen.



**Figur 10. Öppenvård för kvinnor efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression, bipolär sjukdom eller ångesttillstånd, län**

Andel kvinnor som slutenvårdats för F30, F31, F32, F33, F40, F41, F42, F43, F44 eller F45 som inom fyra veckor haft ett öppenvårdsbesök, redovisat per län 2016.



Mönstret med lägre andel öppenvårdsbesök inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvården är ungefär detsamma för män och för kvinnor. Möjliga orsaker kan vara att:

- äldre i lägre utsträckning erbjuds öppenvårdsbesök efter slutenvård
- det finns skillnader i behov mellan äldre och yngre
- äldre personer oftare får andra kompletterande insatser, till exempel via socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård.

## Fler kvinnor än män drabbas av vårdskador inom psykiatrisk vård

Enligt Socialstyrelsens definition i termbanken är vårdskada *en skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården*.<sup>3</sup>

Under perioden januari 2017–juni 2017 granskades 2 679 slumpvis valda journaler från allmänpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård av 56 gransknings-team i samtliga landsting och regioner [27]. Granskningen genomfördes av samtliga Sveriges landsting/regioner i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Inom allmänpsykiatrisk<sup>4</sup> vård identifierades skador i 17 procent av journalerna. Av dessa bedömdes 46 procent vara undvikbara, vilket innebär att det i 8 procent av journalerna fanns vårdskador. Kvinnor hade den högsta andelen skador – 21,5 procent. För män var motsvarande

<sup>3</sup> Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada..

<sup>4</sup> Totalt 2 552 slumpvis valda journaler granskades.

siffror 12,7 procent. För vårdskador sågs en motsvarande skillnad mellan könen: 9,7 respektive 6,3 procent. Förklaringen till att kvinnor har en signifikant högre andel skador och vårdskador än män är oklar. Ytterligare undersökningar är därför nödvändiga för att ta reda på vad skillnaden mellan könen beror på.

Totalt var 15 procent av patienterna 65 år och äldre; i somatisk vård var motsvarande siffra nästan 66 procent. Granskningen visar att patienter inom psykiatrisk vård var yngre än patienter inom somatisk slutenvård. Genomsnittsåldern bland de patienter vars journaler granskades var 46 år för kvinnor och 45 år för män. Ingen signifikant skillnad sågs mellan åldersgrupperna när det gäller förekomst av skador och vårdskador. Detta skiljer sig från den somatiska vården, där både antalet skador och vårdskador ökar med stigande ålder.

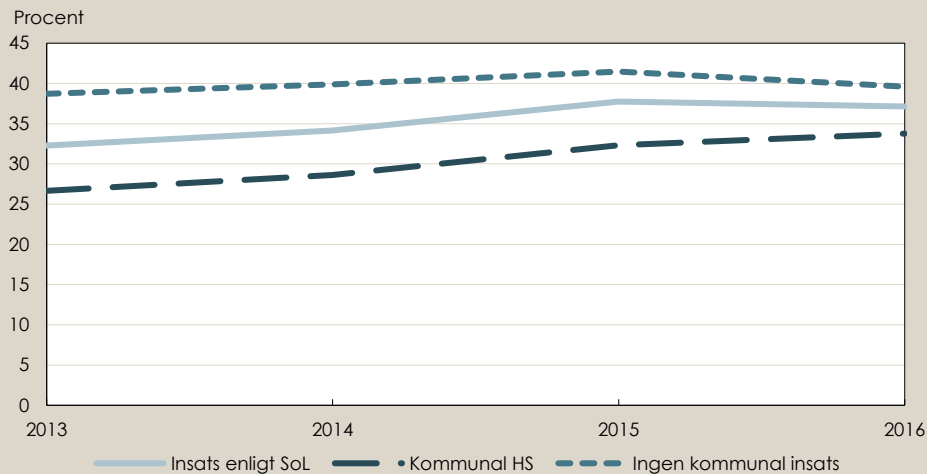
### Kontinuitet och samverkan för personer inom äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård

Andelen personer som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård inom åtta veckor efter utskrivning från slutna psykiatrisk vård har ökat mellan 2013 och 2016 både för personer 18–64 år och personer 65 år och äldre. För personer 65 år och äldre ökade andelen från 36 procent till 38 procent, och för personer 18–64 år ökade andelen från 51 till 55 procent.

För personer 65 år och äldre utan äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård har andelen ökat marginellt från 39 procent 2013 till 40 procent 2016, vilket framgår av figur 11. För personer med äldreomsorg har andelen ökat från 32 procent till 37 procent samma period. Gruppen med kommunal hälso- och sjukvård har lägst andel läkarkontakter med insatser inom åtta veckor, men gruppen har ökat från 27 procent 2013 till 34 procent 2016. Förklaringen kan vara att många redan har en etablerad kontinuerlig kontakt med hälso- och sjukvården.

### Figur 11. Kontinuitet och samverkan för personer inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, riket

Andel 65 år och äldre med insats från äldreomsorgen eller kommunal hälso- och sjukvård som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning från slutna psykiatrisk vård, 2013 till 2016.



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

En vårdplan kan vara en utgångspunkt för kontinuitet och samverkan, men resultatet av en markörbaserad journalgranskning inom psykiatrin visar att den vanligaste kvalitetsbristmarkören var att det saknades vårdplan. Den näst vanligaste kvalitetsbristmarkören var att det saknades dokumentation om somatisk status i samband med slutenvård [28].

En del av bristerna i vård och omsorg kan vara en konsekvens av låga kunskaper om åldrande och om psykisk ohälsa hos äldre inom primärvård, geriatrisk vård, äldreomsorg och psykiatrisk specialistvård. Det är dock viktigt att personal som har regelbundna kontakter med äldre personer med vårdbehov kan identifiera psykisk ohälsa för att de äldre ska kunna tillförsäkras en god och säker vård och omsorg [26].

### Samverkan som omfattar personer med psykisk funktionsnedsättning

Sedan 2010 finns bestämmelser om att landsting/regioner och kommuner ska ingå samarbeten om personer med psykisk funktionsnedsättning.<sup>5</sup> Syftet med överenskommelsen är att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser till enskilda (prop. 2008/09:193 s. 15). Överenskommelser kan innehålla gemensamma mål, resurs- och ansvarsfördelning och rutiner för samarbete mellan socialtjänsten och landsting/regioner i frågor som rör personer med psykisk funktionsnedsättning.

*Öppna jämförelser 2018* visar att sådana överenskommelser finns i 46 procent av kommunerna. Rutiner för intern samordning av enskilda ärenden

<sup>5</sup> 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL.

inom myndigheten mellan äldreomsorg och socialpsykiatri finns hos 50 procent av kommunerna. Det saknas uppgifter om huruvida den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ingår i dessa överenskommelsen för samverkan. Uppgifter från SBU visar dock att det finns en risk att personer 65 år och äldre med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning inte omfattas av samverkansöverenskommelser inom det psykiatriska området utan hänvisas till äldreomsorgen [24].

## Äldres psykiska hälsa i primärvården

Rådet för styrning med kunskap genomförde 2018 pilotprojektet *Förståelse för primärvården är A och O – En myndighetsgemensam digital pilot på primärvårdens villkor* för att ta reda på hur primärvården vill att den nationellt sammanställda kunskapen ska paketeras och kommuniceras [29]. Piloten fokuserar på området psykisk hälsa och ohälsa hos äldre. Rapporten presenterar åtta prototyper som användarna har pekat ut som värdefulla verktyg för framtiden. RSK-rapporten föreslår att två av dessa vidareutvecklas till tjänster:

- prototypen *Multisjuka äldre* som syftar till att ge ett stöd för att bemöta och utreda äldre med multisjuklighet
- prototypen *Kunskapskalendern*, som handlar om kompetensutveckling på individ- och verksamhetsnivå där användaren får hjälp att sälla i den kunskap som finns genom att kunskapen presenteras i olika format under olika teman.

Prototypen *Multisjuka äldre* har som mål att ge en tydligare bild av vilka sjukdomar och symtom som kan finnas hos en multisjuk äldre person och hur dessa hänger ihop. Syftet är att tydliggöra korrelationen mellan olika sjukdomar och symtom, och tjänsten ger stöd och påminnelser om till exempel frågor personalen kan ställa till patienten samt provtagning genom hela utredningen. Ett viktigt syfte är att synliggöra sådan psykisk ohälsa hos äldre som lätt kan förbises. Prototypen är användbar inom primärvården men den kan också användas i den kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Det krävs god samverkan mellan olika yrkesgrupper, specialiteter och aktörer för att ta fram bästa möjliga kunskapsstöd till prototypen *Kunskapskalendern*. Dessutom behövs flera olika kompetenser för att ta fram tjänsten, till exempel terminologer, informatiker, jurister, kommunikatörer, it-specialister och sakkunniga.

Eftersom användarna tydligt uttryckt att de inte vill ha ytterligare kanaler för kunskapsstyrning behövs löpande kontakter via en redan befintlig kanal. Det finns redan i dag liknande tjänster, både nationellt och internationellt och därför behövs även omvärldsbevakning.

## Suicid bland äldre

Suicidalt beteende (suicid, suicidförsök och självskadebeteende) hos personer 65 år och äldre är ett stort folkhälsoproblem i många länder [30, 31]. En nyligen publicerad studie utförde en PubMed-litteratursökning för att identifiera de senaste och de mest representativa studierna om riskfaktorer för suicid hos äldre vuxna. Syftet var bland annat att göra en kritisk utvärdering av de senaste resultaten om specifika riskfaktorer för suicidtankar och suicidalt

beteende bland äldre personer [32]. Några av viktigaste fynden betonar behovet av att integrera specifika stressfaktorer, till exempel känslor av social avskildhet, neurokognitiv försämring eller beslutsfattande och kroniska fysiska sjukdomar.

Under 2017 dog 1 189 personer av suicid (säkra, det vill säga en avsiktlig självdestruktiv handling) i Sverige, varav 841 män och 348 kvinnor. Suicid-talen (suicid/100 000 invånare) var högst för män 65 år och äldre och lägst i åldersgrupperna upp till 24 år, tabell 7. Tabellen visar också att det är drygt tre gånger så många män som kvinnor som avlider av suicid i åldersgruppen 65 år och äldre.

**Tabell 7. Suicid uppdelat efter kön och åldersgrupp**

Antal och andel suicid per 100 000 invånare, 2017.

| Ålder         | Män        |               | Kvinnor    |               |
|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
|               | Antal      | Antal/100 000 | Antal      | Antal/100 000 |
| <15 år        | <5         | 0,3           | <5         | 0,5           |
| 15–24 år      | 85         | 14,0          | 38         | 6,8           |
| 25–44 år      | 240        | 17,7          | 100        | 7,8           |
| 45–64 år      | 256        | 20,4          | 119        | 9,7           |
| 65+ år        | 257        | 27,9          | 87         | 8,1           |
| <b>Totalt</b> | <b>841</b> | <b>17,1</b>   | <b>348</b> | <b>6,9</b>    |

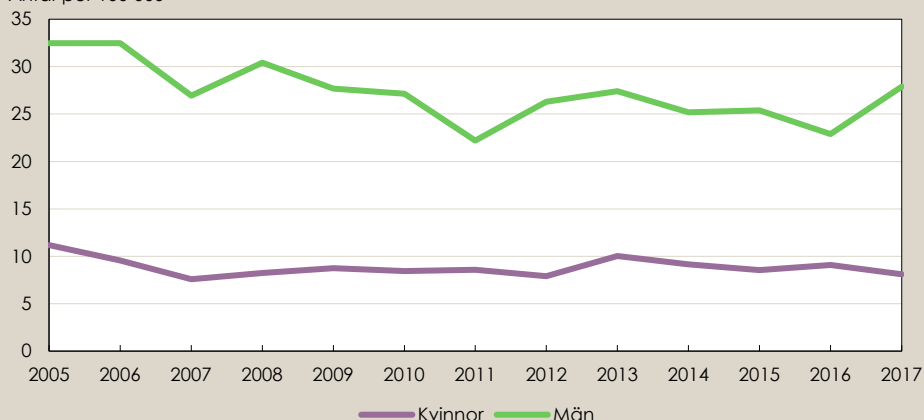
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Andelen som begår suicid bland kvinnor 65 år och äldre har varit oförändrad sedan början av 2000-talet, figur 12. Socialstyrelsen kan samtidigt konstatera att det är de äldre männen, 65 år och äldre, som relativt sett begår mest suicid i befolkningen, något som varit konstant över tidsperioden. Figuren visar dock att under 2017 ökade andelen suicid bland männen 65 år och äldre med 5 procent jämfört med 2016. Det innebär att 257 män 65 år och äldre avled av suicid 2017.

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

Antal avlidna män och kvinnor per 100 000 invånare 65 år och äldre orsakade av suicid, 2005 till 2017.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### *Primärvården kan förebygga suicid bland äldre*

År 2017 tog Folkhälsomyndigheten fram en litteraturöversikt om åtgärder för att förhindra suicidalt beteende bland äldre (personer över 60 år) [33]. Översikten visar att primärvården är en viktig arena för att förebygga suicidalt beteende bland äldre, och en effektiv insats är att utbilda personal inom primärvården i att känna igen riskfaktorer för suicid.

Riskfaktorer förknippade med suicidalt beteende hos äldre inkluderar psykiska (till exempel depression), fysiska (till exempel kronisk sjukdomar och funktionsnedsättning) och sociala faktorer (till exempel förlust av partner och social isolering). Även behandling av depression genom sammansatta insatser som integrerar flera vårdgivare (så kallad *collaborative care*) minskar risken för suicidalt beteende hos äldre. Det kan också vara effektivt med till exempel läkemedels- och psykoterapibehandling, telefonrådgivning för äldre i riskzonen och breda samhällsbaserade insatser i områden där suicidtalerna för äldre är höga. De samhällsbaserade insatserna kan omfatta bland annat utbildning till nyckelpersoner (så kallade *gatekeeper*-program), identifiering av äldre med depression, gruppaktiviteter för äldre och hänvisning till behandling vid behov [30-32].

### Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Under 2018 publicerades slutversionen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Det är mindre vanligt att någon insjuknar i psykossjukdom i hög ålder men det förekommer, och särskild hänsyn krävs när en äldre person med psykossjukdom ska få vård och stöd. Både den psykiatriska vården och stödinsatser behöver anpassas till individens särskilda förutsättningar, där personer som har insjuknat i psykossjukdom tidigare i livet behöver i regel fortsatt vård och stöd när de blir äldre, men kanske på ett annat sätt än de som nyinsjuknat. Läkemedelsbehandlingen behöver dessutom utformas efter äldres fysiologi med hänsyn till risk för interaktion mellan olika läkemedel, och det psykosociala stödet, till exempel stöd i boendet, behöver ges utifrån kunskap om psykossjukdom och kognitiv funktionsnedsättning.

Svenska Psykiatriska Föreningen har kliniska riktlinjer för äldrepsykiatri, vilka tar upp utredning och behandling av psykossjukdom hos äldre [34].

## E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen

Kommunernas socialtjänst använder alltmer digitala arbetssätt som ett komplement för att öka kvalitet och effektivitet. Inom socialtjänstens område talas det ofta om e-hälsa och välfärdsteknik. E-hälsa brukar beskrivas som ”att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa”. Denna beskrivning grundar sig på Världshälsoorganisationens beskrivning av hälsobegreppet, där hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Välfärdsteknik definieras av Socialstyrelsen som

digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.

### *Vision e-hälsa 2025*

Under hösten 2015 gjorde regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse och formulerade följande vision:

*Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. I anslutning till visionen togs en handlingsplan fram där man identifierade tre områden som särskilt behöver utvecklas för att visionen ska uppnås: regelverk, mer enhetlig begreppsanvändning och standarder.*

En myndighetsövergripande arbetsgrupp har i uppdrag att följa utvecklingen i Sverige och andra jämförbara länder, och i april 2018 publicerades en rapport som beskriver uppföljningsmodellen och presenterar resultat från en första testmätning [35]. I rapporten beskrivs tre identifierade områden som bör följas upp:

- behov och användning av e-hälsa (individens perspektiv)
- strukturer som möjliggör e-hälsa (hur offentliga aktörer arbetar för att skapa förutsättningar för e-hälsoutvecklingen, regelverk, tillgång till teknik, standarder och enhetliga begrepp, genomförande- och innovationsförmåga)
- samhällsförutsättningar för e-hälsoutveckling (bakgrundsmått som befolkningens tillgång till bredband med mera), den allmänna hälsoutvecklingen samt näringslivets och forskningens bidrag till utvecklingen.

### Teknik avsedd för enskilda och anhöriga

E-tjänster gör det möjligt för enskilda att på digital väg kommunicera med socialtjänsten. I Socialstyrelsens årliga uppföljning av e-hälsa och välfärdsteknik 2018 konstateras att andelen kommuner med webbaserade ansökningar inom äldreomsorgen har under 2014–2018 ökat från 7 till 23 procent. [36]. Detta ger enskilda individer möjlighet att ansöka via sin dator utan att söka upp en handläggare i kommunen. Vissa kommuner har också e-tjänster för att lämna inkomstuppgifter för avgiftsberäkning, lämna fullmakt för autogirobetalningar med mera. Några enstaka kommuner erbjuder tidsbokning hos handläggaren via internet och ett fåtal kommuner har chattforum, frågelådor samt säker och krypterad kommunikation mellan kommunen och enskilda. Samtliga landsting och regioner kan erbjuda en patient tillgång till den egna sjukvårdsjournalen. I den kommunala hälso- och sjukvården är det däremot bara 4 procent av kommunerna som kan erbjuda detta. 22 kommuner (9 procent) uppgav att de har någon e-tjänst på annat språk än svenska.

Väl fungerande e-tjänster kan öka enskilda individers tillgänglighet till kommunens tjänster. Samtidigt är det viktigt att e-tjänsterna inte ersätter andra sätt att kommunicera med socialtjänsten. Det finns grupper som inte

har tillgång till internet eller som har svårigheter att använda tekniken. Svårigheterna kan bland annat handla om att söka och använda e-tjänster. Hos de som upplever svårigheter med internet är det vanligt med kognitiva funktionsnedsättningar [37].

I Socialstyrelsens uppföljning konstaterades att cirka 176 000 (81 procent) av totalt 216 000 trygghetslarm hade digitaliserats den 31 december 2017 [36]. Detta kan jämföras med siffrorna från 2014, då var 30 000 trygghetslarmen digitala (4 procent). Både antalet och andelen digitala trygghetslarm har således ökat sedan 2014. Regeringen satte 2013 målet att samtliga trygghetslarm skulle vara digitala den 31 december 2016. Digitaliseringen har gått snabbt, men målet att alla trygghetslarm är digitala nåddes alltså inte. Att trygghetslarmen digitaliseras är viktigt för att göra kommunikationen mellan larmenheten i hemmen och larmcentralen säkrare. De digitala larmen är dessutom snabbare och har bättre kapacitet, vilket möjliggör att andra tjänster kan kopplas till larmet.

I uppföljningen konstaterades även att kommunernas användning av andra former av välfärdsteknik fortsätter att öka, om än i långsammare takt. Den vanligaste formen av teknik i äldreomsorgen och i verksamheter för personer med funktionsnedsättning är olika typer av larm. Gps-larm och trygghetskameror har testats några år i ett begränsat antal kommuner, och användningen har ökat de senaste åren. I slutet av 2017 hade 46 procent av kommunerna infört kameratillsyn nattetid och 863 personer fick kameratillsyn, tabell 8. Vidare hade 60 procent av kommunerna infört gps-larm för cirka 700 personer inom äldreomsorgen, framför allt för personer i ett tidigt stadium av demenssjukdom.

**Tabell 8. Andel (%) kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende**

| Typ av välfärdsteknik                                               | 2016                   | 2017                   | 2018                   |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                                                                     | Andel kommuner (n=236) | Andel kommuner (n=238) | Andel kommuner (n=232) |
| Passivt larm/sensorer                                               | 78                     | 86                     | 83                     |
| Elektroniskt planeringsverktyg för hemtjänsten*                     | -                      | -                      | 82                     |
| Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video | 38                     | 59                     | 71                     |
| Gps-larm                                                            | 26                     | 52                     | 60                     |
| Elektroniska lås till personer med hemtjänst**                      | -                      | 48                     | 56                     |
| Trygghetskamera (natt-tillsyn/fjärrtillsyn med kamera)              | 23                     | 37                     | 46                     |
| Påminnelse för medicin med mera                                     | 17                     | 26                     | 23                     |
| Dagtillsyn med hjälp av kamera                                      | 3                      | 3                      | 2                      |
| Annat                                                               | 12                     | 9                      | 16                     |

\* Frågan ställdes inte 2016 och 2017.

\*\* Frågan ställdes inte 2016.



Tillgång till internet har blivit en allt viktigare fråga, även bland de som bor i särskilda boenden för äldre. Av Socialstyrelsens årliga uppföljning framgår att cirka 64 procent av kommunerna kan erbjuda tillgång till internet via fiber eller trådlöst i minst ett boende i kommunen, och Kolada<sup>6</sup> redovisar att cirka 47 procent av boendeplatserna i landet har möjlighet till detta.

## Teknik för vård- och omsorgsgivare och personal

Digitaliseringen i vård och omsorg berör också personalens möjligheter att effektivisera arbetet. Ett av de digitala hjälpmedel som används i kommunerna är vårdplanering via videokonferens. Det utskrivande sjukhuset bjuder då in biståndshandläggare, patienten, närstående och eventuella andra aktörer till ett videokonferensmöte för att planera inför hemgången från sjukhuset. Cirka 71 procent av kommunerna uppger att de har sådan utrustning och kan delta i digitala vårdplaneringsmöten. Personalen i hemtjänsten har elektroniska planeringsverktyg för det dagliga arbetet i 82 procent av kommunerna, där dagens schema tillsammans med annan viktig information ofta finns inlagt.

Den nationella patientöversikten (NPÖ) ger vårdgivare möjlighet att ta del av andra vårdgivares patientinformation under förutsättning att patienten ger sitt samtycke. Samtliga landsting och regioner har anslutit sig till tjänsten för att dela information. Däremot är det enligt Inera<sup>7</sup> 13 kommuner som anslutit sig för att dela hälso- och sjukvårdsinformation med andra vårdgivare. Alla landsting/regioner och nästan alla kommuner kan dock använda systemet för att ta del av andra vårdgivares patientinformation.

I den kommunala hälso- och sjukvården har cirka 20 procent av kommunerna utrustning för läkarkonsultationer via videomöten och cirka 20 procent använder digital medicinsignering. Andelen som använder digitala medicinsigneringen ökar, och kommande år förväntas ett stort antal kommuner införa detta.

En växande andel av hemtjänst- och hemsjukvårdspersonalen använder mobila kommunikationsverktyg. I januari 2018 kunde samtlig hemsjukvårdspersonal i cirka 24 procent av kommunerna läsa och dokumentera i verksamhetssystemen via mobiler, läsplattor och datorer utanför kontoret. Inom hemtjänst och boendestöd var andelen lägre; i 14 procent av kommunerna kunde samtlig mobil personal läsa mobilt i verksamhetssystem med mera, och i 12 procent av kommunerna kunde all personal dokumentera mobilt.

## Informationssäkerhet

I socialtjänstens verksamhetssystem behandlas personuppgifter. Regler för hur kommunen ska hantera personuppgifter finns i EU:s allmänna data-

---

<sup>6</sup> Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) innehåller uppgifter om kommunernas och landstingens verksamheter från år till år. Den ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Svenska staten och Sveriges Kommuner och Landsting är föreningens medlemmar.

<sup>7</sup> Inera är ett företag som ägs av SKL Företag, landsting, regioner och kommuner. Genom att erbjuda kompetens inom digitalisering stödjer Inera ägarnas verksamhetsutveckling. Inera koordinerar och utvecklar gemensamma digitala lösningar till nytta för invånare, medarbetare och beslutsfattare – webbplats: <https://www.inera.se/>.

skyddsförordning, GDPR (dataskyddsförordningen). Uppgifter om den enskilde som finns i socialtjänstens och den kommunala omfattas av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

Det innebär bland annat att kommunen behöver ha utrustning och rutiner som säkrar informationen om enskilda och att inga obehöriga kommer åt informationen, samtidigt som de som arbetar inom vård och omsorg och som behöver uppgifterna i sitt arbete verkligen får det.

En aspekt av informationssäkerheten är att verksamhetssystemen och andra system där personuppgifter behandlas kräver att användarna använder en tvåfaktorsautentisering vid inloggning. Detta innebär som regel att användaren har en e-legitimation i kombination med ett personligt lösenord. Av Socialstyrelsen enkät angående e-hälsa och välfärdsteknik 2018 framgår att det inte är fler än cirka 22 procent av kommunerna som har säkrat alla sina system där personuppgifter behandlas med en tvåfaktorsautentisering [36]. Åtta procent av kommunerna har inte krav på tvåfaktorsinloggning i något system där personuppgifter behandlas.

## Vad gör nationella aktörer inom området?

*Studie av användning av trygghetskameror och gps-larm*  
Socialstyrelsen publicerade i november 2018 en rapport om trygghetskameror och gps-larm [38]. Rapporten visar att rätt använda och för rätt målgrupp kan såväl trygghetskameror som gps-larm ge enskilda bättre trygghet, integritet samt mer självständighet och autonomi. Trygghetskamerorna ger dessutom personalen en bättre arbetssituation med färre rutinmässiga tillsynsbesök i hemmen och mindre oro för personer med demenssjukdom som vill komma ut på promenad. För kommunen kan trygghetskamerorna därtill innebära effektivitetsvinster.

*Kunskapsstöd om digital teknik för att främja social stimulans och delaktighet bland äldre personer*  
Folkhälsomyndigheten har tillsammans med Socialstyrelsen, SBU, Myndigheten för Delaktighet (MFD) och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) tagit fram ett kunskapsstöd för att främja social stimulans och delaktighet bland äldre personer genom utbildning i och användning av digital teknik [39]. I kunskapsstödet konstateras bland annat att lågt socialt deltagande är kopplat till nedsatt psykiskt välbefinnande och sämre fysisk funktionsförmåga. Digital teknik kan främja delaktigheten, men många äldre saknar digital kompetens som kan ge dem bättre delaktighet i samhället. I kunskapsstödet ges även exempel på aktiviteter i kommuner för att stärka äldres deltagande.

*Digitalt pedagogiskt stöd för lösningar i vård och omsorg*  
Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag och tillsammans med E-hälsomyndigheten vidareutvecklat det webbaserade stödet *Digital verksamhetsutveckling i vården* med särskilt fokus på juridiskt stöd för dokumentation. Myndigheten utvecklade stödet tillsammans med E-hälsomyndigheten inom ramen för ett tidigare uppdrag på området (S2017/02466/FS).

Det juridiska stödet beskriver regelverket för informationshantering samt dokumentation i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Slutrapporten om uppdraget lämnades den 1 november 2018 [40].

### *Enhetliga termer och begrepp*

Nationellt fackspråk omfattar förutom klassifikationer exempelvis Socialstyrelsens termbank<sup>8</sup> och begreppssystemet Snomed-CT. Inom äldreområdet används bland annat *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem*, ICD, *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*, ICF, *Klassifikation av vårdåtgärder*, KVÅ samt *Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter*, KSI.

Bland annat ICF uppdateras årligen med nya kategorier och justeringar av beskrivningar som underlättar tillämpning i verksamheter, och 2018 har Socialstyrelsen bland annat reviderat termbankens definition av *hjälpmedel för det dagliga livet*. Revisionen har lett till att två nya termer har publicerats: *hjälpmedel* samt *hjälpmedel för vård och behandling*.

### *Individens behov i centrum, IBIC*

*Individens behov i centrum* (IBIC), är ett konkret exempel på hur Socialstyrelsen skapar förutsättningar för att främja kvaliteten i stödet och omsorgen om äldre med digitaliseringens hjälp samt genom ett gemensamt språk och en strukturerad dokumentation. IBIC är ett stöd framtaget av Socialstyrelsen, och det vänder sig till handläggare och utförare som arbetar med vuxna personer som behöver stöd i den dagliga livsföringen utifrån SoL eller LSS, oavsett ålder eller funktionsnedsättning.

IBIC är en vidareutveckling av *Äldres behov i centrum* (ÄBIC) som lanserades 2013, och till och med oktober 2018 har 280 kommuner samt ett antal privata utförare utbildat drygt 1 600 processledare för ÄBIC eller IBIC. I dag finns ett tjugotal regionala och lokala nätverk som stödjer kommunerna i deras arbete med att införa IBIC, och ett stort antal kommuner har påbörjat förändringsarbetet även om det varierar hur långt de har kommit. I dag använder 85 kommuner<sup>9</sup> IBIC helt eller delvis vid utredningar av behov inför beslut om särskilt boende, och 65 kommuner använder det helt eller delvis vid uppföljning av beslutade insatser i denna boendeform. När det gäller användningen av IBIC i ordinärt boende använder 133 kommuner modellen helt eller delvis för utredningar av behov och 101 helt eller delvis vid uppföljning av beslutade insatser.<sup>10</sup>

### *IVO:s förstudie om välfärdsteknik i äldreomsorgen*

IVO gjorde hösten 2018 en förstudie om välfärdsteknik inom äldreomsorgen för att 2019 och 2020 genomföra tillsyn med fokus på välfärdsteknik [41]. Inom ramen för förstudien har IVO också genomfört två pilottillsyner.

Förstudien har ringat in ett antal förutsättningar vid implementeringen av välfärdsteknik utifrån ett brukarperspektiv, vilka i förlängningen bidrar till en

<sup>8</sup> <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fTerm=a>

<sup>9</sup> Definitionen av variabeln har ändrats i *Öppna jämförelser* sedan tidigare, vilket innebär att det inte går att presentera några jämförelsetal.

<sup>10</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/aldreomsorgochhemsjukvard>

god och säker omsorg. Förutsättningarna är följande (inte rangordnade utifrån prioritet):

- kunskap om enskildas behov och den välfärdsteknik som används
- individuella bedömningar av insatser som inkluderar välfärdsteknik
- väl fungerande informations- och samtyckeshantering och uppföljning av insatser som inkluderar välfärdsteknik
- beredskap, planering och strategi i kommunen för införande och hantering av välfärdsteknik
- personalens digitala kompetens
- beredskap för oförutsedda och planerade avbrott i den digitala tekniken
- implementering av välfärdsteknik på alla nivåer i organisationen.

Den effekt IVO vill uppnå med sin tillsyn är att fokus hamnar på de äldres behov, inte enbart på tekniken, och att kommunerna därmed stärker sin kompetens att se till brukarnas behov när man implementerar välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

#### *Uppdrag till E-hälsomyndigheten om stöd till kommunerna*

Den 14 april 2018 gav regeringen i uppdrag till E-hälsomyndigheten [42] att samordna, utforma och tillgängliggöra ett nationellt stöd till kommunerna för att införa och använda digital teknik i den sociala omsorgen och inom kommunal hälso- och sjukvård. Uppdraget syftar till att dels stödja kommunernas verksamhetsutveckling med stöd av digitalisering och välfärdsteknik, dels stödja kommunerna i arbetet med att effektivisera sina verksamheter (dir 2018:81). Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari 2020.

#### *Utredning om välfärdsteknik i äldreomsorgen*

Den 16 augusti 2018 beslutade regeringen att tillsätta en utredning som ska se över och lämna förslag på åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik för ökad trygghet, stärka självständighet och livskvalitet för äldre, avlasta personal och modernisera verksamheten (Dir. 2018:82).

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020, och utredningen ska ge förslag om

- adekvat stöd, kunskap och förbättrade förutsättningar för personalen
- förbättrade rättsliga förutsättningar för användning av välfärdsteknik
- förbättrad samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll.

#### *Stimulansmedel för investeringar i välfärdsteknik*

Regeringen beslutade i juni 2018 att uppdra åt Socialstyrelsen att fördela 350 miljoner kronor till kommunerna för investeringar i välfärdsteknik inom omsorgen [43]. Pengarna skulle användas 2018 för att öka investeringstakten när det gäller välfärdsteknik inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Satsningen kommer att följas upp av Socialstyrelsen 2019.

#### *Internetstiftelsens rapport "Svenskarna och internet 2018"*

Internetstiftelsen ger varje år ut en rapport om internetanvändningen i Sverige. I 2018 års rapport konstaterar stiftelsen att äldre inte använder internet i samma utsträckning som andra grupper [44]. När det gäller äldre summerar stiftelsen sina resultat i två punkter:

- Cirka 500 000 svenskar använder aldrig internet. De allra flesta av dem är äldre. Totalt 9 procent av 66–75-åringarna och 42 procent av de som är 76 år och äldre använder inte internet alls.
- Ytterligare 600 000 svenskar använder internet men inte dagligen. Även här handlar det framför allt om de som är 76 år och äldre.

## Aktuell forskning

Socialstyrelsen har gjort en sökning på forskningsartiklar och systematiska forskningsöversikter publicerade 2017 och 2018 och som gäller välfärdsteknik samt informations- och kommunikationsteknik (IKT). Den visar att det pågår mycket forskning på området.

Några teman kan urskiljas i de 33 systematiska forskningsöversikter som publicerats under perioden. Ett tema är IKT och dess förhållande till livskvalitet, socialt deltagande och social isolering. Ett annat tema är teknik för att upptäcka och förebygga fallrisk hos äldre. Ytterligare teman är spelbaserad kognitiv träning för äldre och för personer med demenssjukdom samt äldres attityd till samt upplevelse och acceptans av IKT i form av robotar och hälso-relaterade webbverktyg.

När det gäller livskvalitet och socialt deltagande framkommer en splittrad bild. Några forskare menar att IKT kan bidra till en förbättrad livskvalitet och ett bättre socialt deltagande hos de äldre. Andra menar att det inte finns stöd för att påstå detta. D’Onofrio m.fl. [45] fann i sin forskningsöversikt att det finns potential med IKT att stödja vården av demenssjuka personer i hemmet och förbättra livskvaliteten för vårdgivare (anhörigvårdare). I översikten identifierade forskarna några områden där IKT kom till användning i demensvården i hemmet: teknik som används av den demenssjuka själv, teknik som används av vårdgivaren samt övervakningssystem och positionerings- och lokaliseringshjälpmedel (GPs). D’Onofrio m.fl. menar att tekniken kan bidra till att minska kostnaderna för sjukvård och institutionsvård av dessa patienter.

Andra forskare menar att mobila kommunikationsrobotar med ljud och bild har potential att förbättra kontakterna och kommunikationen mellan personer med demenssjukdom och vårdgivare, närstående och så vidare. Det finns dock hinder för detta när enskilda är ovana att använda kommunikationshjälpmedel och annan IKT [46]. Även andra forskare har funnit att personer med demenssjukdom kan vara hjälpta av IKT för att öka det sociala deltagandet [47]. Det finns dock forskare som inte funnit stöd för att IKT och internetbaserade insatser kan bidra till minskad ensamhet och social isolering [48].

Choi m.fl. [49] menar att så kallade *exergames* (till exempel tv-spel via Nintendo, Wii och Xbox Kinect) kan ge förbättrad fysisk eller kognitiv funktion för äldre. Det är däremot osäkert om träning med hjälp av *exergames* ger bättre effekt än konventionell träning när det gäller balans och fallprevention.

Neri m.fl. [50] gjorde en forskningsöversikt över studier om rörlighet och balans hos äldre där man använder *virtual reality* (VR) för träning. Resultaten visade positiva effekter på balans och minskad rädsla att falla. Effekterna var större än av konventionella insatser.

Forskargrupper arbetar också på flera håll med att utveckla mobila applikationer för att hjälpa äldre, vård- och omsorgsgivare och sjukvården att följa enskildas balans och upptäcka risk för fall [51].

Även inom området datorbaserad träning vid kognitiv svikt framkommer en splittrad bild. Hill m.fl. [52] har gjort en metaanalys över forskningsrapporter vad gäller datorbaserad kognitiv träning för äldre med kognitiv svikt och för personer med demenssjukdom. Forskarna menar att datorbaserad kognitiv träning ger effekter på kognitionen i allmänhet, på vissa specifika kognitiva domäner och på den psykosociala funktionen hos personer med kognitiv svikt. Däremot fanns ingen evidens för effekter hos personer med demenssjukdom. Däremot kunde Zheng m.fl. [53] visa effekter hos personer med demenssjukdom i en annan forskningsöversikt. De tittade på studier som avsåg spelbaserade interventioner för personer med demenssjukdom och konstaterar att dessa interventioner kan förbättra kognition, koordination, beteende och psykiska symtom.

## Hjälpmedlen underlättar vardagen

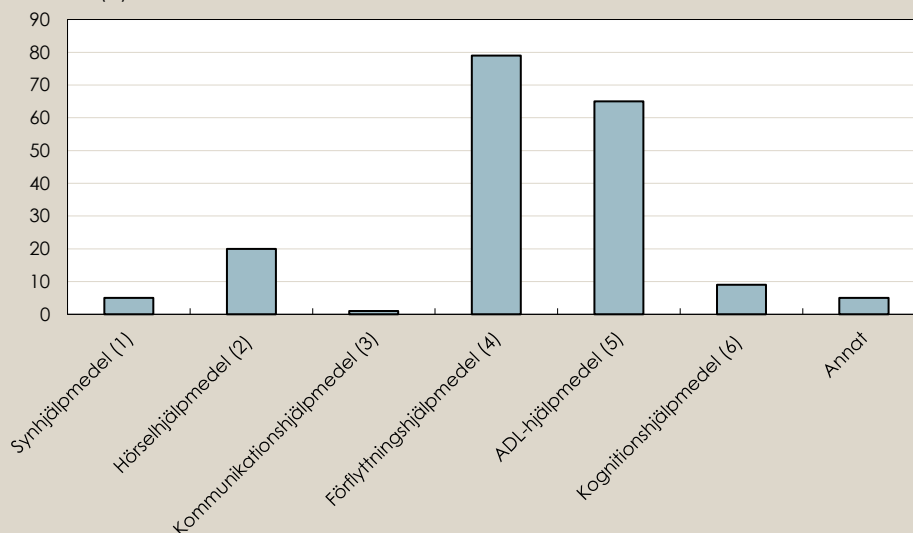
Enligt Socialstyrelsens definition i termbanken är hjälpmedel *en individuellt utprovad produkt som syftar till att behålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning*. För många är hjälpmedel en förutsättning för att klara vardagen och för att kunna vara delaktig i samhället. I 2018 års enkätundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* uppgav 85 procent att de fått hjälpmedel förskrivna av kommunen eller landstinget/regionen och att de använder dem [18]. Av dessa menade 84 procent att hjälpmedlen underlättar vardagen och 15 procent att hjälpmedlen delvis underlättar vardagen.

I motsvarande enkätundersökning 2017 tillfrågades de äldre om vilken typ av hjälpmedel som de hade fått förskrivna av kommunen eller landstinget/regionen [18]. De mest frekventa hjälpmedlen var förflyttningshjälpmedel och ADL-hjälpmedel (Aktiviteter i Dagliga Livet-hjälpmedel), figur 13.

**Figur 13. Typ av förskrivna hjälpmedel**

Svarsfördelning i procent (%) på frågan: Använder du något/några hjälpmedel som du fått förskrivet från kommunen eller landstinget/regionen?

Procent (%)



Glasögon räknas inte som förskrivet hjälpmedel.

(1) Till exempel markeringskäppar, talsyntes, talboksspelare eller hjälpmedel för punktskrift.

(2) Till exempel hörapparat eller hörslinga.

(3) Till exempel samtalsapparater, röstförstärkare eller symboltavla.

(4) Till exempel krycka/käpp, rollator, (el-)rullstol, permobil, ramp eller höj- och sänkbar säng.

(5) Till exempel duschstol, armstöd, toalettförhöjare eller inkontinensskydd.

(6) Till exempel planeringssystem, hjälpmedel för minnesstöd eller spisvakt.

Källa: Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2017.

Förskrivning av hjälpmedel är en viktig insats för enskilda. Socialstyrelsens förskrivarstöd består bland annat av en webbutbildning, och stödet är framtaget för att främja jämlikhet vid hjälpmedelsförskrivning och öka delaktigheten för användarna [54]. Stödet ger ökad kunskap om hjälpmedelsförskrivning och webbutbildningen används i hög grad<sup>11</sup> – till och med september 2018 hade fler än 7 000 personer gått hela webbutbildningen och skrivit ut ett kursintyg, och fler än 11 000 hade genomfört minst en modul. Förskrivarna representerar samtliga landsting/regioner samt 268 kommuner (cirka 92 procent av landets kommuner). Efter önskemål från framför allt sjuksköterskor lanserades i januari 2018 även en webbutbildning om förskrivning av förbrukningsmaterial, och till och med september 2018 hade cirka 1 100 personer genomgått utbildningen och skrivit ut kursintyg.

## Sammanfattande iakttagelser

Männens livslängd ökar mer än kvinnornas och är nu 80,7 år medan kvinnornas medellivslängd är 84,1 år. Skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd har minskat från 6,1 år 1980 till 3,4 år 2017.

Den växande alkoholkonsumtionen bland äldre förväntas resultera i ett större antal alkoholrelaterade skador, vilket i sin tur innebär utmaningar för

<sup>11</sup> Utbildning om förskrivning av hjälpmedel: <http://www.socialstyrelsen.se/hjalpmedel/stodochutbildning>; <https://utbildning.socialstyrelsen.se/enrol/index.php?id=516>

socialtjänst och hälso- och sjukvård. Allt fler kommuner har rutiner för hur de ska hantera alkoholproblem hos äldre. År 2018 hade 39 procent av kommunerna en aktuell rutin för ett samordnat stöd mellan missbruks- och beroendevården och äldreomsorgen vid risk- eller missbruk, jämfört med 35 procent 2017. Totalt 16 procent av kommunerna hade en aktuell rutin för hur biståndshandläggare ska agera när personer med äldreomsorg visar tecken på riskbruk och missbruk av alkohol eller andra droger, jämfört med 12 procent 2017.

Psykisk ohälsa hos äldre behöver uppmärksammas. Förekomsten av psykisk ohälsa är stor i gruppen 65 år och äldre med äldreomsorg och även i gruppen äldre med kommunal hälso- och sjukvård. Äldre med psykisk ohälsa behöver ofta insatser från såväl primärvård som specialistpsykiatri, äldreomsorg och socialpsykiatri, men dåliga kunskaper om åldrande och om psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården, slutenvården och äldreomsorgen kan få som konsekvens att psykiatrisk diagnos förbises hos äldre.

Kommunernas socialtjänst använder alltmer digitala arbetssätt som ett komplement för att öka kvalitet och effektivitet. Samtliga landsting och regioner kan erbjuda patienter tillgång till sjukvårdsjournalen, men i den kommunala hälso- och sjukvården kan bara 4 procent av kommunerna erbjuda detta. Digitaliseringen av trygghetslarmen har gått snabbt även om kommunerna inte har nått regeringens mål att samtliga trygghetslarm skulle var digitala vid 2016 års utgång. Tillgång till internet har blivit en allt viktigare fråga, även för personer som bor i särskilda boenden för äldre. Cirka 64 procent av kommunerna kan erbjuda internet via fiber eller trådlöst i minst ett boende i kommunen, och cirka 47 procent av boendeplatserna i landet har tillgång till detta.



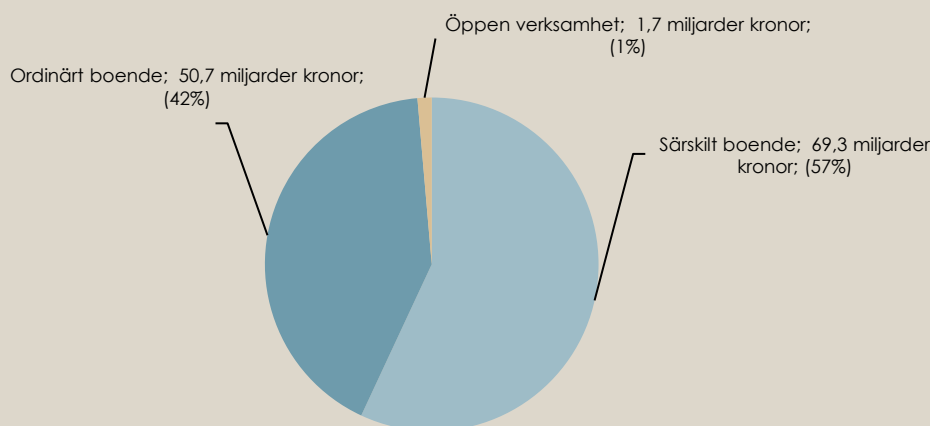
# Resurser för vård och omsorg

I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen de förändringar av resurserna som skett det senaste året i de offentligt finansierade verksamheterna för vård och omsorg om äldre. Vidare beskrivs utmaningar med kompetensförsörjningen för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården och hur resurser kan nyttjas mer effektivt.

## Kostnader för vård och omsorg om äldre

Kommunernas kostnader<sup>12</sup> för vård och omsorg om äldre uppgick 2017 till 121,7 miljarder kronor, tabell 9. Den största delen, 69 miljarder kronor (57 procent), är kostnader för särskilt boende medan kostnaden för enskilda i ordinärt boende uppgick till 50,7 miljarder kronor (42 procent). Öppen verksamhet som inte kräver individuellt biståndsbeslut utgjorde cirka 1 procent av kostnaderna (1,7 miljarder kronor), figur 14. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2017 års priser.<sup>13</sup> I bilagan redovisas även andelen kostnader för socialtjänsten och kommunernas kostnader samt bruttonationalprodukten (BNP) i löpande priser.

**Figur 14. Fördelning av kostnaderna för vård och omsorg av äldre 2017**



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017.

<sup>12</sup> Som kostnadsåtgärd används kommunernas kostnader för det egna åtagandet, vilket mäts som bruttokostnad exklusive interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting/regioner. Summan innefattar den verksamhet som kommuner har definierat som sin egen och som riktar sig till den egna befolkningen, och kostnaderna baseras på kommunernas räkenskapssammandrag som publiceras av Statistiska centralbyrån (SCB).

<sup>13</sup> Som underlag för uppräkningsindex används SCB:s konsumtionsindex 2017 för respektive verksamhetsområde.

**Tabell 9. Kostnader för vård och omsorg om äldre**

Miljarder kronor i fasta priser, 2017 års priser.

|                                                    | Kostnader, miljarder kronor |              |              |              |              | Förändring<br>2013–2017 |            | Fördelning<br>2017 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|------------|--------------------|
|                                                    | 2013                        | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         | Miljarder<br>kronor     | %          | %                  |
| <b>Summa kostnad</b>                               | <b>120,5</b>                | <b>123,0</b> | <b>120,7</b> | <b>122,2</b> | <b>121,7</b> | <b>1,2</b>              | <b>1,0</b> | <b>100</b>         |
| Årlig procentuell (%) förändring                   | 0,5                         | 2,0          | -1,8         | 1,2          | -0,4         |                         |            |                    |
| <b>Verksamhetsområde</b>                           |                             |              |              |              |              |                         |            |                    |
| Särskilt boende                                    | 70,5                        | 70,7         | 68,5         | 69,6         | 69,3         | -1,2                    | -1,7       | 57                 |
| Ordinärt boende                                    | 48,3                        | 50,6         | 50,5         | 50,9         | 50,7         | 2,4                     | 5,0        | 42                 |
| Hemtjänst                                          | 37,9                        | 40,1         | 40,5         | 41,0         | 40,9         | 3,0                     | 7,8        | 34                 |
| Korttidsboende                                     | 6,9                         | 7,2          | 7,0          | 6,9          | 6,7          | -0,2                    | -2,7       | 5                  |
| Dagverksamhet och övriga bi-ståndsbedömda insatser | 3,5                         | 3,3          | 3,1          | 3,0          | 3,2          | -0,3                    | -9,8       | 3                  |
| Öppen verksamhet                                   | 1,8                         | 1,8          | 1,7          | 1,7          | 1,7          | -0,1                    | -6,0       | 1                  |

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017.

Kostnaderna 2017 för vård och omsorg av äldre minskade med 0,5 miljarder kronor i fasta priser jämfört med 2016; både kostnaderna för verksamhet i särskilt boende och för enskilda i ordinärt boende minskade något. Sedan 2013 har de totala kostnaderna ökat med 1,2 miljarder kronor i 2017 års priser. Mellan 2013 och 2017 är det framför allt kostnaderna för hemtjänst som har ökat.

Kostnaderna för vård och omsorg om äldre som andel av BNP har minskat från 2,8 procent 2013 till 2,7 procent 2017. Kostnaderna för äldreomsorgen utgör drygt hälften (52 procent) av kommunernas totala kostnader för socialtjänst, tabell 10. Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2017 till 19,1 procent av kommunernas totala kostnader för egen verksamhet.

**Tabell 10. Kostnader för vård och omsorg av äldre som andel av socialtjänst och kommunernas totala verksamheter**

Miljarder kronor i fasta priser (2017 års priser).

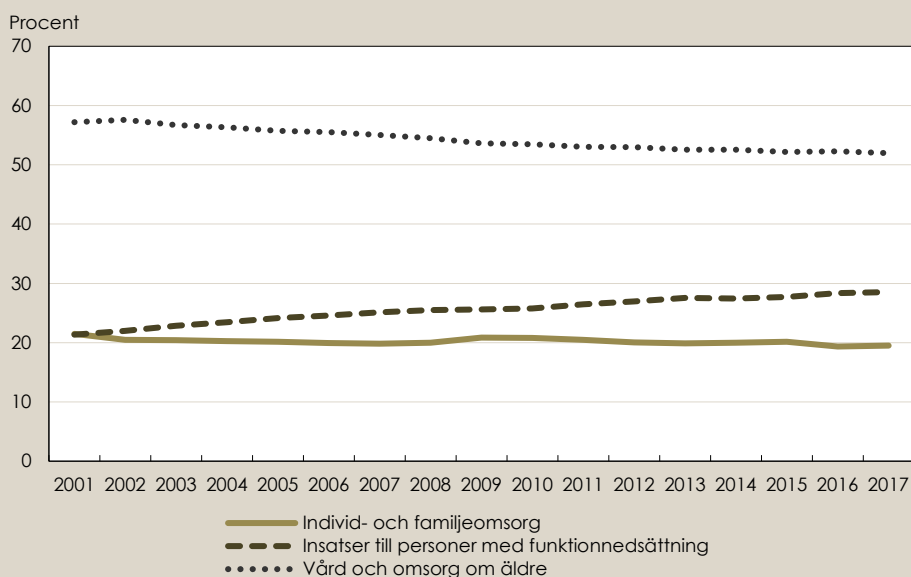
|                                                              | 2013         | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         |
|--------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Summa kostnad för vård och omsorg om äldre</b>            | <b>120,5</b> | <b>123,0</b> | <b>120,7</b> | <b>122,2</b> | <b>121,7</b> |
| Andel av socialtjänstens totala kostnader, %                 | 52,6         | 52,6         | 52,1         | 52,3         | 52,0         |
| Andel av kommunernas totala kostnader för egen verksamhet, % | 20,1         | 20,1         | 19,9         | 19,1         | 19,1         |
| Andel av BNP, %                                              | 2,8          | 2,8          | 2,7          | 2,7          | 2,7          |

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017.

Kostnaderna för vård och omsorg av äldre har minskat från 57,2 procent 2001 till 52 procent 2017 som andel av kostnaderna för socialtjänsten, figur 15.

**Figur 15. Andelar av socialtjänstens kostnader 2001–2017**

Socialtjänstens totalkostnader fördelat efter verksamhetsområde.



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2001–2017, SCB.

Kostnaderna för hemtjänst ökar, trots att andelen personer över 65 år som får hemtjänst minskat de senaste åren (se avsnittet *Socialtjänstinsatser till äldre personer*). Kostnaderna för särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet har minskat något sedan 2013, liksom andelen personer över 65 år som beviljas sådana insatser.

Kostnaderna för vård och omsorg av äldre har inte utvecklats i samma takt som den åldrande befolkningen; tabell 11 visar att kostnaden per invånare 65 år och äldre har sjunkit från cirka 64 000 kronor till cirka 61 000 kronor. Det kan till viss del bero på att individer i denna grupp är friskare och därmed har mindre omsorgsbehov, men det kan också bero på att kommunerna prioriterar resurserna på ett annat sätt än tidigare.

**Tabell 11. Kostnad för vård och omsorg av äldre per invånare 65 år och äldre**

Kronor per invånare 65 år och äldre, 2017 års priser.

|                  | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   | 2017   |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Kostnad i kronor | 64 390 | 64 300 | 62 010 | 61 800 | 60 660 |

Källa: SCB.

Kostnaderna för vård och omsorg i fasta priser har ökat med 1 procent mellan 2013 och 2017. Enligt SCB:s befolkningsprognos kommer cirka 25 procent av befolkningen att vara 65 år och äldre 2070 [4], och att möta den åldrande befolkningens framtida behov av vård och omsorg beskrivs ofta som en utmaning – inte minst vad gäller kostnadsutvecklingen. Dels behöver äldre personer äldreomsorg och mer sjukvård än yngre, dels blir det allt fler äldre i förhållande till antalet yrkesverksamma. Många rapporter har beskrivit detta

och föreslagit olika lösningar som – utöver minskat offentligt åtagande, nedskärningar och besparingar – handlar om en mer effektiv verksamhet och förbättrad hälsa [10].

En nyligen publicerad rapport från European Observatory on Health Systems and Policies nyanserar dock bilden genom att den visar att befolkningens åldrande kan komma att få begränsad påverkan på kostnaderna för vård och omsorg, inte minst jämfört med andra kostnadsdrivande faktorer, till exempel prisökningar och tekniska innovationer [55]. Rapporten lyfter också fram att människor blir allt friskare, vilket gör att många äldre kan fortsätta att bidra med betalt och obetalt arbete långt efter att de går i pension. De äldre fortsätter dessutom att konsumera och betala skatt. Författarna menar att det framför allt behövs insatser som främjar hälsa samt ett sunt och aktivt åldrande, vilket kommer att leda till att äldre kan fortsätta att bidra aktivt till samhället. Vidare menar författarna att välfärdsteknik kan främja en kostnadseffektiv äldreomsorg samt att det behövs insatser som bidrar till att äldre kan fortsätta att arbeta längre.

Men även om äldre i högre utsträckning kommer att ha bättre hälsa och kan bidra samhällsekonomiskt kommer befolkningsutvecklingen att förändra behoven av och förutsättningarna för vård och omsorg av äldre. Som konstaterats i tidigare årsrapporter från Socialstyrelsen är det en stor utmaning att lösa hur hälso- och sjukvård och socialtjänst ska samverka och samordna sina insatser kring enskilda äldre utifrån deras behov [12, 56]. Att hantera denna och andra utmaningar kan komma att kräva större och andra resurser i framtiden.

## Personalen i äldreomsorgen – utmaningar och möjligheter

Svårigheter att behålla och rekrytera personal med rätt kompetens är något som framkommer av den nationella tillsynen av vård och omsorg [57]. Kommuner, landsting och regioner kan göra mycket för att minska rekryteringsbehovet och öka möjligheten att rekrytera personal. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har pekat ut nio strategier för att möta rekryteringsutmaningen för välfärdssektorn. Det handlar bland annat om att nyttja tekniken bättre och skapa bra möjlighet till löne- och karriärutveckling, om att utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisation samt om att skapa förutsättningar för och motivera fler medarbetare att arbeta heltid och fler år i yrkeslivet [58].

### Det råder brist på utbildad personal inom äldreomsorgen

Efterfrågan på personer med vård- och omsorgsutbildning från gymnasiet beräknas att öka med drygt 65 procent fram till 2035, enligt en prognos från SCB [59]. Framför allt beräknas efterfrågan på personal inom äldreomsorgen att öka. Demografiska faktorer och utvecklingen av äldres hälsa har stor betydelse här, men även prioriteringar, organisation och arbetssätt inom kommuner och landsting/regioner påverkar. Tillgången på personal beräknas

ligga kvar på ungefär dagens nivå, och den påverkas bland annat av omfattning på vuxenutbildning samt utbildningens och yrkets attraktionskraft.

Undersköterska inom hemtjänsten, hemsjukvård eller på äldreboenden är Sveriges vanligaste yrke. Yrkesgruppen består av 138 200 anställda i kommunalt och privat drivna verksamheter. Yrket är kvinnodominerat, med 92 procent kvinnor.<sup>14</sup> Drygt 6 av 10 arbetsgivare menar att det råder brist på arbetssökande med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå.<sup>15, 16</sup>

## Sjukfrånvaron bland undersköterskor är hög

Sjukfrånvaron inom äldreomsorgen är hög jämfört med andra branscher, enligt en rapport från Arbetsmiljöverket 2018 [60]. Trenden under lång tid har varit att arbetssjukdomarna ökar medan arbetsolyckorna går ner något, men nivåerna är fortsatt höga jämfört med andra branscher. Arbetssjukdomar i form av stressreaktioner samt muskel- och ledbesvär härleds till tunga lyft, stor arbetsmängd, hög arbetsbelastning och problem med intressekonflikter.

Högst är sjukfrånvaron bland undersköterskor. I denna personalgrupp var sjukfrånvaron 5,9 procent i november 2016 jämfört med 3,9 procent i genomsnitt för personalgrupper i kommunala verksamheter (avser sjukfrånvaro minst 30 dagar i följd). Sjukfrånvaron bland undersköterskor i kommunerna motsvarade 6 200 årsarbetare [61, 62].

Även Försäkringskassans statistik visar att sjukfrånvaron är högre för personal inom vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning än i andra branscher och sektorer, i synnerhet hög bland kvinnor (180 startade sjukfall per 1 000 anställda 2017, jämfört med 141 inom slutna sjukvård, och 73 inom restaurang-, catering- och barverksamhet).<sup>17</sup>

Relationen till omsorgstagaren och möjligheten att ge tillräckligt bra omsorg är en arbetsmiljöfråga, och känslan av otillräcklighet är förknippad med låg arbetstillfredsställelse och ohälsa, visar en rapport från Stockholms universitet [63].

## Utrikesfödda har betydelse för bemanning i äldreomsorgen

Cirka 150 000 personer arbetade med vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre 2017. Av dem var 28 procent födda i ett annat land än Sverige, tabell 12. I Stockholms län var 55 procent i personalgruppen utrikesfödd. Andra län där andelen utrikesfödd personal har ökat under perioden 2008—2017 är Södermanland (från 14 till 29 procent) och Norrbotten (från 12 till 23 procent).

Att andelen utrikesfödda i äldreomsorgspersonalen har ökat i Sverige framgår även av en nordisk forskningsstudie som visar att andelen ökat från 14 till 27 procent mellan 2005 och 2015 [63].

<sup>14</sup> SCB, *Arbetsmarknadsstatistik avseende 2016*. Uppdaterad 2018-11-06.

<sup>15</sup> SCB, *Arbetskraftsbarometern*, 2017.

<sup>16</sup> SCB, *Arbetskraftsbarometern* 2018.

<sup>17</sup> Försäkringskassans statistik avseende 2017.

**Tabell 12. Personer som arbetar med vård och omsorg i särskilt boende**

Totalt antal samt antal och andel (%) utrikesfödda som arbetar med vård och omsorg i särskilt boende, 2008–2017.

| År   | Totalt antal | Varav utrikesfödda |           |
|------|--------------|--------------------|-----------|
|      |              | Antal              | Andel (%) |
| 2008 | 143 200      | 24 700             | 17        |
| 2009 | 138 300      | 24 000             | 17        |
| 2010 | 142 000      | 26 000             | 18        |
| 2011 | 147 600      | 28 500             | 19        |
| 2012 | 147 500      | 29 600             | 20        |
| 2013 | 147 000      | 30 700             | 21        |
| 2014 | 147 800      | 33 100             | 22        |
| 2015 | 149 000      | 35 200             | 24        |
| 2016 | 149 500      | 37 700             | 25        |
| 2017 | 148 900      | 41 000             | 28        |

Källa: SCB, registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS, näringsgren 87301.

Viss ökning av andelen män som arbetar i äldreomsorgen. Äldreomsorgen är en starkt kvinnodominerad sektor, där 9 av 10 medarbetare är kvinnor. Andelen män som arbetar i vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre har dock ökat från 8 till 11 procent mellan 2008 och 2017, tabell 13. Av den utrikesfödda personalen i särskilda boenden för äldre var 13 procent män 2008 och 16 procent män 2017.

**Tabell 13. Personal som arbetar med vård och omsorg i särskilt boende**

Antal och andel (%) personer uppdelat på kön, 2008–2017.

|         | 2008<br>n (%)   | 2009<br>n (%)   | 2010<br>n (%)   | 2011<br>n (%)   | 2012<br>n (%)   | 2013<br>n (%)   | 2014<br>n (%)   | 2015<br>n (%)   | 2016<br>n (%)   | 2017<br>n (%)   |
|---------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Män     | 11 000<br>(8)   | 10 600<br>(8)   | 11 100<br>(8)   | 11 900<br>(8)   | 12 200<br>(8)   | 12 600<br>(9)   | 13 300<br>(9)   | 14 000<br>(9)   | 15 000<br>(10)  | 16 200<br>(11)  |
| Kvinnor | 132 200<br>(92) | 127 700<br>(92) | 130 900<br>(92) | 135 600<br>(92) | 135 300<br>(92) | 134 402<br>(91) | 134 577<br>(91) | 134 944<br>(91) | 134 529<br>(90) | 132 700<br>(89) |
| Totalt  | 143 200         | 138 300         | 142 000         | 147 600         | 147 500         | 147 100         | 147 800         | 149 000         | 149 500         | 148 900         |

Fotnot: Näringsgrenen 87301 omfattar enligt SCB heldygnsinsatser i särskilda boendeformer med service och omvårdnad för människor som är 65 år och äldre som behöver särskilt stöd i till exempel ålderdomshem, servicehus, gruppboende eller sjukhem. Det saknas motsvarande statistik för hemtjänst.

Källa: SCB.

## Nationell statistik över legitimerad personal i äldreomsorgen

Äldreomsorgen är en omfattande verksamhet som kräver mycket personal. Tabell 14 redovisar antalet anställda legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister inom äldreomsorgen 2016. Antalet sjuksköterskor och arbetsterapeuter är något lägre än 2015, medan antalet fysioterapeuter och dietister är något högre.

**Tabell 14. Legitimerad personal som arbetar i äldreomsorgen**

Antal legitimerad personal i äldreomsorgen fördelat på kön och verksamhetsområde år 2014–2016, samt andel (%) legitimerad personal i äldreomsorgen fördelat på kön, verksamhetsområde och regiform 2016.

| Yrkeskategori   | Antal  |        |        | Andel 2016 |     |                 |                 |               |              |
|-----------------|--------|--------|--------|------------|-----|-----------------|-----------------|---------------|--------------|
|                 | 2016   | 2015   | 2014   | Kvinnor    | Män | Ordinärt boende | Särskilt boende | Kommunal regi | Enskild regi |
| Sjuksköterskor  | 14 100 | 14 330 | 14 300 | 92         | 8   | 40              | 60              | 83            | 17           |
| Arbeterapeuter  | 2 700  | 2 750  | 2 800  | 94         | 6   | 42              | 58              | 89            | 11           |
| Fysioterapeuter | 1 900  | 1 850  | 1 900  | 83         | 17  | 41              | 59              | 85            | 15           |
| Dietister*      | 42     | 33     | 40     |            |     |                 |                 |               |              |

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

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

\* För dietisterna redovisas inga andelar på grund av låga tal.

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

År 2016 fanns knappt 27 specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare som var 65 år och äldre, tabell 15. Det är en minskning per capita från 31 specialistläkare 2005. En stor bidragande orsak är att antalet personer 65 år och äldre har ökat kraftigt (från 1 578 200 personer 2005 till 1 990 719 personer 2016).

**Tabell 15. Antal specialistläkare i geriatrik sysselsatta inom hälso- och sjukvård per 100 000 invånare för personer 65 och äldre, 2005–2016**

| Befolkning<br>Åldersgrupp | Antal specialistläkare i geriatrik per 100 000 invånare |      |      |       |      |       |       |       |       |       |       |       |
|---------------------------|---------------------------------------------------------|------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                           | 2005                                                    | 2006 | 2007 | 2008  | 2009 | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  |
| 65–79 år                  | 44,6                                                    | 44,0 | 44,3 | 44,1  | 39,8 | 40,8  | 39,7  | 38,5  | 36,8  | 36,0  | 36,6  | 36,0  |
| 80+ år                    | 97,4                                                    | 96,5 | 99,3 | 101,4 | 94,9 | 100,3 | 100,9 | 101,0 | 100,0 | 100,3 | 103,8 | 102,8 |
| 65+ år                    | 30,6                                                    | 30,2 | 30,6 | 30,7  | 28,1 | 29,0  | 28,5  | 27,9  | 26,9  | 26,5  | 27,0  | 26,6  |

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

## Satsning på bemanning inom äldreomsorgen

Socialstyrelsen har för tredje året i rad följt upp regeringens satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen [64]. Uppföljning omfattar tidigare år 2015 och 2016 2017 års stimulansmedel.

Samtliga kommuner rekviderade stimulansmedel 2017 för sin och enskilda utförares verksamhet. Under 2017 användes 99 procent av de tillgängliga medlen. Satsningen påbörjades sommaren 2015 och har sedan dess finansierat cirka 5 000 årsarbetare inom olika yrkeskategorier hos såväl kommunala som enskilda utförare av äldreomsorg. Under 2017 finansierade satsningen något färre årsarbetare jämfört med tidigare år.

Enligt kommunernas redovisningar har stimulansmedlen använts i olika verksamheter inom äldreomsorgen på ett sätt som främjar god vård och omsorg om äldre personer. Några återkommande teman i redovisningarna är att kommunerna har förbättrat

- teamen för trygg och säker hemgång efter sjukhusvistelse
- aktiviteterna för en meningsfull tillvaro för äldre personer som har omsorgsinsatser, såväl enskilt som i grupp

- rehabiliteringen
- kontinuiteten i bemanningen
- nattbemanningen
- måltidssituationen
- möjligheterna för äldre personer att komma utomhus
- organisationen kring trygghetslarm.

När det gäller måluppfyllelsen tyder uppföljningsresultaten så här långt på att stimulansmedlen har bidragit till *ökad trygghet och kvalitet för enskilda* samt *utrymme för personalen att tillbringa mer tid med enskilda* i många av de verksamheter som har tagit del av medlen.

Möjligheten för personalen att gemensamt utveckla verksamheten har visat sig vara större i verksamheter som har använt medlen i specifika verksamheter och förbättringsarbeten, än när medlen har använts till enbart höjd eller bibehållen grundbemanning jämnt fördelad mellan äldreomsorgsverksamheterna i kommunen.

Kommunerna redovisar i stor utsträckning att de är positiva till satsningen. Det uttrycks dock en viss oro för att bemanningen kommer att minska när stimulansmedlen upphör. De som har använt stimulansmedlen i specifika verksamheter och till utveckling av arbetssätt och metoder uttrycker sig mer positivt om satsningens möjligheter till långsiktiga effekter än de som enbart har använt medlen till stärkt eller bibehållen grundbemanning jämnt fördelad mellan äldreomsorgsverksamheterna i kommunen.

## Kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården

### Kompetensförsörjning är en utmaning för hälso- och sjukvården

Vårdens verksamheter har problem att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt. Förutsättningarna skiljer sig dessutom åt mellan olika delar av landet och för olika verksamheter [65].

Kompetensförsörjningsbehoven framåt påverkas av ett flertal faktorer. Under kommande år förväntas vårdbehoven öka till följd av en åldrande befolkning och fler personer med kroniska sjukdomar, samtidigt som stora pensionsavgångar väntas bland hälso- och sjukvårdens personal [58, 59].

### Insatser för att nyttja resurser effektivare

Vårdens resurser behöver nyttjas mer ändamålsenligt och effektivt. Överenskommelsen om bättre resursanvändning i hälso- och sjukvården, den så kallade professionsmiljarden<sup>18</sup> har som syfte att främja landstingens/regionens möjligheter att ge vårdprofessionen bättre förutsättningar att utföra sitt arbete genom effektivare arbetsfördelning, en ändamålsenlig planering för framtida kompetensförsörjning och bättre administrativa stöd och it-system [66].

<sup>18</sup> Överenskommelsen mellan regeringen och SKL gäller 2016–2018.



Överenskommelsen kompletterades 2018 med överenskommelsen om goda förutsättningar för vårdens medarbetare, de så kallade personalmiljarderna.<sup>19</sup> Personalmiljarderna har ett tydligt fokus på arbetet för en god arbetsmiljö och arbetssätt samt arbetets organisering och planering – ett arbete som är relevant även inom äldreområdet.

Professionsmiljarden 2017 visar att de utvecklingsområden som ingår i överenskommelsen ligger väl i linje med de arbeten som prioriteras i landstingen/regionen, enligt Socialstyrelsens uppföljning. Många landsting/regioner presenterar sitt utvecklingsarbete för en bättre resursanvändning som en del i en pågående omställning mot framtidens hälso- och sjukvård. Hur omställningsarbetet är utformat varierar visserligen mellan landstingen/regionerna men det finns också stora likheter [67]. Flera landsting/regioner bedriver utvecklingsarbete för att utforma och etablera nya arbetssätt som tar tillvara medarbetarnas kompetens på ett effektivt sätt. Även förändrade arbetssätt och introduktion av nya yrkeskategorier är en del av den kompetensmixplanering<sup>20</sup> som många landsting/regioner redovisar, och ny teknik kan leda till nya arbetssätt eller till uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper.

De flesta landsting/regioner utvecklar strategier för sin långsiktiga kompetensförsörjning. Landstingen/regionerna redovisar bland annat hur de arbetar med rekrytering, introduktionsprogram, karriärvägar och kompetensutveckling.

I flera landsting/regioner präglas utvecklingsarbetet inom it och e-hälsa av upphandling och införande av framtidens vårdinformationsstöd. Digital kompetens är ett annat centralt utvecklingsområde med betoning på vikten av att lyckas kombinera digital kompetens med verksamhetskompetens när man utvecklar nya arbetssätt.

Detaljstyrning och handlingsutrymme för personalen

Ett minskat handlingsutrymme för personalen är en av de mest påtagliga förändringarna i äldreomsorgen ur personalens perspektiv, särskilt när det gäller hemtjänsten. Det framgår av en nordisk studie av utvecklingen av äldreomsorgen mellan 2005 och 2015. År 2005 svarade 39 procent av hemtjänstpersonalen att de oftast kan påverka hur det dagliga arbetet ska läggas upp; 2015 var motsvarande andel 16 procent. Jämfört med hemtjänsten har personalen i äldreboenden betydligt större handlingsutrymme i vardagen men även här har det skett en minskning mellan 2005 och 2015 från 47 till 41 procent [63].

### *Iakttagelser från tillsynen handlar främst om kompetensförsörjning*

Flera av IVO:s iakttagelser gällande verksamhetsåret 2017 liknar iakttagelserna från tidigare år. Den absoluta majoriteten av 2017 års iakttagelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården handlar om kompetensförsörjningen. IVO ser flera positiva tendenser, där vård- och omsorgsgivarna gör olika satsningar för att rekrytera och behålla kompetent personal, och inom äldreomsorgen är IVO:s viktigaste iakttagelser 2017 att

<sup>19</sup> Överenskommelsen mellan regeringen och SKL gäller 2018.

<sup>20</sup> Benämns ibland även kompetensväxling eller RAK (rätt använd kompetens) – ett uttryck som har etablerats av fackförbundet Vision som bland annat organiserar medicinska sekreterare.

- brister i yrkesmässig och språklig kompetens kan påverka omsorgens kvalitet
- det är en utmaning att samordna vårdinsatserna för multisjuka äldre
- det behövs mer kunskap om välfärdsteknik.

Sammanfattningsvis handlade huvuddelen av anmälningar och klagomål till IVO 2017 om brister i omsorg och omvårdnad samt brister i vård och behandling [57] (läs mer i avsnittet *Klagomål och anmälningar inom vården och omsorgen om äldre*).

## Informell omsorg/närståendes omsorg

I Sverige har äldre människor rätt att få hjälp och stöd oberoende av familjesituation.<sup>21</sup> Närståendes omsorgsinsatser är dock en viktig samhällsbärande funktion för att få enskilda individers vardag att fungera, konstaterar IVO som en iakttagelse utifrån deras tillsyn av äldreomsorgen 2017 [57].

Nästan var femte svensk vårdar, hjälper eller stödjer regelbundet en närstående som är långvarigt fysiskt eller psykiskt sjuk, som är äldre eller som har en funktionsnedsättning enligt Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) i rapporten *Snabba fakta om Sveriges 1,3 miljoner anhöriga* [68]. Det kan handla om personlig omsorg eller tillsyn, om känslomässigt stöd eller om hjälp med medicinering. Det kan också handla om hjälp i kontakten med myndigheter och vårdpersonal och samordning av de kontakterna. Sedan 1980 har andelen äldre (80 år och äldre) i befolkningen som får antingen hemtjänst eller äldreboende minskat från 62 till 37 procent men anhörigomsorgen i Sverige är omfattande [69].

Att ge omsorg till en närstående är vanligast i åldersgruppen 45–64 år, och oftast är det en förälder som stöttas. Men ser man till tidsåtgången är det närstående i åldersgruppen 65–80 år som har det största åtagandet [68]. För denna grupp är det i hög utsträckning fråga om att ge omsorg till en make, maka eller partner. Det kan handla om personlig omsorg eller tillsyn, om känslomässigt stöd eller om hjälp med hygien och medicinering. Det kan också handla om mer praktiska sysslor som inköp, transporter, skötsel av hus och hem, hjälp i kontakten med myndigheter och vårdpersonal eller hjälp med att sköta ekonomi, post, räkningar och liknande. Det är något vanligare att kvinnor ger omsorg än att män gör det – 20 respektive 16 procent. Kvinnor ger också oftare omfattande omsorg [68].

## Närståendepenning bland kvinnor och män

Många människor hamnar någon gång i sitt liv i en situation där de behöver ge omsorg åt en närstående, och om de behöver avstå från arbete för att göra det kan de ha rätt till ekonomisk kompensation i form av närståendepenning [70]. Närståendepenning infördes i slutet av 1980-talet, och sedan dess har antalet personer som får ersättningen ökat varje år. År 1996 fick 6 500 perso-

<sup>21</sup> Rätten är dock inte ovillkorlig. Ifråga och makar och sambor förväntas att dessa kan ge varandra viss praktisk hjälp med till exempel serviceinsatser (prop. 1996/97:124 s. 168 och prop. 2008/09:82 s.12).

ner närståendepenning; 2017 hade antalet ökat till 17 200 personer. Ersättningen nyttjas dock mycket olika mellan män och kvinnor; ungefär 70 procent av mottagarna är kvinnor och 30 procent är män.

Närståendepenning betalas ut till en person som avstår från förvärvsarbete för att vårda en nära anhörig som är svårt sjuk. Antalet ersättningsdagar är högst 100 dagar för varje person som vårdas. I vissa fall kan ersättning ges i upp till 240 dagar. Närståendepenning kan betalas ut som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning.

Ersättningsnivån för närståendepenning är knappt 80 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Inkomsttaket vid beräkning av den försäkrades SGI är sedan den 1 januari 2007 satt till 7,5 gånger prisbasbeloppet, men har höjts till 8 prisbasbelopp från och med 1 juli 2018.

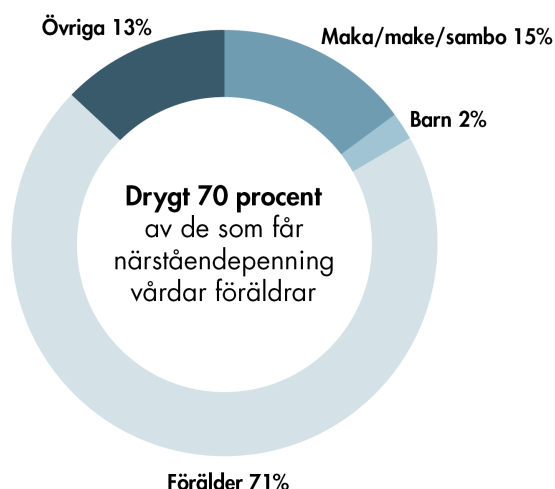
Källa: Försäkringskassan. Rapport 2018-07-29. *Utgiftsprognos för budgetåren 2018–2021*, sid. 42.

Ungefär lika många kvinnor som män som vårdas av en person som får närståendepenning. Av de som vårdas är 76 procent 65 år och äldre och 51 procent är 75 år eller äldre 2017, jämfört med 37 procent 1996. Det finns sannolikt flera förklaringar till denna ökning. Exempelvis har antalet personer i de äldre åldersgrupperna ökat i Sverige, vilket är de grupper där åldersrelaterad multisjuklighet framför allt återfinns. Dessutom kan omsorgsbehovet i de äldre åldersgrupperna ökat och fler kan känna till förmånen.

Drygt 70 procent av de personer som får närståendepenning vårdar föräldrar över 65 år, figur 16. Det är också relativt vanligt att man vårdar en make, maka eller sambo; det gäller för 15 procent av de som får närståendepenning. Att färre nyttjar närståendepenning för att vårda make, maka eller sambo än för att vårda en förälder kan förklaras av att många personer som vårdar en svårt sjuk make, make eller sambo själva är över 65 år när vårdbehovet uppstår. Dessa personer har som regel inte någon förlorad arbetsinkomst och kan därför inte få närståendepenning. Den typiska mottagaren av närståendepenning är en kvinna som fyllt 45 år och som vårdar en svårt sjuk förälder.

**Figur 16. Relation mellan den som vårdas och den som får närståendepening, 2017**

Andel (%) personer som vårdas och närstående som får närståendepening, 2017.



Källa: Försäkringskassan. Statistik om närståendepening 2017.

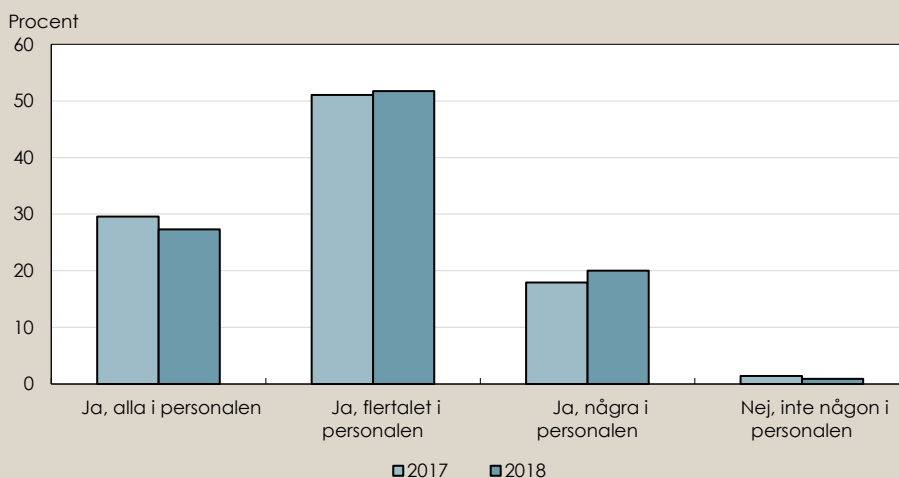
## Närståendes perspektiv

Undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* syftar till att ta reda på vad enskilda personer tycker om sin äldreomsorg. I första hand ska den enskilda personen svara för sina egna åsikter om äldreomsorgens insatser, men i de fall det av olika skäl inte är möjligt ber Socialstyrelsen att en närstående hjälper till. Eftersom närstående ofta är en del av enskildas vardag kan det dessutom vara värdefullt att öka medvetenheten om hur närstående uppfattar äldreomsorgen. I 2018 års undersökning fick närstående som besvarade enkäten åt någon närstående även möjlighet att besvara frågor om sina egna upplevelser via webbenkäten.

År 2018 lämnades nästan 8 procent av svaren i webbenkäten från boende i särskilt boende; 2017 var siffran 5 procent [18]. Av de 8 procenten kom cirka 54 procent från en närstående, vilket representerar drygt 1 700 svar. Figur 17 visar den fråga som uppvisar störst förändring mellan åren: upplevelsen av personalens kompetens. Förändringen är dock liten, och generellt har de närstående som deltagit i undersökningen varit nöjda med den vård och omsorg som ges till deras anhörig; 79 procent svarar att de är nöjda med kompetensen hos alla eller de flesta i personalen 2018.

**Figur 17. Närståendes upplevelse av personalens kompetens**

Andel (%) närstående som upplever att personalen på särskilt boende har kunskap och kompetens för att tillgodose närståendes vård- och omsorgsbehov, 2017-2018.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2017-2018, Socialstyrelsen.

## Sammanfattande iakttagelser

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2017 till 122 miljarder kronor, vilket är i nivå med kostnaderna 2016 (2017 års priser).

Kostnaderna för äldreomsorgen utgör drygt hälften, 52 procent, av kommunernas totala kostnader för socialtjänst. Kostnaderna för särskilt boende utgjorde 57 procent av kostnaderna medan kostnaderna för enskilda i ordinärt boende utgjorde 42 procent.

Vård- och omsorgsverksamheter har påtagliga problem att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt. Brister i bemanning och kompetens, hög personalomsättning och bristande personalkontinuitet kan medföra försämrad tillgänglighet, stängda vårdplatser och kan påverka patientsäkerheten. Regeringens satsning på en ökad bemanning inom äldreomsorgen har dock bidragit dels till att personal har mer tid för de äldre och att tryggheten för de äldre ökat, dels till bättre kvalitet i verksamheterna.

Utrikesfödda har stor betydelse för bemanning i äldreomsorgen. Cirka 150 000 personer arbetade med vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre 2017, varav 28 procent var födda i ett annat land än Sverige. I exempelvis Stockholms län var 55 procent i personalgruppen utrikesfödd.

De flesta landsting/regioner utvecklar strategier för sin långsiktiga kompetensförsörjning. Landstingen/regionerna redovisar bland annat att de arbetar med rekrytering, introduktionsprogram, karriärvägar och kompetensutveckling. Digital kompetens är ett annat centralt utvecklingsområde med betoning på vikten av att kombinera digital kompetens med verksamhetskompetens när man utvecklar nya arbetssätt.

Nästan var femte person vårdar, hjälper eller stödjer regelbundet en närstående som är långvarigt fysiskt eller psykiskt sjuk, som är äldre eller som har en funktionsnedsättning. Att närstående vårdar någon, oftast en förälder, är vanligast i åldersgruppen 45–64 år, men sett till tidsåtgång har närstående

mellan 65 och 80 år det största åtagandet. Ungefär 70 procent av de som varje år får närståendepenning är kvinnor och 30 procent är män. Av de som vårdas är 76 procent 65 år och äldre.

# 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 kunskapsstödjande arbete med fokus på bland annat förebyggande insatser.

## Fler äldre drabbas av kroniska sjukdomar

Nästan halva Sveriges befolkning har en kronisk sjukdom och en fjärdedel av befolkningen har två eller fler kroniska sjukdomar [71]. Med en allt äldre befolkning kommer fler att drabbas av kroniska sjukdomar och fler kommer dessutom att leva allt längre med sjukdomen eller sjukdomarna.

Kunskapsbaserad vård var i fokus i den uppföljning av regeringens satsning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) gjorde 2018 [71]. Regeringen satsade 425 miljoner kronor 2014–2017 för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, och tre områden lyftes som särskilt angelägna:

- kunskapsbaserad vård
- patientcentrerad vård
- förebyggande arbete

Kommunerna har inte fått medel från regeringens satsning på samma sätt som till exempel landstingen och regionerna, trots att de står för en väsentlig del av vården för och omsorgen om personer med kroniska sjukdomar. Insatsernas fokus har i stället legat på att stödja primärvården i deras arbete med kunskapsbaserad vård.

Många centrala insatser i satsningen bygger på en traditionell indelning utifrån diagnoser, och en framtida utmaning ligger i att generera bättre kunskap som förbättrar vården för personer med samsjuklighet. Likaså är det en utmaning att göra patientcentrering till en integrerad del av kunskapsstyrningen.

Majoriteten av insatserna har skett i samverkan, men denna samverkan har inte skett mellan samtliga aktörer inom området. Satsningen har inte heller styrt mot att öka samverkan mellan landsting/region och kommuner.

Vårdanalys konstaterar att det behövs ett fortsatt och utvecklat verksamhetsnära stöd för att de insatser som har utvecklats inom ramen för satsningen ska få en långsiktig effekt och förändra hur vården genomförs. Det är centralt att fortsatt utveckla förutsättningarna för kommuner att bedriva en personcentrerad och kunskapsbaserad vård, till exempel genom fortbildning för personal eller förbättrade möjligheter till systematisk uppföljning. Det handlar också om att utveckla samverkan mellan kommuner och landsting/regioner.

## Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Under perioden 2014–2017 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Uppdraget har fokuserat på patientcentrerad och kunskapsbaserad vård, förebyggande arbete och tidig uppmärksamhet [72].

I februari 2018 lämnades en lägesrapport med fokus på betydelsen av förebyggande hälso- och sjukvård. Utmaningar som nämns i rapporten är behovet av att prioritera det preventiva arbetet, fortsätta olika satsningar på hälso-samma levnadsvanor och arbeta mer befolkningsinriktat. Detta är i linje med uttalanden från Världshälsoorganisationen och EU om betydelsen av ett förebyggande arbete i en hållbar hälso- och sjukvård [73].

För att stödja hälso- och sjukvårdens arbete med ett bättre bemötande har Socialstyrelsen tagit fram ett stödmaterial som kan användas av verksamheterna. Materialet består av filmade dramatiseringar där man kan reflektera kring bemötande i den egna verksamheten, intervjufilmer för motivation och vägledning samt en presentation med diskussionsfrågor. En handledning till materialet har också tagits fram.<sup>22</sup>

## Risikförebyggande åtgärder inom områdena undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall

Undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall har betydelse för den äldre livskvalitet och välmående. Alla dessa riskområden påverkar varandra och har betydelse för att någon eller några risker ska uppstå.

Det finns ingen täckande nationell statistik över hur många personer inom hälso- och sjukvård eller äldreomsorg som har diagnostiserats för undernäring eller risk för undernäring. Det nationella kvalitetsregistret Senior alert underlättar dock för vård- och omsorgspersonal att systematiskt och strukturerat identifiera riskerna för trycksår, fall, nedsatt munhälsa och undernäring på individnivå, vidta åtgärder och följa upp insatser. Användning av kvalitetsregistret ger också verksamheterna möjlighet att följa utvecklingen av det hälsoförebyggande arbetet för dessa grupper på enhetsnivå [74]. Antal deltagande kommuner som använder Senior alert är fortsatt lågt men en positiv utveckling har skett inom hemsjukvården 2018. Totalt 107 kommuner använder kvalitetsregistret inom ordinärt boende, jämfört med 259 kommuner inom särskilt boende. Dock varierar täckningsgraden mellan enhetstyper. Socialstyrelsen har gjort en samkörning mellan Socialstyrelsens register och Senior alert<sup>23</sup> som visar en sammanlagd täckningsgrad om 34 procent i samtliga boendeformer där särskilt boende har en täckningsgrad på 78 procent och ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård med två eller fler registreringar har en täckningsgrad på 15 procent [75].

<sup>22</sup> Materialet finns tillgängligt på Kunskapsguiden.se under *Tema Bemötande i hälso- och sjukvården*.

<sup>23</sup> Beräkningarna bygger på registrerade riskbedömningar av undernäring, trycksår och fall bland personer 65 år och äldre 2013–2016 i 289 kommuner.



I riket gjordes totalt 115 256 riskbedömningar 2018 inom undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall av personer 65 år och äldre inom äldreomsorgen. Av dessa gjordes 101 187 i särskilt boende och 14 069 i ordinärt boende. Totalt 47 procent av de som identifierats med risk i ordinärt boende hade fått sina planerade åtgärder uppföljda inom samtliga identifierade riskområden. För särskilt boende var motsvarande siffra 61 procent, tabell 16.

**Tabell 16. Riskförebyggande arbete 2018 inom vård och omsorg i ordinärt respektive särskilt boende, andel (%) och kön, riket**

|                                  | Totalt (%) | Kvinnor (%) | Män (%) |
|----------------------------------|------------|-------------|---------|
| <i>Riskförebyggande åtgärder</i> |            |             |         |
| ordinärt boende                  | 47         | 48          | 46      |
| särskilt boende                  | 61         | 61          | 61      |

Källa: Senior alert, 2018.

Mellan kommuner varierar resultatet från 0 till 89 procent för ordinärt boende och mellan 1 och 98 procent för särskilt boende vad gäller andelen uppföljda åtgärder inom samtliga identifierade riskområden.

## Att förebygga och behandla undernäring

I Sverige förekommer undernäring framför allt bland äldre personer, trots att många äldre har bra matvanor [76]. Med ökande ålder ökar risken för sjuklighet och funktionsnedsättning, vilket i sin tur ökar risken för undernäring.

Resultatet från Senior alert 2018 visar att det genomfördes totalt 74 807 riskbedömningar för undernäring eller risk för undernäring av personer 65 år och äldre inom äldreomsorgen, varav 67 134 i särskilt boende och 7 673 i ordinärt boende, tabell 17. Tabellen visar att det är färre män än kvinnor som identifieras och riskbedöms, men andelen som får insatta åtgärder och åtgärder som följs upp och utvärderas är jämt fördelad mellan kvinnor och män oberoende av boendeform.

**Tabell 17. Riskbedömning i olika boendeformer**

Antal och andel (%) genomförda riskbedömningar för risk för undernäring eller undernäring, samt eventuell åtgärd i särskilt boende respektive i ordinärt boende, 2018.

| Boendeform             | Antal genomförda riskbedömningar | Andel (%) riskidentifierade med någon planerad åtgärd | Andel (%) som fick sina planerade åtgärder uppföljda och utvärderade |
|------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <i>Särskilt boende</i> |                                  |                                                       |                                                                      |
| Kvinnor                | 45 230                           | 92                                                    | 64                                                                   |
| Män                    | 21 900                           | 92                                                    | 64                                                                   |
| Totalt                 | 67 130                           |                                                       |                                                                      |
| <i>Ordinärt boende</i> |                                  |                                                       |                                                                      |
| Kvinnor                | 5 090                            | 87                                                    | 50                                                                   |
| Män                    | 2 580                            | 89                                                    | 48                                                                   |
| Totalt                 | 7 670                            |                                                       |                                                                      |

Källa: Senior alert, 2018.

## Myndigheters arbete mot undernäring

För att beskriva hur undernäring kan förebyggas och behandlas med ett gott nutritionsomhändertagande tog Socialstyrelsen 2018 fram en remissversion av kunskapsstödet *Att förebygga och behandla undernäring – Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst – Remissversion* [77]. Kunskapsstödet tar upp vilka krav som finns på vårdens och omsorgens verksamheter för att säkra kvaliteten i omhändertagandet av personer som riskerar att utveckla undernäring eller redan är undernärda.

Samma år publicerade Livsmedelsverket övergripande rekommendationer och stöd för hur offentliga verksamheter bör arbeta för att skapa måltider som bidrar till välbefinnande, hälsa och värdighet, i materialet *Bra måltider i äldreomsorgen* [78].

## Nutritionen har stor betydelse för hälsan

### Krav på rutiner om undernäring

De särskilda krav som ställs på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10). Där framgår att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter ska upprätta rutiner för att förebygga 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 bland annat genom indikatorer som beskriver äldre personers vård- och omsorgsprocesser inom såväl kommuner som landsting och region.

Socialstyrelsens 2018 års enhetsundersökning visar att 63 procent av enheterna inom hemtjänsten har en rutin för personalens agerande vid misstanke om fel- eller undernäring hos någon person, tabell 18 [14]. Det är en minskning med 7 procentenheter jämfört med 2017 års undersökning. Av de som bor i särskilt boende har 82 procent en aktuell genomförandeplan som beskriver personens önskemål och behov i samband med måltid, vilket

är en ökning med 3 procentenheter jämfört med 2017 års undersökning, tabell 19.

#### Tabell 18. Rutiner för personal inom hemtjänst

Andel (%) hemtjänstverksamheter som har rutiner för hur personalen ska agera vid undernäring, 2016–2018.

| Indikator                                                                                  | 2016 | 2017 | 2018 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| Aktuell rutin som beskriver hur personal ska agera vid misstanke om fel- eller undernäring | 70 % | 70 % | 63 % |

Källa: Enhetsundersökningen. Socialstyrelsen.

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 74 respektive 68 procent, tabell 19.

#### Tabell 19. Mat och måltidsmiljön i särskilt boende, riksnivå

Andel (%) personer 65 år och äldre i särskilt boende som var nöjda med maten och måltidsmiljön och med aktuella genomförandeplaner, 2016–2018.

| Indikatorer                                                            | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| Uppger att maten som serveras smakar mycket eller ganska bra           | 76 % | 75 % | 74 % |
| Upplever att måltiderna alltid eller ofta är en trevlig stund på dagen | 70 % | 69 % | 68 % |
| Rutin för genomförande av dygnets måltider                             | 41 % | 40 % | 42 % |
| Andel personer med genomförandeplan för måltid                         | 81 % | 79 % | 82 % |

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

### Konsekvenser av undernäring

Undernäring kan vara en vårdskada eller missförhållanden inom vården respektive omsorgen. Men en vårdskada eller ett missförhållande kan även uppstå som en konsekvens av undernäring. Exempel på sådana konsekvenser kan vara fallskador, trycksår eller dålig munhälsa.

Genom ett strukturerat omhändertagande enligt nutritionsvårdsprocessen kan undernäring förebyggas och behandlas [79, 80]. En riskbedömning kan till exempel göras med stöd av tre frågor som möjliggör tidig utredning och åtgärder.

- Ofrivillig vikt förlust (tecken på negativ energibalans)
- Ätsvårigheter, till exempel aptitlöshet eller tugg- och sväljproblem
- Undervikt, dvs body mass index (BMI) är mindre än 20 kg/m<sup>2</sup> (för patienter under 70 år) eller BMI är mindre än 22 kg/m<sup>2</sup> (för patienter över 70 år).

Många äldre behöver dessutom insatser från både vård och omsorg. Behovet av samverkan mellan professioner och vårdgivare är därför stort när det gäller att förebygga, utreda och behandla undernäring.

## Fallförebyggande insatser för äldre

Fallolyckor är den i särklass vanligaste olyckstypen. Mellan 2008 och 2017 dog totalt 9 534 personer till följd av en fallolycka [81], varav 1 062 personer 2017. Nio av tio var 65 år och äldre. Under samma år föll närmare 67 000

personer så illa att de behövde läggas in på sjukhus för vård [82]. Av dessa var drygt 47 000 över 65 år. Fler kvinnor än män råkar ut för fall, och för många leder fallskadan till bestående men och ett ökat vårdbehov i vardagen. Dessutom leder fallolyckor till stora kostnader för samhället.

## Informationsinsats till äldre om hur de kan skydda sig mot fallolyckor

Under 2018 har Socialstyrelsen i dialog med organisationer på äldreområdet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fortsatt arbetet med en informationsinsats riktad till äldre om hur de kan skydda sig mot fallolyckor.

### *Kampanjvecka i oktober*

I oktober (vecka 40) 2018 anordnade Socialstyrelsen en kampanjvecka för tredje året i rad. Kampanjen går under namnet *Balansera mera*. I kampanjen lyfter myndigheten vikten av att äta näringsriktig mat, träna balans och styrka samt ha koll på mediciner och eventuella bieffekter av dem. Veckan fick stor uppmärksamhet i media.

### *Anpassad kommunikation till utlandsfödda*

Under 2018 har Socialstyrelsen anpassat delar av materialet *Balansera mera – Tips och råd för att förhindra fall i vardagen* till utvalda språkgrupper (finska, arabiska, polska bosniska/kroatiska/serbiska och engelska) [83]. Som utgångspunkt för val av språk har myndigheten utgått från Statistiska centralbyråns statistik för att se i vilka språkgrupper det finns flest äldre. Under hösten kommunicerades materialet till dessa grupper dels genom riktad annonsering i sociala medier, dels genom kontakter med cirka 150 föreningar och nyckelpersoner.

### *Årskalender 2019*

Antalet fallolyckor är relativt jämt fördelat under året, och för att hålla frågan aktuell hela året har Socialstyrelsen producerat en årskalender för 2019 som i bild och text informerar vad äldre kan göra för att minska risken att falla. Pensionärsföreningarna har bidragit både till att ta fram kalendern och till att sprida den.

## Lägre andel fallförebyggande åtgärder i ordinärt boende

Färre män än kvinnor riskbedöms för fall, men andelen som får insatta åtgärder och åtgärder som följs upp och utvärderas är jämnt fördelad mellan kvinnor och män. Fördelningen med fler riskbedömda kvinnor är naturlig eftersom drygt 55 400 kvinnor och drygt 26 500 män bor i särskilt boende. Andelen uppföljda och utvärderade åtgärder i ordinärt boende är lägre för både kvinnor och män, tabell 20.

**Tabell 20. Antal riskbedömningar samt andel (%) planerade, uppföljda och utvärderade förebyggande åtgärder för att förebygga fall i ordinärt och särskilt boende, riket 2018**

Riskbedömningar 1 mars 2017–31 mars 2018. Planerade och uppföljda åtgärder den 1 mars 2017–30 september 2018.

|                                                             | Ordinärt boende |       | Särskilt boende |        |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-----------------|--------|
|                                                             | Kvinnor         | Män   | Kvinnor         | Män    |
| Antal riskbedömningar för fall*                             | 7 390           | 4 030 | 57 960          | 29 030 |
| Andel riskidentifierade med någon planerad åtgärd           | 88 %            | 89 %  | 93 %            | 92 %   |
| Andel som fick planerade åtgärder uppföljda och utvärderade | 51 %            | 49 %  | 64 %            | 64 %   |

\*Samma person kan vara riskbedömd flera gånger under perioden.  
Källa: Senior alert 2018.

För identifierade och riskbedömda personer inom särskilt och ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård är larm den vanligaste utförda fallförebyggande åtgärden, följt av assistans vid förflyttning, stadiga skor och läkemedelsgenomgång, tabell 21.

**Tabell 21. De tio vanligaste fallförebyggande åtgärderna för identifierade och riskbedömda personer 65 år och äldre med risk för fall inom särskilt och ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård, 2018\***

| Åtgärd                                            | Andel av samtliga utförda fallförebyggande åtgärder |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Larm                                              | 13 %                                                |
| Assistans vid förflyttning                        | 9 %                                                 |
| Stadiga skor och/eller antihalksockor             | 9 %                                                 |
| Assistans vid personlig vård                      | 9 %                                                 |
| Läkemedelsgenomgång                               | 9 %                                                 |
| Stöd vid personlig vård                           | 8 %                                                 |
| Gångträning                                       | 7 %                                                 |
| Hjälpmiddelsförskrivning                          | 6 %                                                 |
| Anpassning av möblering och inventarier           | 6 %                                                 |
| Information/undervisning om hälsa/ohälsa vid fall | 3 %                                                 |

\* 1 mars 2017–30 september 2018.  
Källa: Senior alert 2018.

## Kunskapsstöd och utbildning till vård och omsorg

Socialstyrelsen har tagit fram en webbaserad utbildning om att förebygga fallolyckor – *Ett fall för teamet*.<sup>24</sup> Utbildningen syftar till ökad kunskap om fallprevention och den uppmuntrar till ett teambaserat, systematiskt arbete för att förebygga fallhändelser och olyckor. Utbildningen riktar sig till medarbetare, chefer och kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sedan utbildningen publicerades i december 2017 har den används av verksamheter över hela landet och av flera olika yrkesgrupper. En stor grupp är omsorgspersonal.

<sup>24</sup> *Ett fall för teamet*, <https://utbildning.socialstyrelsen.se/enrol/index.php?id=511>, hämtat 2018-12-29.

## Förebygga trycksår – en vinst för alla

Ett trycksår är en lokal skada i hud eller underliggande vävnad som ett resultat av tryck eller tryck i kombination med skjuv. Kroppsdelar där ben ligger nära hud, till exempel hälar och korsben, är speciellt utsatta. Konsekvenserna av trycksår är många, bland annat smärta, ängslan och bundenhet för individen, och för sjukvården innebär trycksåret ökad vårdtyngd och ökade kostnader.

Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador, men alla trycksår är inte vårdskador. Exempelvis kan vissa trycksår som uppkommer i livets slutskede vara oundvikliga trots optimala förebyggande åtgärder [84]. I datakällan markörbaserad journalgranskning bedömdes att trycksår går att undvika till 91 procent [85].

### Lägre andel trycksårsförebyggande åtgärder i ordinärt boende

Resultatet från Senior alert 2018 visar att det är färre män än kvinnor som riskbedöms för trycksår. Däremot är andelen som får insatta åtgärder respektive åtgärder som följs upp och utvärderas jämnt fördelad mellan kvinnor och män. Fördelningen med fler riskbedömda kvinnor är naturlig eftersom drygt 55 400 kvinnor och drygt 26 500 män bor i särskilt boende. Andelen uppföljda och utvärderade åtgärder är lägre i ordinärt boende för både kvinnor och män, tabell 22.

**Tabell 22. Antal riskbedömningar samt planerade, utförda och utvärderade förebyggande åtgärder för trycksår i särskilt boende respektive ordinärt boende, 2018**

Antal och andel (%) riskbedömningar 1 mars 2017–31 mars 2018. Planerade och uppföljda åtgärder 1 mars 2017–30 september 2018.

| Boendeform             | Antal gjorda riskbedömningar för trycksår* | Andel (%) riskidentifierade med någon planerad åtgärd | Andel (%) som fick sina planerade åtgärder uppföljda och utvärderade |
|------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <i>Särskilt boende</i> |                                            |                                                       |                                                                      |
| Kvinnor                | 24 215                                     | 92                                                    | 61                                                                   |
| Män                    | 11 030                                     | 91                                                    | 62                                                                   |
| <i>Ordinärt boende</i> |                                            |                                                       |                                                                      |
| Kvinnor                | 1 539                                      | 84                                                    | 45                                                                   |
| Män                    | 814                                        | 86                                                    | 43                                                                   |

\*Samma person kan vara riskbedömd flera gånger under perioden.

Källa: Senior alert 2018.

För identifierade och riskbedömda personer inom särskilt respektive ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård är den vanligaste utförda förebyggande åtgärden mellanmål följt av minskad nattfasta till högst 11 timmar samt näringsdryck. Det är anmärkningsvärt att åtgärden tryckavlastande hjälpmedel är den femte vanligaste utförda åtgärden, eftersom det är en åtgärd som i regel behöver sättas in vid risk för trycksår, tabell 23.

**Tabell 23. De tio vanligaste trycksårsförebyggande åtgärderna för identifierade och riskbedömda personer med risk för trycksår inom särskilt och ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård 2018\***

| Åtgärd                                          | Andel av alla utförda trycksårsförebyggande åtgärder |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Mellanmål                                       | 14 %                                                 |
| Minskad nattfasta till högst 11 timmar          | 11 %                                                 |
| Näringsdryck                                    | 9 %                                                  |
| Bedömning av huden en gång per dag eller oftare | 9 %                                                  |
| Användning av tryckavlastande hjälpmedel        | 7 %                                                  |
| Hudvård                                         | 6 %                                                  |
| Regelbundna lägesändringar                      | 6 %                                                  |
| Protein- och energirik kost                     | 5 %                                                  |
| Berikning av kost                               | 5 %                                                  |
| Kroppspositionering i säng eller stol           | 5 %                                                  |

\* 1 mars 2017–30 september 2018.

Källa: Senior alert 2018.

## Enkel fotundersökning kan förebygga fotproblem

Diabetes är en kronisk sjukdom som innebär förhöjda nivåer av glukos i blodet, och sjukdomen kan leda till allvarliga akuta och långsiktiga komplikationer. Vanligaste formerna av diabetes är typ 1-diabetes och typ 2-diabetes. I Sverige finns uppskattningsvis 500 000 personer 20–79 år med diabetes,<sup>25</sup> och i åldersgruppen 75 år och äldre finns uppskattningsvis 130 000 personer med diabetes. Merparten av dessa, cirka 90 procent, har typ 2-diabetes [86].

I enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetes bör alla personer med diabetes få sina fötter kontrollerade regelbundet med hjälp av enkel fotundersökning. Det nationella diabetesregistret (NDR) visar att täckningsgraden för personer 65 år och äldre med diabetesläkemedel inom den kommunala hälso- och sjukvården är lägre än för äldre personer som erhåller landstingsfinansierade vård [75].

Som stöd till vård- och omsorgspersonal finns ett nationellt vårdprogram för fotundersökning och för att förebygga fotkomplikationer vid diabetes [87]. Andelen yrkesverksamma specialistsjuksköterskor med diabeteskompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården är dock liten eller obefintlig.<sup>26</sup>

I den årliga kommunundersökningen för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård presenteras resultat för indikatorn *Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i ordinärt och särskilt boende*. År 2018 uppgav cirka 20 procent av kommunerna att de erbjuder en sådan undersökning för äldre personer med diabetes i ordinärt boende; motsvarande siffra för särskilt boende var 24 procent, tabell 24.

<sup>25</sup> Svenska Diabetesförbundet, <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/>, hämtad 2018-10-10.

<sup>26</sup> Registret över legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen,

**Tabell 24. Fotundersökning i ordinärt respektive särskilt boende**

Resultat på riksnivå (%) för fotundersökning i ordinärt respektive särskilt boende 2017–2018.

|                                                                                                      | 2017 | 2018 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Andel kommuner som erbjuder enkel fotundersökning till personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes |      |      |
| ordinärt boende                                                                                      | 21 % | 20 % |
| särskilt boende                                                                                      | 27 % | 24 % |

Källa: Enhetsundersökningen 2017–2018, Socialstyrelsen.

## Trycksår förekomst hos äldre

Sedan 2013 har kvalitetsregistret Senior alert erbjudit samtliga kommuner att genomföra punktprevalensmätningar (PPM) av trycksår.<sup>27</sup> Från och med mätningen 2017 används dock en annan metod<sup>28</sup> och resultat från tidigare mätningar är därmed inte helt jämförbara. Nu ingår samtliga registrerade i Senior alert.<sup>29</sup>

Andelen trycksår 2018 var 6 procent inom kommunala verksamheter och 4 procent inom landstingen.<sup>30</sup> Av trycksåren var 54 procent av allvarlig grad (grad 2–4), och andelen riskpatienter var 25 procent, tabell 25. Den vanligaste platsen för trycksår var häl och rygglut.

**Tabell 25. Punktprevalensmätningar av trycksår i kommunal verksamhet hos äldre 2013–2018, antal kommuner respektive andel patienter**

Procentsatserna är avrundade.

|                                      | Höst 2013 | Höst 2014 | Höst 2015 | Höst 2016 | Höst 2017 | Höst 2018 |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Antal kommuner                       | 61        | 196       | 143       | 124       | 286*      | 285**     |
| Antal personer i kommunal verksamhet | 8 000     | 22 200    | 18 700    | 15 600    | 90 400*   | 90 500**  |
| Andel (%) med risk för trycksår      | 31        | 32        | 31        | 30        | 25        | 26        |
| Andel (%) med trycksår               | 9         | 9         | 8         | 8         | 5         | 6         |

\* I mätningen deltog även 19 landsting. Totalt deltog 110 500 personer varav 20 000 i landstingsverksamhet.

\*\* I mätningen deltog även 19 landsting. Totalt deltog 111 500 personer varav 21 000 i landstingsverksamhet.

Källa: Senior alert 2018.

Förekomsten av trycksår varierade beroende på enhetstyp; förekomsten var högst på korttidsboende – drygt 8 procent, figur 18.

<sup>27</sup> Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4; de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

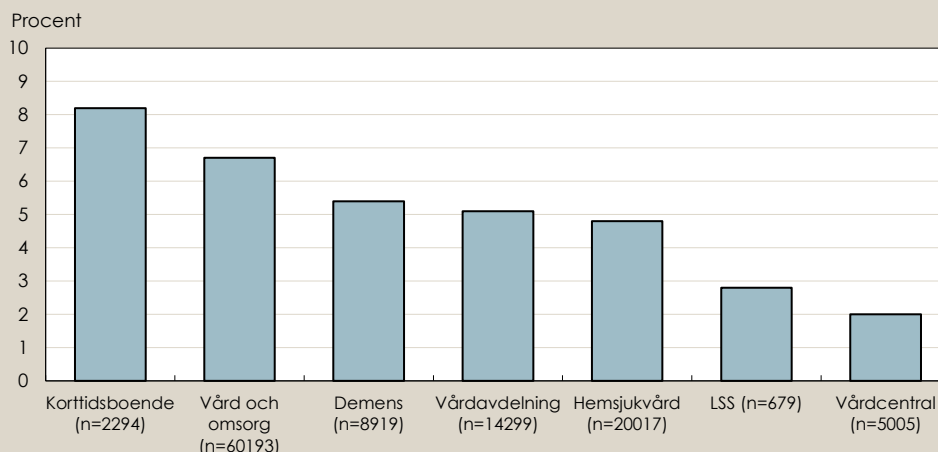
<sup>28</sup> Mätningen innebär att Senior alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna personer för samtliga enhetstyper inom kommunala verksamheter och landstingsverksamheter för samtliga juridiska vårdgivare. Datauttaget görs på riskbedömningar, åtgärder och pågående trycksår. Hudbedömning görs på alla personer som är inskrivna på enheten det bestämda datumet för mätningen.

<sup>29</sup> Inkluderade enhetstyper: demens, vård och omsorg, korttidsboende, hemsjukvård, LSS.

<sup>30</sup> Avdelningar, vårdcentraler och hemsjukvård i Stockholms läns landsting.



**Figur 18. Andel (%) personer med trycksår per enhet, 2018**



Källa: Senior alert 2018.

PPM 2018 visade att de två vanligaste *planerade* förebyggande åtgärderna för personer som bedömts ha risk för trycksår var bedömning av huden (60 procent) samt mellanmål (51 procent). Bruk av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 48 procent. Andelen *utförda* förebyggande åtgärder låg däremot på en väsentligt lägre nivå. Där var de två vanligaste åtgärderna bedömning av huden (27 procent) samt mellanmål (22 procent). Bruk av tryckavlastande hjälpmedel registrerades för 21 procent.<sup>31</sup>

#### *Trycksårsförekomst i slutenvården*

Vid PPM-mätningen på sjukhus<sup>32</sup> 2018 var trycksårsförekomsten av allvarliga trycksår (grad 2–4) 8 procent. Den åldersgrupp där störst andel hade trycksår var personer 80 år och äldre (10 procent) [88]. (För mer information se *Lägesrapport Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, 2019*).

## Nationella riktlinjer betonar vikten av stöd till riskgrupper

Under 2018 publicerades slutversionen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [89]. En ohälsosam levnadsvana (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet) innebär en ökad risk för sjukdom och ohälsa. Ur ett folkhälsoperspektiv är det därför av stort värde om vuxna generellt uppmuntras att göra förändringar i hälsosam riktning.

En rekommenderad åtgärd i riktlinjerna, oavsett levnadsvanor, är rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal. Den samtalsbaserade rådgivningen kan också kompletteras med olika typer av tillägg. För äldre är det viktigt att anpassa och komplettera råden om matvanor utifrån individens näringsbehov och fysiska förmåga samt anpassa råden om fysisk aktivitet till

<sup>31</sup> Senior alert, *PPM trycksår*, <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43943>, hämtad 2019-01-25.

<sup>32</sup> Genomförs årligen av Sveriges Kommuner och Landsting.

aktuellt hälso- och allmäntillstånd. Överlag behöver äldre personer vara så aktiva som tillståndet medger.

## Webbutbildning om palliativ vård

År 2017 avled drygt 92 000 personer i Sverige. Totalt 81 297 personer var 65 år och äldre. Palliationsakademin (Betaniastiftelsen) har i samarbete med Svenskt Demenscentrum tagit fram webbutbildningen Palliation ABC [90]. Utbildningen baseras på Socialstyrelsens kunskapsstöd och nationella riktlinjer för god palliativ vård i livets slutskede. Den vänder sig till all personal inom vård och omsorg och avslutas med ett kunskapstest. Målet med utbildningen är att ge personal den kunskap som behövs för att kunna ge god vård i livets slutskede samt att närstående ges fullgott stöd. Palliation ABC är avgiftsfri och nås via Svenskt Demenscentrums webbplats. Till webbutbildningen finns även kostnadsfritt fördjupningsmaterial i form av korta videoföreläsningar, poddavsnitt samt boken Palliationspraktikan i tre delar. Detta material finns tillgängligt på Palliationsakademin webbplats.

## Sammanfattande iakttagelser

Många äldre lever med kroniska sjukdomar, och det är angeläget att de får god vård för att främja hälsan, motverka försämringar i den kroniska sjukdomen och förebygga funktionsnedsättningar.

Undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall har betydelse för den äldre livskvalitet och välmående. Alla dessa riskområden påverkar varandra och har betydelse för att någon eller några risker ska uppstå. Under 2018 gjordes totalt 115 256 riskbedömningar av personer 65 år och äldre i äldreomsorgen inom något av dessa riskområden; 47 procent i ordinärt boende identifierades med risk och hade fått sina planerade åtgärder uppföljda inom samtliga identifierade riskområden. I särskilt boende var siffran 61 procent.

Näringsfrågorna är inte alltid högt prioriterade i många verksamheter och förbättringspotentialen är stor. Socialstyrelsens Enhetsundersökningen 2018 visar att 63 procent av enheterna inom hemtjänsten har en rutin för personalens agerande om de upptäcker undernäring hos en äldre, vilket är en minskning med 7 procentenheter jämfört med 2017. Av de som bor i särskilt boende har 82 procent en aktuell genomförandeplan som beskriver den enskildas önskemål och behov i samband med måltid, vilket är en ökning med 3 procentenheter jämfört med 2017.

Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador men alla trycksår är inte vårdskador. I datakällan markörbaserad journalgranskning bedöms att trycksår går att undvika till 91 procent.

# Säker vård och omsorg

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att patienterna skyddas från risken att drabbas av en vårdskada,<sup>33</sup> socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och vården och omsorgen ska vara trygg och säker.<sup>34</sup> I det här avsnittet presenterar Socialstyrelsen material som belyser olika aspekter av säker vård och omsorg.

## Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel [91]. 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 omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

### Figur 19. Äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt.

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



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer som är 75 år och äldre använder i dag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel [92]. 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. Dessa grupper använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel [93]. Förskrivningen av olämpliga läkemedel<sup>35</sup> och läkemedelskombinationer till personer 75 år och äldre har emellertid minskat under perioden 2005–2017, figur 20. 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 27 procent. Den påtagliga ökningen sågs 2009–2010 vände till en minskning 2011–2012. Därefter har andelen åter ökat något, från 9,7 till 11 procent.

<sup>33</sup> Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada..

<sup>34</sup> Prop. 1996/97:124 s. 51-54

<sup>35</sup> Läkemedel som är olämpliga för äldre är en indikator i Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (1.1 Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger).

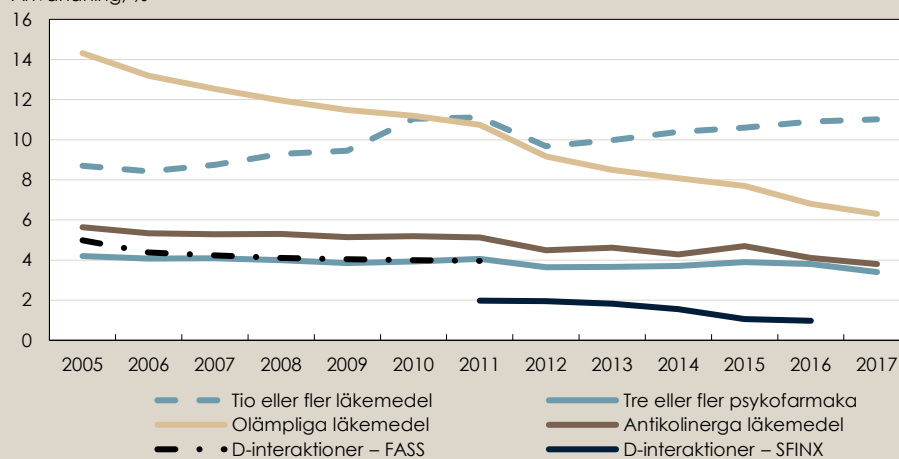
Mellan 2005 och 2017 har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt. Dels minskade användningen av olämpliga läkemedel med 56 procent. Dels minskade användningen av antikolinerga<sup>36</sup> läkemedel med 33 procent. Antikolinerga läkemedel kan orsaka förvirring hos äldre och ingår i indikatorn om olämpliga läkemedel för äldre. Därutöver minskade samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka, en annan av indikatorer, med 19 procent under perioden.

I och med den nya versionen av Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*, som publicerades 2017, har indikatorn för olämpliga läkemedel för äldre förändrats: dels har listan över läkemedel med antikolinerga effekter reviderats, dels har två nya läkemedel klassificerats som olämpliga – det smärtstillande läkemedlet kodein och diabetesmedlet glibenklamid. Det innebär en ökning av förekomsten av såväl olämpliga läkemedel (från 6,3 till 7,8 procent) som antikolinerga läkemedel (från 3,8 till 4,1 procent).

**Figur 20. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos personer 75 år och äldre, 2005–2017**

Andel (%) personer 75 år och äldre som förskrivits olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer.

Användning, %



\* Analysen av interaktioner baserades till och med 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 ges ut årligen av Läkemedelsindustriföreningens Service AB (LIF).

\*\* Från och med 2011 baserades analysen på Sfinx, numera Janusmed interaktioner, som finns tillgängligt i flertalet patientjournalssystem.

Källa: Socialtjänstregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Sedan 2005 har det också skett en påtaglig minskning av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner. Med det menas att de kan påverka varandras omsättning eller verkan på ett sätt som kan leda till allvarliga biverkningar eller utebliven effekt. Mellan 2005 och 2011, när

<sup>36</sup> Antikolinerga läkemedel som hindrar signalsubstansen acetylkolins verkan på sina receptorer. De kan hämma signalöverföringen i vissa nervbanor i hjärnan som är viktiga för de kognitiva processerna, och därmed hos äldre orsaka kognitiva störningar och förvirring. Risken är större hos personer med Alzheimers sjukdom. Läkemedel med antikolinerga effekter kan också hämma funktionen av vissa inre organ och därigenom orsaka bland annat muntorrhet, förstoppning och vattenkastningsbesvär

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 patient-journalsystem. 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.

## Läkemedelsrelaterade skador

### Det globala målet – att halvera de läkemedelsrelaterade skadorna

De läkemedelsrelaterade skadorna utgör en stor del av vårdskadorna och orsakar lidande för den som drabbas. De leder också till stora kostnader för samhället. Drygt 8 procent av de akuta inläggningarna av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar och cirka 60 procent bedöms vara möjliga att förebygga [94].

Under 2018 lanserade WHO sitt tredje globala patientsäkerhetsmål: att de läkemedelsrelaterade skadorna ska halveras på fem år. Sverige kommer att medverka i och stödja det arbetet. Flera av de prioriterade insatsområdena – till exempel risker med polyfarmaci, vårdens övergångar, förskrivning och läkemedelshantering – är områden där Socialstyrelsen och Läkemedelsverket redan i dag har flera pågående insatser. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården, som trädde i kraft den 1 januari 2018 syftar till att bidra till en mer säker läkemedelshantering. Under 2018 har det pågått ett arbete med att utveckla en handbok till föreskriften.

### Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre

I december 2018 publicerade Socialstyrelsen rapporten *Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre* [95]. Rapporten var resultatet av ett projekt med anledning av ett regeringsuppdrag som utgick från den nationella läkemedelsstrategin.

Syftet med projektet var att sammanställa kunskap om symtomatologin vid vanliga sjukdomar och tillstånd hos äldre, eftersom äldre ofta är föremål för bristfällig diagnostik och därmed riskerar att underbehandlas eller felbehandlas. Målet var att ta fram ett stöd för mer korrekt diagnostik i vården av äldre, och därmed på sikt bidra till att äldre får en mer ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.

Slutprodukten är en checklista med ett urval av viktiga symtom där det ofta döljer sig bakomliggande orsaker som ofta förbises. Urvalet av symtom baseras på symtomskattningsskalan PHASE-20 som sedan många år är ett standardverktyg vid läkemedelsgenomgångar för äldre. För varje symtom ”påminner” checklistan om läkemedelsbiverkningar, sjukdomar och tillstånd som man inte bör glömma bort att överväga i sin diagnostik.

Checklistan vänder sig i första hand till läkare och sjuksköterskor. Den är inte tänkt att användas vid akuta tillstånd, som behöver bedömas och handläggas enligt andra riktlinjer och rutiner, utan för bedömning i ”lugnt skede” av mer långvariga tillstånd, i första hand hos patienter med flera sjukdomar och komplexa behov.

Användning av den diagnostiska checklistan i vården av äldre förväntas ha flera positiva effekter:

- Läkemedelsbiverkningar kan upptäckas, identifieras och åtgärdas i större omfattning.
- Allvarigare konsekvenser som bland annat kan leda till sjukhusvård, kan undvikas om biverkningar åtgärdas i tid.
- Viktiga sjukdomar och tillstånd med otydlig eller annorlunda symtologi kan diagnostiseras i större omfattning och få korrekt behandling.
- Den symtomatiska läkemedelsbehandlingen blir mindre omfattande.
- Livskvaliteten ökar för den äldre.
- Intresset för och uppmärksamheten på symtom och diagnostik ökar hos läkare och sjuksköterskor.

## Uppskattning av kostnaderna för läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre

Socialstyrelsen har med utgångspunkt i uppgifter från patientregistret 2016 uppskattat kostnaderna för läkemedelsorsakad sjuklighet hos personer 65 år och äldre. Registerstudien pekar på en omfattande underregistrering av läkemedelsbiverkningar i flera regioner, och skillnaderna mellan regionerna i inrapporterade läkemedelsbiverkningar per 100 000 invånare är betydligt större än vad som kan förklaras av faktiska skillnader i läkemedelsförskrivning eller förekomst av biverkningar. Därför har beräkningen utgått från uppgifter i patientregistret för de tre regioner som har högst andel registrerade läkemedelsbiverkningar liksom högst bedömd kodningskvalitet avseende inrapportering av orsakande substans (så kallad ATC-kodning): Halland, Västerbotten och Västernorrland. Kostnaderna för läkemedelsbiverkningar i dessa tre regioner har sedan räknats upp till riksnivå med hjälp av uppgifter om medelbefolkningen i aktuella regioner respektive riket.

Beräkningen inkluderar såväl kostnader för slutenvård som beror på läkemedelsbiverkning, som kostnader för biverkningar som uppstått på sjukhus. Det är dock inte möjligt att direkt ur patientregistret utläsa vilka biverkningar som uppstått på respektive utanför sjukhus. Därför har Socialstyrelsen genomfört en systematisk genomgång i de aktuella regionerna av de vårdtillfällen<sup>37</sup> som har minst en orsakskod avseende läkemedelsbiverkning. För klinik- eller sjukhusvårdtillfällen<sup>38</sup> där orsaken till inläggning bedömts vara läkemedelsbiverkning har hela kostnaden för vårdhändelsen inkluderats i kostnadsberäkningen. För läkemedelsbiverkningar som bedömts ha uppkom-

<sup>37</sup> Ett vårdtillfälle avser en vårdkontakt i slutenvård enligt Socialstyrelsens termbank.

<sup>38</sup> Med *klinikvårdtillfälle* avses i denna text ett vårdtillfälle som avgränsas till en klinik. Med *sjukhusvårdtillfälle* avses en vårdhändelse där patientens vistelse på sjukhus omfattar flera vårdtillfällen på olika kliniker.

mit på sjukhus har en tredjedel av kostnaden för dessa vårdhändelser inkluderats. Detta baseras på ett antagande om att vårdtiden för patienter med en läkemedelsskada som uppkommer på sjukhus förlängs med cirka 56 procent, vilket framkommer av landstingens markörbaserade journalgranskning [96]. Beräkningen har utgått från de genomsnittskostnader som är kopplade till respektive vårdtillfälles DRG.<sup>39</sup>

I genomgången av registerdata från de tre regionerna 2016 bedömdes cirka 2 100 vårdtillfällen vara kopplade till läkemedelsbiverkning. Cirka 1 300 av dessa vårdtillfällen (drygt 60 procent) bedömdes bero på biverkningar som uppkommit utanför sjukhus. Resterande cirka 800 vårdtillfällen med läkemedelsbiverkning bedömdes ha uppkommit på sjukhus. Den totala kostnaden för vårdtillfällen med läkemedelsbiverkning i de tre länen uppskattades till 74 miljoner kronor, varav cirka 58 miljoner kronor (ca 80 procent) avsåg kostnader för biverkningar som uppkommit utanför sjukhus.

En uppräknig av dessa resultat till riksnivå skulle ge totala kostnader för läkemedelsbiverkningar på cirka 800 miljoner kronor, varav cirka 630 miljoner kronor utgör kostnader för läkemedelsbiverkningar som uppkommit utanför sjukhus. Enligt Socialstyrelsens rapport 2014 om läkemedelsorsakad sjuklighet [94] är cirka 60 procent av de läkemedelsorsakade inläggningarna undvikbara, medan motsvarande andel för biverkningar som uppkommit på sjukhus enligt markörbaserad journalgranskning bedöms till drygt 40 procent. Kostnaderna för undvikbara läkemedelsbiverkningar skulle då enligt denna beräkning uppgå till cirka 450 miljoner kronor eller cirka 56 procent av de totala slutenvårdskostnaderna till följd av läkemedelsbiverkning. Då samtliga läkemedelsbiverkningar sannolikt inte registreras i de tre länen, utgör uppskattningen troligen en underskattning av de verkliga kostnaderna. Genom förebyggande arbete inom såväl primärvården som specialistvården skulle lidande för många enskilda personer kunna undvikas, och sjukvårdsvårdskostnaderna skulle minska.

Mer statistik om läkemedelsbiverkningar samt metod för beräkningar återfinns i rapporten *Kostnader för läkemedelsorsakad sjuklighet för äldre* [97].

## Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen ska utarbeta en nationell handlingsplan i syfte att stärka huvudmännen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med patientsäkerhet har tidigare i huvudsak fokuserat på den specialiserade somatiska sjukhusvården. Därför finns det ett behov av att utveckla patientsäkerhetsarbetet inom psykiatri, primärvården samt den kommunala hälso- och sjukvården, inte minst mot bakgrund av den strukturomvandling som har påbörjats inom hälso- och sjukvården – från sjukhusdriven vård till primärvård.

Webbplatsen *Samlat stöd för patientsäkerhet*, som lanserades 2017, samlar det nationella arbetet inom patientsäkerhet och vänder sig till hälso-

<sup>39</sup> DRG, diagnosrelaterade grupper, är ett system för överskådlig verksamhetsbeskrivning där vårdkontaktarna delas in i grupper som är både medicinskt likartade och kostnadsmässigt homogena. Läs mer om DRG på *Vad är DRG?* [http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg/Documents/Vad\\_ar\\_DRG\\_rev110617.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg/Documents/Vad_ar_DRG_rev110617.pdf)

och sjukvården [98]. Målet är att förebygga att patienter drabbas av vårdskador genom att öka kunskapen och medvetenheten inom området och framhålla vikten av att arbeta förebyggande. En utvärdering av webbplatsen visar att respondenterna överlag är positiva till det samlade stödet. Det som efterfrågats är kompletterande stödmaterial till exempel material för reflektion, övning och utbildning samt att materialet mer tydligt speglar webbplatsens breda målgrupp till exempel medarbetare i den kommunala hälso- och sjukvården.

Mer information om det pågående patientsäkerhetsarbete finns *Lägesrapport 2019. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*.

## Vårdskador förekommer mer hos äldre

Markörbaserad journalgranskning (MJG) används för att långsiktigt följa förekomsten av skador. MJG sker på nästan alla Sveriges akutsjukhus, och mellan 2013 och juni 2018 har nästan 83 000 vårdtillfällen granskats [99].

I 8 procent av vårdtillfällena drabbades patienterna av en vårdskada 2017, det vill säga en skada som bedöms som att den skulle kunna ha undvikits. Det är en minskning från 10 procent 2013. Andelen vårdskador är 60 procent högre för utlokaliserade<sup>40</sup> patienter medan motsvarande andel för icke utlokaliserade patienter var 65,2 procent. Det är värt att notera att 72 procent av de utlokaliserade patienterna var 65 år och äldre. Medelvårdtiden vid de granskade vårdtillfällena 2017 var 6,9 dagar; för vårdtillfällen utan skada var medelvårdtiden 6,1 dagar och för vårdtillfällen med vårdskada 13,4 dagar [85].

För vårdtillfällen utan skador ökade medelvårdtiden med ökande ålder från 4,3 dagar till 7,6 dagar, figur 21. Vårdtiden ökade i alla åldersgrupper för vårdtillfällen med vårdskador jämfört med vårdtillfällen utan skador. I den yngsta åldersgruppen var antalet vårdtillfällen med vårdskada signifikant lägre än för patienter 65 år och äldre [85].

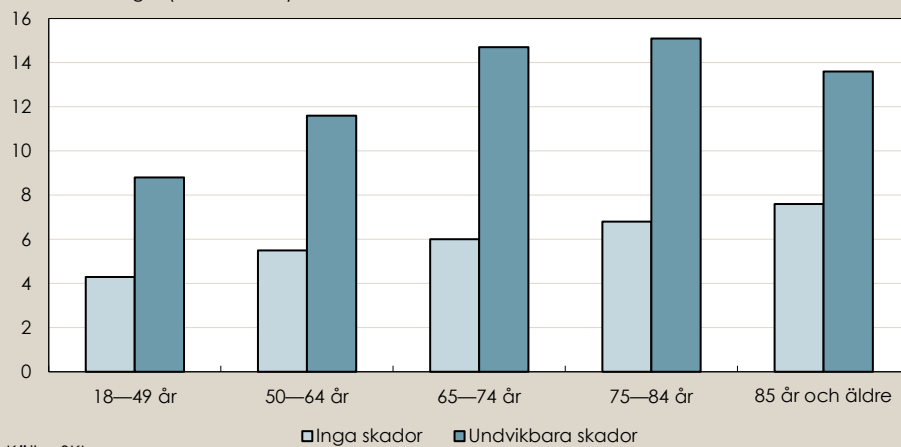
---

<sup>40</sup> En utlokaliserad patient är en inskriven patient som vårdas på annan vårdenheter än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.



**Figur 21. Antal vård dagar per åldersgrupp för vårdtillfällen med vårdskador (undvikbara skador) respektive inga skador 2017**

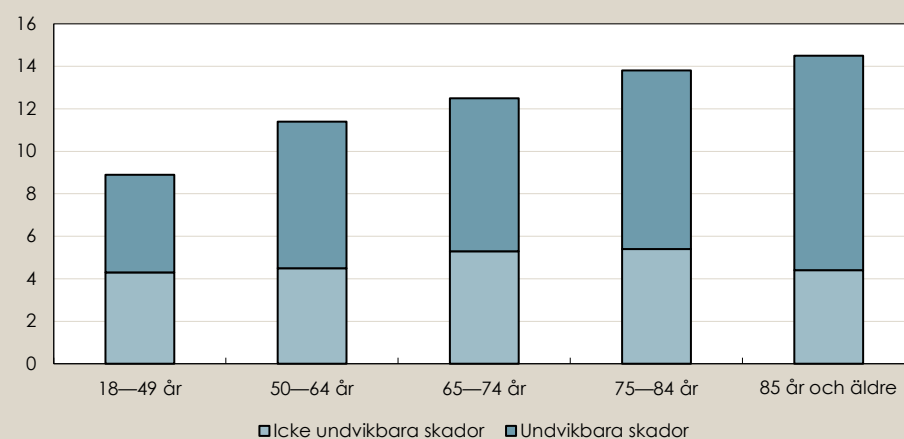
Antal vård dagar (medelvärde)



Andelen vårdskador ökade med stigande ålder, och för personer 65 år och äldre var andelen vårdtillfällen med vårdskada signifikant högre än för den yngsta åldersgruppen, figur 22 [85]. I somatisk vård var nästan 66 procent av patienterna 65 år och äldre, jämfört med 15 procent av patienterna inom psykiatrisk vård (läs mer i avsnittet *Fler kvinnor än män drabbas av vårdskador inom psykiatrisk vård*).

**Figur 22. Andel (%) vårdtillfällen med icke undvikbara skador respektive undvikbara skador (vårdskador) i olika åldersgrupper 2017**

Procent



En närmare analys av 2017 visar att den ökning i andel vårdtillfällen med skador som ses med ökande ålder gäller både icke undvikbara och undvikbara skador (undantaget icke undvikbara skador i den äldsta ålderskategorin, figur 22). Detta kan bero på att äldre patienter med stor sannolikhet har ökad samsjuklighet, vilket kan bidra till att skadefrekvensen är högre i äldre åldersgrupper [100]. Det finns evidensbaserade åtgärdsprogram för flera av

vårdskadeområdena men följsamheten till dessa behöver förbättras. Framgångsrika regioner arbetar på flera nivåer – den professionella nivån, den operativa nivån och den strategiska ledningsnivån – för att nå resultat.

Cirka 110 000 patienter på svenska sjukhus varje år får vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. I cirka 45 procent av fallen leder skadorna till förlängd sjukhusvistelse. I cirka 1 400 dödsfall bedöms vårdskadan ha bidragit till att patienten avled och i cirka 2 800 fall bedöms den ha bidragit till att patienten får bestående men. Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste skadan (34 procent) följt av skador i samband med kirurgi (13 procent) och skador i samband med läkemedelsbehandling (10 procent).

## Journalgranskning i hemsjukvård

Hemsjukvård kan vara av många olika slag och omfatta medicinska insatser, rehabilitering och omvårdnad. Patienterna har ofta kontakt med flera olika specialiteter såväl som behov av hemtjänst för det dagliga livets funktioner. Patientsäkerhetsforskningen inom hemsjukvård har identifierat ett antal centrala områden i vården där risken för skador och vårdskador kan vara förhöjd. Det handlar till exempel om läkemedelsbehandling, nutrition och munhälsa, informationsöverföring, delegering, överflyttning mellan vårdenheter, bemanning och kompetens [101]. Till stöd för att identifiera och mäta skador och kvalitetsbrister i hemsjukvård har Socialstyrelsen och SKL tagit fram en handbok för användning av markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård [102].

## Få kommuner mäter basala hygienrutiner och klädregler

En viktig insats för att undvika såväl vårdrelaterade infektioner (VRI) som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att personal som har fysisk kontakt med den som får vård följer basala hygienrutiner och klädregler.

SKL genomför årligen nationella punktprevalensmätningar av personalens följsamhet till hygien- och klädregler<sup>41</sup> och 63 kommuner deltog i mätningen 2018, vilket var något fler än 2017. Drygt 7 800 medarbetare observerades, och följsamheten i samtliga åtta steg var knappt 49 procent, vilket var i nivå med resultatet 2017. Andelen som följde korrekta klädregler var 83 procent och andelen som följde korrekta hygienrutiner på 55 procent. Att följsamheten är högre till klädreglerna är en bild som framkommer även i landstingens resultat. Spridningen var stor mellan kommunerna i följsamhet till samtliga åtta steg – mellan 82 och 24 procent – och det är stor skillnad i följsamhet mellan olika yrkesgrupper. Lägst följsamhet hade vårdbiträden (38 procent) och högst följsamhet hade sjuksköterskor (67 procent). Det största enskilda förbättringsområdet var desinfektion före patientnära arbete, där följsamheten var 64 procent. Den siffran har dessutom sjunkit sedan mätningen 2015 då den var 69 procent.<sup>42</sup>

Det går inte att dra några generella slutsatser av utvecklingen vad gäller följsamheten i kommunal vård, eftersom endast cirka en femtedel av landets

<sup>41</sup> Mätningen genomförs en bestämd tidpunkt och var en observationsstudie som omfattar följsamhet till åtta steg. De åtta stegen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg.

<sup>42</sup> <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner.2277.html>

kommuner deltog i mätningen. Dessutom varierar antalet observationer mellan kommunerna stort. Det är önskvärt att fler kommuner deltar i mätningen.

## Låg förekomst av vårdrelaterade infektioner inom särskilt boende

Den nationella mätningen av VRI, riskfaktorer och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (HALT)<sup>43</sup> startade 2014. I Sverige koordineras mätningen av Folkhälsomyndigheten i samarbete med kvalitetsregistret Senior alert. Syftet är att stödja det lokala patientsäkerhetsarbetet med att förebygga VRI och optimera antibiotikaanvändningen. Sedan 2016 finns också ett samarbete med nationella Strama för att öka deltagandet i mätningen. Fokus i detta samarbete har även varit att ta fram kunskapsstöd som kan användas vid framtida förbättringsarbete.

Varje år ökar antalet deltagande kommuner, verksamheter och äldre personer. I mätningen 2017 deltog 2 157 enheter fördelat på 153 kommuner och totalt ingick 24 783 vårdtagare [103]. Totalt 1,5 procent av vårdtagarna hade en VRI och 2,9 procent antibiotikabehandlades. De vanligaste infektionerna respektive antibiotikabehandlingarna var för infektioner i hud- och mjukdelar respektive behandling mot urinvägsinfektioner.

Olika riskfaktorer har stor påverkan på förekomsten av VRI och antibiotikabehandling. Vårdtagare med akuta sår, operationssår eller svårläkta sår hade mer än 20 gånger högre risk att drabbas av en VRI jämfört med vårdtagare utan sår och vårdtagare med trycksår löpte 5 gånger högre risk att drabbas av en VRI jämfört med vårdtagare utan trycksår. Förekomst av urinkate- ter fördubblade risken för en vårdrelaterad urinvägsinfektion jämfört med vårdtagare utan kateter [103].

I HALT-mätningen 2018 deltog färre kommuner, 142 stycken, men det var fler enheter (2 241) och fler personer (25 923) som ingick i mätningen.<sup>44</sup>

## Klagomål och anmälningar inom vården och omsorgen om äldre

I följande avsnitt beskrivs dels klagomål till patientnämnderna<sup>45</sup> och till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på hälso- och sjukvården och omsorgen, dels anmälningar till IVO.<sup>46, 47</sup>

---

<sup>43</sup> Healthcareassociated infections and antimicrobial use in long-term care facilities. En evidensbaserad metod som bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll för mätning av VRI och antibiotikaanvändning inom vårdboenden.

<sup>44</sup> HALT-mätningen 2018 genomfördes vecka 46-47. Hämtad 2019-01-24 från: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?no-deId=43942>

<sup>45</sup> Siffrorna för patientnämnderna avser 2017.

<sup>46</sup> Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. 3 kap. 5 § PSL.

<sup>47</sup> Anmälningsskyldighet till IVO vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden enligt 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS, (6 kap. samt 7 kap. 1 § och delar av de allmänna råden i 7 kap.)

## Nytt klagomålssystem gällande hälso- och sjukvård

Patienters eller närståendes klagomål och synpunkter kan bidra till ökad patientsäkerhet och utveckling av vården, men det finns hinder och utmaningar som försvårar deras involvering och delaktighet.

Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet gällande hälso- och sjukvård. Det är vårdgivarna som ska besvara klagomålen från patienter och närstående genom att förklara vad som har inträffat och vidta åtgärder för att liknande händelser inte ska upprepas,<sup>48</sup> och patientnämnderna ska hjälpa och stödja patienter att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna.<sup>49</sup> IVO är numera endast skyldig att utreda vissa klagomål, efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.<sup>50</sup> Mer information om utveckling av klagomålssystemet finns i *Lägesrapport 2019. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*.

## Klagomålen inom socialtjänstens äldreomsorg ökar

Personer som anser att det finns brister inom socialtjänstens äldreomsorg kan anmäla dessa till IVO. IVO har dock ingen skyldighet att utreda allt som anmäls utan myndigheten avgör själv om det finns skäl att göra en tillsyn. En sådan bedömning utgår från vad enskilda personer anmäler samt andra uppgifter som IVO har om verksamheten. År 2018 beslutade IVO i 628 ärenden som gällde klagomål på socialtjänstens äldreomsorg. Av dessa ledde 171 till fortsatt tillsyn och 96 ärenden gällde särskilt boende, varav de flesta gäller omsorg och omvårdnad.<sup>51</sup> Antalet beslut 2018 var fler än året före; 2017 togs beslut i 439 ärenden, varav 111 ledde till fortsatt tillsyn.

## Lex Sarah anmälningarna

Under 2018 inkom 1 163 lex Sarah anmälningar till IVO, vilket är en minskning med 131 ärenden jämfört med 2017. Antalet anmälningar 2018 är i nivå med antalet 2014; åren däremellan har nivån varit något högre. De vanligast förekommande besluten 2018 handlade om att beviljad insats hade utförts felaktigt (274 beslut), bristande rättssäkerhet (248 beslut) eller att beviljad insats inte utförts (233 beslut).<sup>52</sup> Den bilden liknar bilden från tidigare år. Totalt 442 beslut gällde äldreomsorg, och där var det vanligast med beslut om särskilt boende (226 beslut) samt hemtjänst (187 beslut), figur 23.

---

<sup>48</sup> 3 kap. 8-8e §§ PSL

<sup>49</sup> Lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

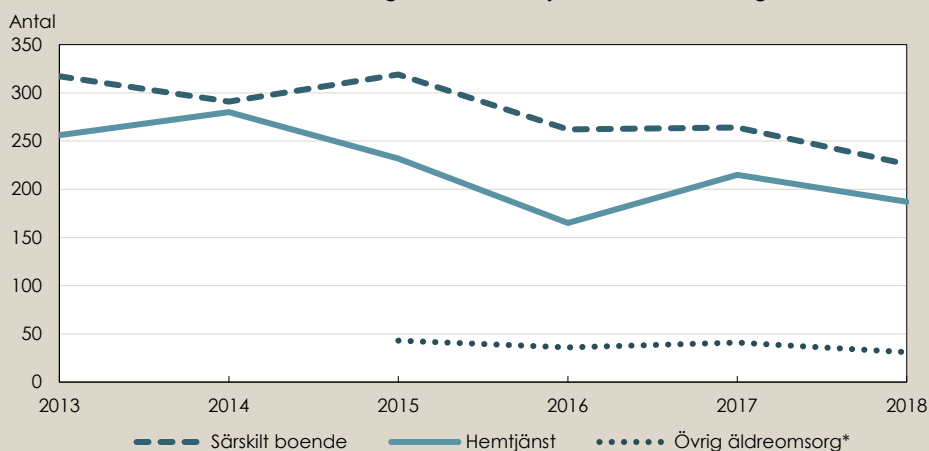
<sup>50</sup> Se 7 kap. 11 § PSL

<sup>51</sup> En anmälan till IVO kan gälla ett eller flera verksamhetsområden och gälla en eller flera händelsekategorier.

<sup>52</sup> En lex Sarah-anmälan kan gälla en eller flera händelsekategorier.

**Figur 23. Lex Sarah-anmälningar**

Antal beslutade Lex Sarah-anmälningar inom socialtjänstens äldreomsorg 2013 till 2018.



\* Förändrad redovisning 2015 vilket möjliggör ytterligare nedbrytningar inom äldreomsorgen.

Källa: IVO.

## Klagomålen till patientnämnderna ökar marginellt

IVO sammanställer årligen de klagomål som inkommit till patientnämnderna. Nedan redovisas resultatet för 2017.<sup>53</sup>

Andelen klagomål per verksamhetsområde var i stort sett oförändrad jämfört med 2016, men jämfört med 2014 ökade andelen klagomål på primärvården och stod för ungefär en tredjedel av klagomålen 2017. Knappt hälften av alla klagomål gällde somatisk specialistsjukvård; tandvården stod för 3 procent av klagomålen och den kommunala hälso- och sjukvården för knappt 2 procent av det sammantagna ärendantalet.

Under 2017 tog patientnämnderna emot drygt 36 700 klagomål, vilket följer de senaste årens trend av marginell ökning. Ungefär en femtedel av klagomålen rörde åldersgruppen över 70 år. Kvinnor i åldersgruppen 50–59 år stod för flest klagomål, vilket har varit oförändrat de senaste åren.

## Klagomålen på hälso- och sjukvården

Under 2017 ökade antalet klagomål till IVO med 14 procent jämfört med 2016. Från och med den 1 januari 2018 är dock IVO:s utredningsskyldighet begränsad, vilket inneburit att antalet ärenden minskat. Av de klagomål som inkom och avslutades 2018 var det 88 procent som inte utreddes i sak. En vanlig orsak till det var att ärendet inte längre tillhör IVO:s utredningsskyldighet.

År 2018 inkom 5 511 klagomål och IVO fattade beslut i 8 370 ärenden. Av dessa utreddes 4 332 i sak och 1 879 ärenden avslutades med kritik [104]. Gällande personer 65 år och äldre utreddes 2 022 ärenden, varav 1 025 ärenden avslutades med kritik.<sup>54</sup> Ärendena gällde framför allt vård och behandling följt av diagnostisering.

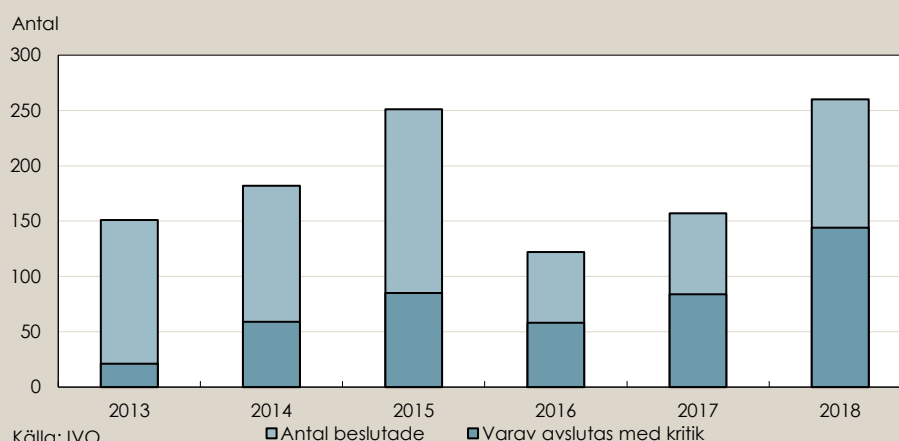
<sup>53</sup> Data för 2018 är inte sammanställda och det är inte möjligt att uttala sig om den förmodade ökningen till patientnämnderna utifrån ändringarna i klagomålssystemet.

<sup>54</sup> Ett klagomål kan gälla en eller flera åldersgrupper; det finns även 45 ärenden där ålder inte är specificerat.

Inom vården om äldre utreddes 260 ärenden, varav 144 avslutades med kritik, figur 24. En majoritet av de utredda ärendena gällde vård och behandling och de flesta ärenden gällde särskilt boende. Inom hemsjukvård i ordinärt boende utreddes 114 ärenden, varav 41 avslutades med kritik,<sup>55</sup> figur 25.

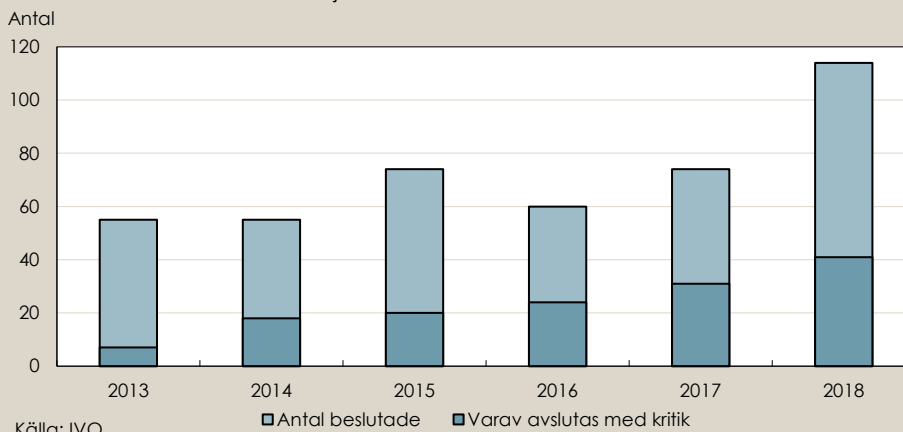
**Figur 24. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) i äldreomsorgen**

Antal beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen, utredda i sak samt antal avslutade med kritik inom äldreomsorgen, 2013 till 2018.



**Figur 25. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) inom hemsjukvård i ordinärt boende**

Antal beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen, utredda i sak samt antal avslutade med kritik inom hemsjukvård i ordinärt boende, 2013 till 2018.



## Anmälan av allvarliga vårdskador, lex Maria, har minskat

Vårdgivarnas lex Maria-anmälningar minskade 2018 till 2 009; 2017 var det 2 680 anmälningar. En orsak till minskningen är att antalet anmälningar om självmord minskat. Detta hänger i sin tur ihop med att den obligatoriska anmälningsskyldigheten enligt bestämmelserna om lex Maria vid suicid upphörde den 1 september 2017.<sup>56</sup>

<sup>55</sup> Rehab (HOB) och somatisk specialiserad hemsjukvård ingår med 11 utredda ärenden, varav 1 slutade med kritik.

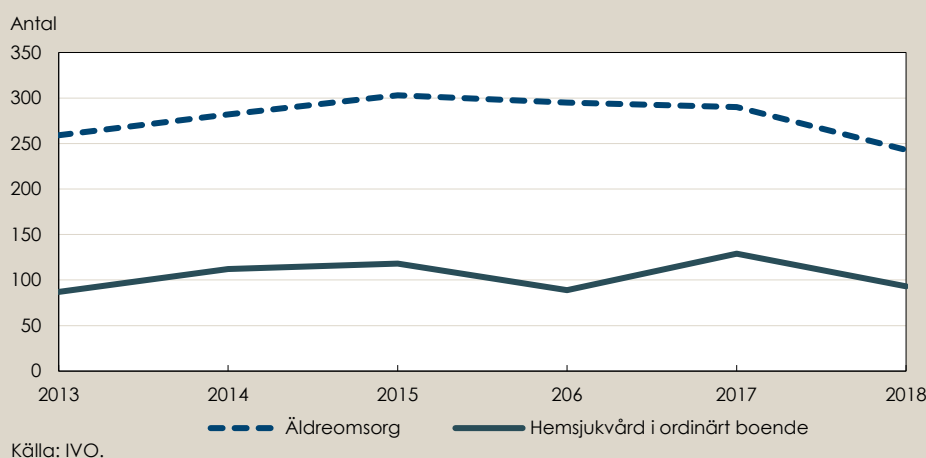
<sup>56</sup> Fram till den 1 september 2017 förelåg enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS

År 2018 fattade IVO beslut i 2 256 ärenden som gällde lex Maria-anmälningar. Ärenden gällde oftast vård och behandling samt diagnostisering [104]; 1 050 av besluten gällde personer 65 år och äldre.<sup>57</sup> Flest beslut gällde vård och behandling, följt av diagnostisering och läkemedelshantering.

För äldreomsorgen beslutade IVO i 242 ärenden och för hemsjukvård i ordinärt boende i 91 ärenden,<sup>58</sup> figur 26. Det är en minskning jämfört med 2017 då antalet var 419. I beslutade ärenden och ärenden där IVO riktat kritik mot vårdgivaren gäller det främst brister i läkemedelshantering samt vård och behandling.

**Figur 26. Lex Maria-anmälningar**

Antal Lex Maria-anmälningar inom äldreomsorgen och hemsjukvård i ordinärt boende 2013 till 2018.



## Samverkan för äldres välbefinnande

Bristande samordning av vården och omsorgen kan påverka kvalitet och patientsäkerhet för den enskilda patienten och närstående. Regler för samverkan och samarbete mellan landsting, region och kommun regleras i hälso- och sjukvårdslagstiftning och i socialtjänstlagen.

En samordning av alla insatser utifrån den äldres behov och önskemål kan skapa tydlighet och trygghet både för den som behöver hjälp och närstående, men många patienter inom primärvården känner sig otrygga med hur samordningen av vården och omsorgen fungerar efter ett sjukhusbesök [105]. Närstående kan också uppleva att ansvaret för samordning överlämnas till dem [106].

Många äldre personer inom kommunala verksamheter har omfattande behov av stöd och hjälp med både omsorg och hälso- och sjukvård. Ofta är flera verksamheter involverade samtidigt, och den äldre kan möta personal

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

<sup>57</sup> En lex Maria-anmälan kan gälla en eller flera åldersgrupper.

<sup>58</sup> Rehab (HOB) och somatisk specialiserad hemsjukvård ingår med fyra beslutade ärenden.

från myndighet, socialtjänstens utförare, kommunal hälso- och sjukvård och primärvård samt slutenvård [106]. Av *Öppna jämförelser* 2018 framkommer att en äldre inom socialtjänsten i genomsnitt möter 15 hemtjänstpersonal under 14 dagar i sitt ordinära boende; spridningen mellan kommuner var 6–24 anställda [13]. Ungefär 71 procent av alla personer 65 år och äldre i ordinärt boende med hemsjukvård har också beviljad hemtjänst, se tabell 29 i avsnittet *Kommunal hälso- och sjukvård*. Det innebär att den person som behöver både hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård kan möta ännu fler personer.

## Fungerande samverkan minskar återinskrivningarna

En tydlig ansvarsfördelning främjar god samverkan och möjliggör vård och omsorg utifrån den enskildas behov, men det behövs en individuell samordnad planering så att äldre med omfattande behov av vård och omsorg kan erbjudas en trygg hemkomst efter sjukhusvistelsen. Det minskar även risken för oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar efter utskrivning från sjukhuset [107-109].

Av drygt 122 600 personer 65 år och äldre som fick både kommunal hälso- och sjukvård och hemtjänst efter sjukhusvistelse 2017 blev 18 procent återinskrivna på sjukhus inom 30 dagar.

## Nya samverkansmodeller tryggar vården av utskrivningsklara patienter

Områden som försvårar en effektiv utskrivning och ett bra mottagande i hemmet rör vård- och omsorgsplatser, utbildad vård- och omsorgspersonal, informationsöverföring, primärvårdens deltagande i vårdplaneringar samt hjälpmedel och bostadsanpassning. Det framgår av Socialstyrelsens rapport om problem i övergången mellan slutenvård och öppen vård vid utskrivningsprocessen [110]. Den demografiska förändringen, där allt fler äldre personer behöver vård och omsorg, nämns också som en bidragande orsak.

Dock har landsting/regioner och framför allt kommuner implementerat nya arbetssätt för att effektivisera utskrivningsprocessen, minska återinskrivningen och trygga hemgången för personer med omfattande behov. Bland dessa arbetssätt finns

- trygg hemgång<sup>59</sup>
- närvårdsenheter
- mobila eller akuta närvårdsteam
- lokala uppföljningar av antalet utskrivningsklara
- utskrivningsansvarig sjuksköterska.

## Samordnad individuell plan – SIP

Genom att enskilda och närstående informeras om möjligheten till SIP kan hinder för samverkan undanröjas. Inom *Öppna jämförelser* mäts bland annat

---

<sup>59</sup> Trygg hemgång är en modell med tvärprofessionella insatser, där teambaserat arbetssätt och omfattande initial hemtjänst utvärderas efter en tid i hemmet.



den äldres möjlighet till delaktighet och inflytande över vården och omsorgen [14], och indikatorn *information om den enskildes möjlighet till samordnad individuell plan (SIP)* speglar om det finns övergripande rutiner för att informera enskilda om deras möjligheter till SIP. År 2018 uppgav cirka 49 procent av kommunerna att det fanns skriftliga och beslutade rutiner på ledningsnivå om att den äldre ska informeras om möjligheten att få en SIP. Resultat för 2016–2018 presenteras i tabell 27.

**Tabell 27. Andel (%) kommuner med rutin att informera om enskildas möjlighet till samordnad individuell plan (SIP), riket 2016–2018**

| Andel kommuner med rutin                                          | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| - för att informeras om möjligheten till SIP inom socialtjänsten. | 54   | 42   | 49   |

Källa: Öppna jämförelser 2018 – Enhetsundersökningen äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen.

Kommuner och landsting är enligt lag skyldiga att erbjuda en SIP till den enskilde, om det behövs för att han eller hon ska få sina behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodosedda.<sup>60</sup> För utskrivningsklara patienter från sjukhus med fortsatta behov av vård och omsorg kallar landstingets fasta vårdkontakten till SIP, förutsatt att den enskilde givit sitt samtycke.<sup>61</sup> Socialutskottets utvärdering av 2010 års lagändring om SIP visar att det fortfarande är relativt ovanligt att det upprättas en samordnad individuell plan för multisjuka äldre [111].

## Ökad andel kommuner har beredskap för höga temperaturer

Med anledning av de extrema väderförhållanden som rådde under sommaren 2018 då en klass 2 varning utfärdades för höga temperaturer av SMHI aktualiserades frågor som rör krisberedskap. Med höga temperaturer avses att SMHI:s prognos visar maximitemperaturer på minst 26°C under tre dagar i följd. Höga temperaturer under flera dagar kan påverka hälsan för särskilt sårbara grupper, bland annat ökar risken för uttorkning och värmeslag. Med särskilt sårbara grupper avses här personer som har sitt hem i boenden som drivs av socialtjänsten eller som har hemtjänst.

Andelen kommuner som har beredskap för höga temperaturer har ökat från 54 procent år 2016 till 67 procent 2018 för särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre och för hemtjänsten från 50 procent år 2016 till 64 procent 2018, visar Socialstyrelsens öppna jämförelser, figur 27 [112].

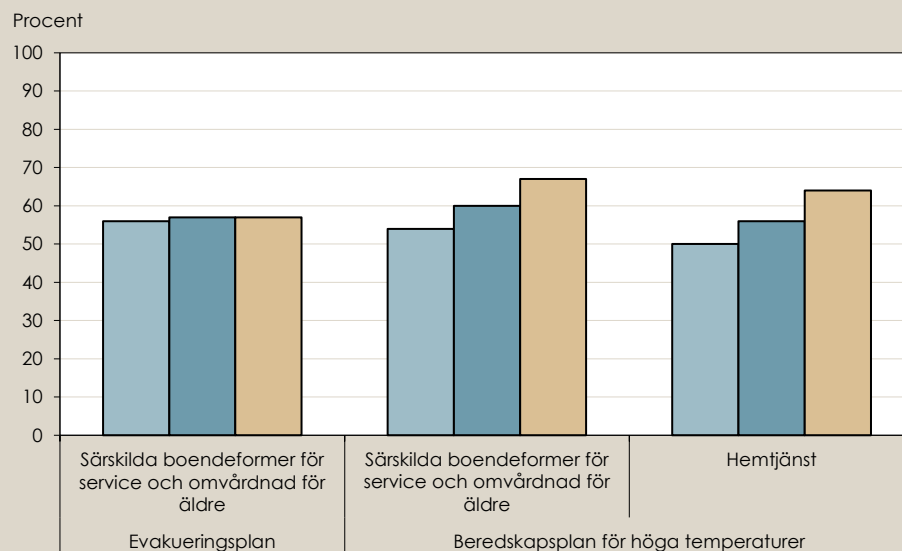
Andelen kommuner som har en evakueringsplan för särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre ligger på en liknande nivå (57 procent) som för 2017 respektive 2016, figur 27.

<sup>60</sup> 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL

<sup>61</sup> 4 kap. 1-3 §§ samverkanslagen

**Figur 27. Beredskapsplan för evakuering och höga temperaturer inom hemtjänst och särskilt boende**

Andel (%) kommuner som svarat att de har en evakueringsplan respektive beredskapsplan för höga temperaturer inom respektive insats. Avser 2016–2018.



Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, myndighetsutövning 2018, Socialstyrelsen.

■ 2016 ■ 2017 ■ 2018

## Sammanfattande iakttagelser

Förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer till personer 75 år eller äldre har minskat med 56 procent 2005–2017. I december 2018 publicerade Socialstyrelsen rapporten *Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre*, vilket är en checklista med ett urval av viktiga symtom där det ofta döljer sig bakomliggande orsaker som ofta förbises. Checklistan vänder sig i första hand till läkare och sjuksköterskor.

Drygt 8 procent av de akuta inläggningarna av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, och cirka 60 procent av biverkningar bedöms vara möjliga att förebygga. Av de läkemedelsbiverkningar som uppkommer utanför sjukhus bedöms drygt 40 procent vara undvikbara. Ett eliminerande av de undvikbara läkemedelsbiverkningarna skulle kunna spara cirka 450 miljoner kronor för samhället.

I 8 procent av samtliga vårdtillfällen drabbas patienterna av en vårdskada, och de läkemedelsrelaterade skadorna utgör en stor del av dessa skador. Skadefrekvensen är högre i äldre åldersgrupper, vilket kan bero på en ökad samsjuklighet eller en större andel utlokaliserade patienter. Vårdrelaterade infektioner är den vanligast förekommande skadan, följt av skador i samband med kirurgi och skador i samband med läkemedelsbehandling.

Under 2018 inkom 1 163 lex Sarah-anmälningar till IVO och 442 beslut togs för området äldreomsorg, oftast för särskilt boende eller hemtjänst. De vanligaste besluten handlade om att beviljad insats hade utförts felaktigt, bristande rättssäkerhet eller att beviljad insats inte utförts.

Under 2018 inkom 5 511 klagomål på hälso- och sjukvården till IVO. Av dessa utreddes 4 332 ärenden, varav knappt hälften gällde personer 65 år och äldre. Ärendena gällde framför allt vård och behandling följt av diagnostisering.

Bristande samordning av vården och omsorgen påverkar kvaliteten i vården och omsorgen. Den äldre inom socialtjänsten möter i genomsnitt 15 anställda inom hemtjänsten under 14 dagar i sitt ordinära boende. Ungefär 71 procent av alla personer 65 år och äldre i ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård har också beviljad hemtjänst. Det innebär att den person som behöver både hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård kan möta ännu fler personer.

# 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 och äldre.

## Många som får tandvårdsstöd är äldre

I Socialstyrelsens rapport *Utvärdering av tandvårdsstöden som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget* redovisas bland annat hur tandvårdsstöden når olika målgrupper.

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är två delar av det tandvårdsstöd som kan ges till personer som omfattas av LSS eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Målgruppen som har ett varaktigt behov av omsorgsinsatser är ofta äldre. Uppsökande verksamhet innebär att personerna i målgruppen erbjuds en avgiftsfri uppsökande munhälsobedömning. Munhälsobedömningen ska innefatta en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård. Behovet av munhygieninsatser bedöms med utgångspunkt i vad den enskilde eller den som vårdar denne kan klara av att utföra i fråga om munhygien.<sup>62</sup>

Munhälsobedömningar inom den uppsökande verksamheten innebär inte att personen får tandvård vid dessa tillfällen, utan den tandvård personen eventuellt behöver ges inom tandvårdsstödet för nödvändig tandvård. Personer har dock rätt till nödvändig tandvård även om den tackat nej till munhälsobedömningen.<sup>63</sup>

Det största antalet personer som har fått nödvändig tandvård minst en gång under 2013–2016 är personer i särskilt boende (1 420 personer per 100 000 invånare) följt av personer som omfattas av LSS (890 personer per 100 000 invånare).

Åldersfördelningen och antal och andel personer som fått nödvändig tandvård visas i tabell 28. Inom målgruppen som fått nödvändig tandvård och bor på särskilt boende är nästan 88 procent av patienterna 65 år och äldre. Totalt 74 procent av de som får nödvändig tandvård och som har hemsjukvård är 65 år och äldre. För de som är 65 år och äldre och bor i egen bostad och har ett omfattande behov av vård- och omsorgsinsatser är siffran knappt 63 procent.

<sup>62</sup> 8 § tredje stycket tandvårdsförordningen (1998:1338).

<sup>63</sup> När det gäller nödvändig tandvård redovisade Socialstyrelsen statistik uppdelad på följande grupper inom tandvårdsstödet:

Omfattas av LSS: personer som omfattas av LSS

Särskilt boende: personer som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 12 kap. 1 § HSL och har ett omfattande behov av vård och omsorgsinsatser.

Hemsjukvård: personer som får hälso- och sjukvård i hemmet

Egen bostad, omfattande behov av vård och omsorg: personer som bor i ordinärt boende och som har omfattande behov av vård och omsorg. Vården ges av hemtjänst eller av en närstående.

**Tabell 28. Åldersfördelningen inom målgrupperna för nödvändig tandvård**

Gäller tidsperioden 1 januari 2013–31 december 2016 i 14 landsting och regioner\*. Uppdelat på kön. Andelar i procent samt totalt antal.

| Målgrupp                       | Kön      | 20–44 år | 45–64 år | 65–84 år | 85+ år | Totalt personer |
|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|--------|-----------------|
| Omfattas av LSS                | Män      | 52       | 31       | 14       | 3      | 17 940          |
|                                | Kvinnor  | 47       | 30       | 17       | 6      | 15 920          |
|                                | Samtliga | 50       | 30       | 15       | 5      | 33 860          |
| Särskilt boende                | Män      | 8        | 11       | 42       | 40     | 21 740          |
|                                | Kvinnor  | 3        | 5        | 33       | 59     | 36 300          |
|                                | Samtliga | 5        | 7        | 36       | 52     | 58 030          |
| Hemsjukvård                    | Män      | 13       | 19       | 45       | 23     | 3 650           |
|                                | Kvinnor  | 8        | 14       | 41       | 37     | 4 670           |
|                                | Samtliga | 10       | 16       | 43       | 31     | 8 330           |
| Egen bostad, omfattande omsorg | Män      | 18       | 25       | 39       | 18     | 15 200          |
|                                | Kvinnor  | 13       | 19       | 37       | 31     | 17 500          |
|                                | Samtliga | 15       | 22       | 38       | 25     | 32 700          |

\* Avser landsting och regioner i Södermanland, Jönköpings län, Kronoberg, Kalmar län, Gotland, Blekinge, Halland, Västra Götaland, Värmland, Örebro län, Västmanland, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten. Västerbottens läns landsting statistik gäller endast 2015–2016.

## Kommunal hälso- och sjukvård

Majoriteten av Sveriges kommuner har i dag ansvar för hemsjukvård i ordinarie boende, vilket är ett uppdrag som överlåtits från landsting och regioner via överenskommelser. Fördelning av ansvar mellan landsting/regioner och kommun regleras i lokala överenskommelser och omfattar bland annat målgrupper, principer för vem som bedöms behöva hemsjukvård samt mekanismer för samverkan.

För Stockholms läns kommuner (Norrtälje undantaget) ansvarar Stockholms läns landsting för hemsjukvården i ordinärt boende. Den kommunala hälso- och sjukvården i särskilda boendeformer, daglig verksamhet samt hemsjukvård i ordinärt boende kan även bedrivas av privata aktörer.

### Kommunal hälso- och sjukvård

Primärvårdens ansvarar för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicintekniska resurser och kompetenser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL). Behoven tillgodoses med stöd av legitimerad personal i landsting/regioner och kommun. I den kommunala hälso- och sjukvården finansierar kommunen insatser av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, vilket är de vanligast förekommande professionerna. Ett fåtal dietister finns att tillgå. Läkare finansieras av landstingen/regionerna.

År 2017 fick nästan 333 200 personer 65 år och äldre i ordinärt och särskilt boende insatser av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, varav 62 procent var kvinnor. De flesta hälso- och sjukvårdsinsatser ges som hemsjukvård. Drygt 209 100 personer 65 år och äldre fick vård och behandling i ordinärt boende, tabell 29. Av dessa hade 71 procent både hemsjukvård och socialtjänstinsatser.

**Tabell 29. Antal och andel (%) personer 65 år och äldre som varit mottagare av kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer, 2017**

|                                           | Kvinnor        | Män            | Totalt antal   |
|-------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Mottagare av kommunal hälso- och sjukvård | 206 580 (62 %) | 126 620 (38 %) | 333 200        |
| Ordinärt boende, enbart KHSV              | 36 290 (11 %)  | 24 570 (7 %)   | 60 860 (18 %)  |
| Ordinärt boende med hemtjänst             | 93 250 (28 %)  | 55 060 (17 %)  | 148 310 (45 %) |
| Särskilt boende för äldre                 | 70 450 (21 %)  | 35 420 (11 %)  | 105 870 (32 %) |
| Övrigt*                                   | 6 590 (2 %)    | 11 570 (3 %)   | 18 160 (5 %)   |

\* Till exempel dagverksamhet eller boendestöd.

Källa: Registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

## Förstudie Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har genomfört en förstudie för att analysera behov av stöd till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den närliggande omsorgen. Arbetet har genomförts i ett partnerskap och samverkan med SKL och de Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS).

### Vårdlandskapet

Förstudien innehåller en kartläggning av vårdlandskapet som visar att patienter i kommunal hälso- och sjukvård ofta är sköra med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar. Flertalet är äldre och i gruppen över 65 år är det en stor majoritet kvinnor. Kommunernas roll i hälso- och sjukvårdssystemet uppmärksammas inte tillräckligt. Det gör att verksamheten inte alltid resurssätts efter behov och att stöd och satsningar inte alltid omfattar den kommunala hälso- och sjukvården även om det vore relevant.

Det är också vanligt att patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver insatser från socialtjänsten. En person kan möta flera olika utförare av hälso- och sjukvård och socialtjänst, och de många kontaktytorna ställer krav på väl fungerande samverkan för att inte innebära risker.

Förstudien visar även att behoven av kommunal hälso- och sjukvård har förändrats. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus.

Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver dessutom vård för vanliga kroniska sjukdomar, till exempel hjärtsjukdomar, diabetes, KOL eller depression. De behöver också åtgärder på grund av problem med inkontinens, undernäring och för att förebygga fall.

För en jämlik vård är det angeläget att kommunerna och verksamheterna har tillgång till kunskap om rekommenderade metoder, konstaterar förstudien. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) behöver goda förutsättningar för att kunna fullgöra sitt ansvar att verka för en god och säker hälso- och sjukvård.

### *Förslag till åtgärdsplan*

För att stärka den kommunala hälso- och sjukvården behövs ett paket av insatser under en längre period. Förstudien presenterar ett antal förslag som syftar till att underlätta för kommunerna inom ramen för befintlig lagstiftning. Bland annat föreslås en flerårig åtgärdsplan med en årlig uppföljning som omfattar följande delar:

1. *Beskrivning av de regler som styr kommunal hälso- och sjukvård*  
En beskrivning av gällande regler för att ge kommunerna bättre överblick av regelverket som styr hur de kan bedriva sin verksamhet.
2. *Stöd till samverkan*  
Samla och sprida information om olika modeller för samverkan, överenskommelser som träffas och organisatoriska lösningar.
3. *Synliggöra kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården*  
Systematiskt inkludera kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården.
4. *Stöd till att utveckla mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård*  
Utveckla nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård som kan användas för mål, uppföljning och jämförelser.
5. *Stöd för kunskapsbaserad omvårdnad, prevention, rehabilitering, habilitering m.m.*  
Utveckla kunskapsbaserade stöd som är anpassade till kommunernas behov och förutsättningar.
6. *Stöd till vård vid särskilda diagnoser*  
Med stöd av nationella riktlinjer, vägledningar och andra kunskapsstöd ta fram kunskapsbaserade stöd som anpassas till kommunernas behov och förutsättningar.
7. *Stöd till kompetensutveckling*  
Ta fram utbildningar, utbildningsmaterial och guidematerial för att stödja kommunernas arbete med kompetensutveckling av sin personal.

Åtgärdsplanen förutsätter en samverkan mellan Socialstyrelsen, SKL och RSS samt berörda nationella programområden inom systemet för kunskapsstyrning, myndigheter i Rådet för styrning med kunskap samt företrädare för patienter, professioner och andra yrkesgrupper.

### Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv

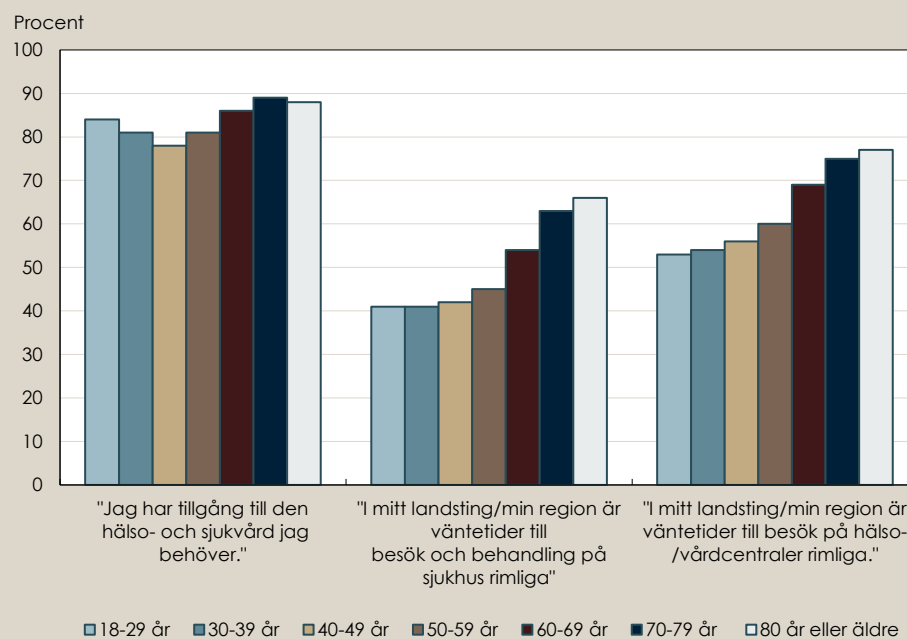
I juni 2018 redovisades delbetänkandet *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv* (SOU 2018:55) som en del av utredningen *Styrning för en mer jämlik vård*. I delbetänkandet redovisas bland annat befolkningens

upplevelse av vårdens tillgänglighet med hjälp av data från Hälso- och sjukvårdsbarometern från SKL. Minst tre av fyra personer i alla ålderskategorier instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den vård de behöver. Personer som är 60 år eller äldre instämmer i något högre utsträckning än övriga i detta påstående.

När det gäller väntetider på sjukhus och vårdcentraler syns tydligare skillnader mellan de olika åldersgrupperna, figur 28. Andelen som instämmer i påståendet att väntetiderna till behandling och besök på sjukhus är rimliga ökar med stigande ålder. Fyra av tio personer i åldersgruppen 18–29 år anser att väntetiderna till sjukhus är rimliga, jämfört med två av tre i åldersgruppen 80 år och äldre. Samtliga åldersgrupper har en större andel som instämmer i att väntetider till vårdcentral är rimliga, jämfört med hur de ser på väntetider till sjukhus.

Resultaten bör dock tolkas med försiktighet, eftersom vårdbehovet hos de som svarar inte är känt. Även deras förväntningar kan skilja sig åt, och förväntningar speglar inte nödvändigtvis det verkliga behovet av vård.

**Figur 28. Befolkningens upplevelse av tillgång och väntetider fördelat på ålder, 2018**



Källa: SKL, Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018

Klassiska socioekonomiska variabler som arbete, inkomstnivå och utbildningsnivå samvarierar med vårdkostnader på så sätt att starkare socioekonomi ger lägre vårdkostnader. Mönstret tycks dock vara ett annat bland personer 65 år och äldre. När utredningen analyserade besöksdata från Västra Götalandsregionen visade det sig att höginkomsttagare besöker både primärvården och den specialiserade öppenvården oftare än personer med lägre inkomst, tabell 30.

Samma gäller för utbildning: Efter 65 år besöker de med högre utbildning primärvården mer än de med grundskoleutbildning och ungefär lika mycket



som de med gymnasial utbildning. För den specialiserade öppenvården besöker de med högst utbildning vården oftare än övriga medan de med lägst utbildning konsumerar minst.

**Tabell 30. Genomsnittligt antal besök i primärvården och i specialiserad öppenvård per år för åldersgruppen 65 år och äldre, fördelat på inkomst**

| Vårdtyp                        | Låg inkomst | Hög inkomst |
|--------------------------------|-------------|-------------|
| Primärvården                   | 5,2         | 5,4         |
| Primärvårdsbesök läkare        | 2,0         | 1,9         |
| Primärvårdsbesök övriga        | 3,1         | 3,5         |
| Specialiserad öppenvård        | 2,8         | 3,2         |
| Specialiserad öppenvård läkare | 1,7         | 1,8         |
| Specialiserad öppenvård övriga | 1,2         | 1,4         |
| Akutsjukvård                   | 0,5         | 0,3         |

Källa: Data från Västra Götalandsregionen 2018, bearbetat av Styrning för mer jämlik vård.

För personer som är äldre än 80 år kan samma mönster ses i vårdkostnadsdata från Region Norrbotten, Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

## Äldre med intellektuella funktionsnedsättningar

Medellivslängden för den svenska befolkningen har ökat markant under 1900-talet. Den största ökningen har skett för personer med intellektuella funktionsnedsättningar (ID – *intellectual disability*), vilket är ett direkt resultat av medicinska och sociala framsteg. Personer med ID utgör en mycket heterogen grupp, där graden av funktionsnedsättning kan variera från lindrig till grav. Oftast ställs diagnosen i tidiga år när det visar sig att olika intellektuella funktioner inte fungerar normalt.

Men även om medellivslängden har ökat för denna grupp, så är inte åldrandet jämnt. Bland annat har Världshälsoorganisationen (WHO) uppmärksammat att personer med ID som uppnår hög ålder inte har samma möjligheter till insatser som andra äldre [113]. Därför initierades projektet ”*Hälsosamt åldrande med intellektuella funktionsnedsättningar*” med syftet att undersöka förutsättningarna för hälsa, ett aktivt och hälsosamt åldrande samt tillgång till vård och service för denna grupp äldre ur ett svenskt perspektiv. Studien beviljades forskningsanslag av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) 2014.<sup>64</sup>

Studien bestod av två delprojekt baserade på 7 936 respektive 14 842 av identifierade personer med intellektuella funktionsnedsättningar (ID). Personerna var 55 år eller äldre och registrerade i LSS-registret eller patientregistret. Åldersgränsen 55 år sattes eftersom tidigare forskning visat att personer med ID åldras tidigare än befolkningen i genomsnitt.

I studien framkom att äldre personer med ID är ojämnt fördelade över Sverige, där det generellt sett finns fler äldre med ID i Norrland än i Svealand och Götaland. Även fördelningen inom de tre landsdelarna är ojämn. I södra

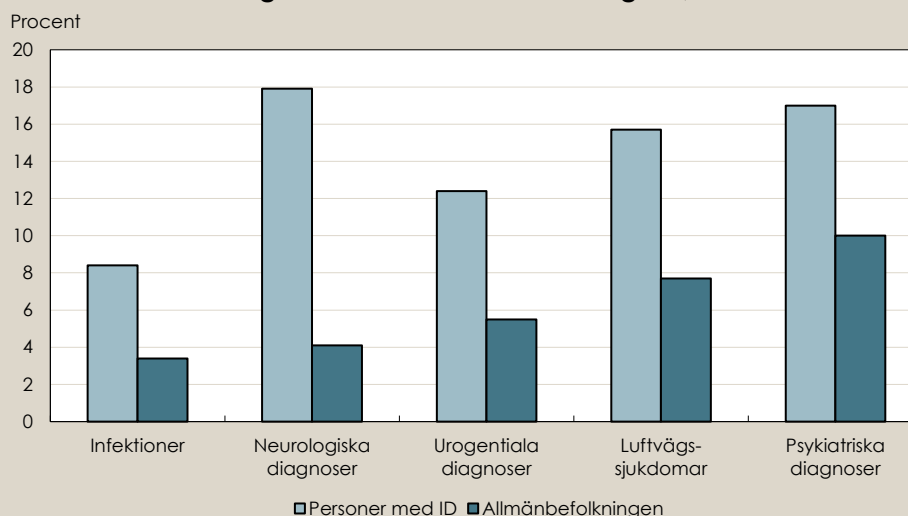
<sup>64</sup> Projektansvarig är professor Gerd Ahlström och statistiker docent Anna Axmon, båda verksamma vid Lunds universitet.

och mellersta Sverige bor äldre med ID spritt över en stor yta, medan befolkningsgruppen koncentreras till vissa kommuner i norra Sverige [114]. Denna kunskap är viktig för samhällets planering av insatser inom vård och omsorg.

Diagnoser av somatiska sjukdomar hos personer med ID i jämförelse med befolkningen i allmänhet skiljer sig åt. Infektioner, neurologiska sjukdomar, urogenitala sjukdomar, luftvägssjukdomar och ospecificerade symtom är vanligare bland personer med ID, figur 29. Personer med ID har däremot färre diagnostiserade cancersjukdomar, kardiovaskulära sjukdomar och muskuloskeletala sjukdomar [115]. Om detta beror på lägre förekomst eller underdiagnostisering är dock oklart. Därför är det viktigt att vården och omsorgen organiseras så att personer med ID får tillgång till hälsoundersökningar, medicinska behandlingar och vård som andra i befolkningen.

Studien visar även att äldre personer med ID löper större risk att få en eller flera psykiatriska diagnoser än övriga i befolkningen, figur 29. Personernas nedsatta förmåga att kommunicera och till abstrakt tänkande medför svårigheter att sätta rätt diagnos eftersom detta är beroende av att patienten kan både notera symptomen och förmedla dem [116]. Det här medför en ökad risk för att beteende hos personer med ID misstolkas som psykiatriska sjukdomar, när det i själva verket kan handla om till exempel smärta.

**Figur 29. Andel (%) personer med intellektuella funktionsnedsättningar  $\geq 55$  år med minst en diagnos, 2002–2012**



Källa: Axmon m.fl. 2018; Sandberg m.fl. 2017.

Fall är den vanligaste skaderisken för äldre personer i den allmänna befolkningen och detsamma gäller äldre med ID. Fall har många orsaker, men en viktig orsak är mediciner som genom sina biverkningar ökar risken för fall, så kallade *frids* (från eng. *fall risk increasing drugs*). Studien visar att de som fick sådana mediciner i högre grad drabbades av fallrelaterade olyckor men att personer med ID hade en högre risk att drabbas än övriga befolkningen. Det framkom också att personer med ID ofta har längre perioder av mediciner med den här typen av mediciner [117]. Den ökade fallrisken till följd

av ID behöver noga beaktas före förskrivning av mediciner som ytterligare ökar risken för fall.

Kronisk smärta är ett välkänt folkhälsoproblem i befolkningen som helhet, med långtgående effekter för individen. Kunskapen om smärta hos personer med ID är dock begränsad hos personal inom vård och omsorg, eftersom personer med ID generellt sett har svårt att kommunicera sina behov till omgivningen. Forskningsprojektet fann att det är vanligt att personer med ID föreskrivs mycket mer paracetamol och mindre av andra smärtlindrande mediciner [118]. Personal inom vård och omsorg behöver därför bli bättre på att observera tecken på smärta hos personer med ID, för att dessa personer ska kunna få adekvat och tillräcklig smärtlindring.

Resultat från forskningsprojektet visar att personer med ID löper nästan fyra gånger så hög risk att dö jämfört med personer i samma ålder i befolkningen i allmänhet (2 483 dödsfall respektive 810 per 100 000 individer). De vanligaste dödsorsakerna är luftvägssjukdomar, neurologiska sjukdomar och kardiovaskulära sjukdomar. Risken för personer med ID att dö i en luftvägssjukdom är 13 gånger så hög som för allmänbefolkningen. Resultatet är anmärkningsvärt, eftersom dessa sjukdomar ofta är behandlingsbara. Trots ökningen av medellivslängden för personer med ID har de fortfarande kortare medellivslängd än övriga befolkningen [119].

Sammantaget visar forskningsprojektet att äldre personer med ID är en sårbar grupp med hög sjuklighet och stort vårdbehov. Personernas svårigheter att kommunicera till andra när något är fel ökar risken för otillräcklig vård, felaktig vård, vård för sent eller ingen vård alls. Vården måste ta större hänsyn till dessa personers speciella behov och såväl vård- som omsorgspersonal behöver utbildning för att kunna uppmärksamma olika behov och ge rätt vård i rätt tid.

## Personer med intellektuell funktionsnedsättning och demens

Åldrandet leder till ett ökat beroende av andra människor; det gäller oftast i ännu högre grad hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Downs syndrom är den vanligaste genetiska orsaken till inlärningssvårigheter, och personer med detta tillstånd utgör den största grupp personer under 50 år som utvecklat demens [120]; vid 60 års ålder har nästan hälften av alla personer med Downs syndrom tydliga tecken på demenssjukdom. Personer med Downs syndrom drabbas dessutom ofta av alzheimerliknande demens, men kognitiv bedömning är svår och diagnostiska metoder har inte validerats fullt ut för användning för personer med Downs syndrom. Det gör att tidig diagnos fortfarande är svår att sätta.

*Åldern har sin rätt – om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning* är ett material som tagits fram av Svenskt Demenscentrum och Riksförbundet FUB. Materialet består två webbutbildningar – en för personer med intellektuell funktionsnedsättning och en för LSS-personal som arbetar med personer med ID som har demenssjukdom samt för närstående.

I materialet ingår även en bok [121] som bland annat tar upp hur personer med ID ska få ett så bra åldrande som möjligt samt risken för ökad social isolering och minskad delaktighet. Ett kapitel ägnas åt demenssjukdomar

## Nationella minoriteter – språk och kultur i äldreomsorg

Den 1 januari 2019 började nya och skärpta bestämmelser i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk, (minoritetslagen) att gälla. Socialstyrelsen har med anledning av detta tagit fram ett nytt Meddelandeblad (Nr 7/2018) [122]. För äldreomsorgen innebar lagen bland annat följande:

- en skyldighet att erbjuda hela eller en väsentlig del av äldreomsorgen på finska, meänkieli och samiska till enskilda som bor i kommuner som ingår i ett förvaltningsområde.
- en skyldighet för kommuner som inte ingår i något förvaltningsområde att erbjuda den som begär det hela eller en väsentlig del av äldreomsorgen på finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska, om kommunen har tillgång till personal med sådana språkkunskaper. Detsamma gäller för en kommun som ingår i ett förvaltningsområde för ett visst språk vad gäller övriga språk.

Skyldigheten att tillhandahålla äldreomsorg på minoritetsspråk har därmed utsträckts till att även omfatta jiddisch och romani chib.

Det har också införts två ytterligare bestämmelser vad gäller nationella minoriteter och äldreomsorg.

- att kommunen är skyldig att beakta de äldres behov av att upprätthålla sin kulturella identitet och
- att kommunen är skyldig att informera den som ansöker om äldreomsorg om möjligheterna att få service och omvårdnad enligt minoritetslagen.

I en rapport 2018 till Länsstyrelsen i Stockholms län, inom ramen för regeringens strategi för romsk inkludering, konstaterade Socialstyrelsen att behovet av äldreomsorg för romer med stor sannolikhet kommer att öka [123]. Med anledning av de nya och skärpta bestämmelserna i minoritetslagen kommer detta att bli en än mer aktuell fråga framöver.

## Sammanfattande iakttagelser

Enligt Socialstyrelsens utvärdering ökar antalet äldre som får tandvårdsstöd. Stödet innefattar både den uppsökande verksamheten och den så kallade nödvändiga tandvården som ges till personer som omfattas av LSS eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser, vilket ofta är äldre personer.

Antalet personer med kommunal hälso- och sjukvård ökar och en förstudie har visat att de som vårdas ofta har komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar. Kortare vårdtider och snabbare utskrivningar ställer därför nya krav på insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Åldrandet är inte jämlikt, och det har uppmärksamats att personer 65 år och äldre med intellektuella funktionsnedsättningar som uppnår hög ålder inte får samma möjlighet till insatser som andra äldre. Äldre personer med intellektuella funktionsnedsättningar är en sårbar grupp med hög sjuklighet

och stort vårdbehov, och både vården och omsorgen behöver ta hänsyn till dessa personers speciella behov. Såväl vård- som omsorgspersonal behöver utbildning för att uppmärksamma dessa personers behov.

# Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det ska vara lätt att få kontakt med en verksamhet och att få vård och omsorg inom rimlig tid. Det innebär också att alla som behöver vård och stöd kan ta del av verksamheten och använda dess tjänster. I det här avsnittet belyser Socialstyrelsen tillgängligheten till vård och omsorg för personer 65 år och äldre med fokus på och boende.

## Socialtjänstinsatserna till äldre personer minskar

Kommunernas ansvar innebär att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till insatser av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Insatsen 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 till äldre ges vanligen i form av hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende eller dagverksamhet.

Under perioden 2010–2017 minskade andelen personer med äldreomsorg i samtliga insatsformer, tabell 31.

**Tabell 31. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen**

Andel (%) personer 65 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, 2010–2017.

| 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    |
| 2017  | 9,9       | 6,1 | 8,1    | 5,1             | 2,8 | 4,0    | 0,5            | 0,4 | 0,5    | 0,4           | 0,5 | 0,4    |

Individbaserad statistik saknas för 2013, eftersom 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 mer omfattande behov av vård och omsorg bor kvar i ordinärt boende, vilket har påverkat utvecklingen av den kommunala hemsjukvården (se tidigare avsnitt *Kommunal hälso- och sjukvård*).

## Boendesituation för äldre

### Behovet av bostäder för äldre är svårbedömt

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

Däremot finns det på nationell nivå information om hur många personer som har en biståndsbedömd insats om särskilt boende, och i oktober 2017 hade 82 006 personer (8,1 procent, tabell 31) en sådan insats [124] på ungefär 2 200 särskilda boenden runt om i Sverige [14].

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2018 uppgav 116 kommuner att de hade ett underskott på särskilda boendeformer för äldre, vilket är något färre än i 2017 års undersökning, tabell 32 [125]. Samtidigt var det färre kommuner som 2018 rapporterade ett överskott av bostäder för äldre.

**Tabell 32. Kommunernas bedömning av utbudet av särskilda boendeformer för äldre i kommunen, 2014–2018**

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

|            | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------|------|------|------|------|------|
| Underskott | 77   | 122  | 109  | 125  | 116  |
| Balans     | 182  | 143  | 149  | 143  | 143  |
| Överskott  | 23   | 16   | 21   | 15   | 12   |
| Ej svarat  | 8    | 9    | 11   | 7    | 19   |

Källa: Boverkets bostadsmarknadsenkät 2018.

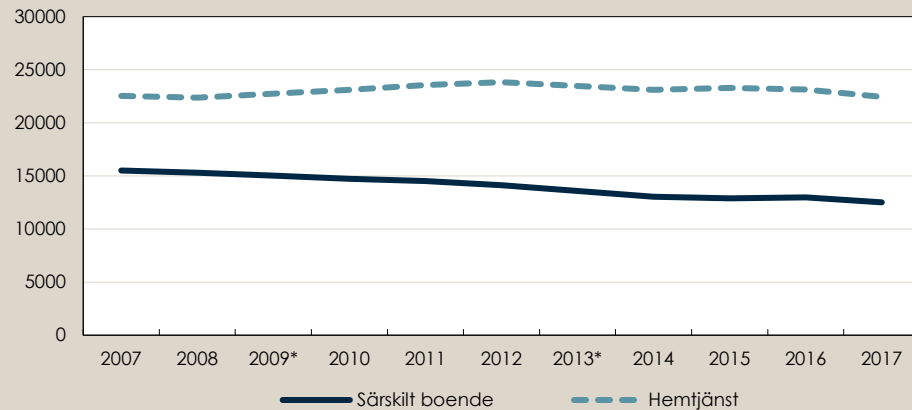
Riksrevisionen presenterade hösten 2018 en rapport där de hade följt upp det investeringsstöd som betalades ut 2007–2014 för att bygga särskilda boenden för äldre; från 2016 finns ett nytt investeringsstöd med ungefär samma konstruktion som det tidigare stödet. Riksrevisionen menade att det inte går att följa upp om investeringsstödet lett till fler platser på särskilt boende, och konstaterade att kommunerna har olika utmaningar vad gäller äldreomsorgen, vilka inte alltid beror på antalet platser i särskilt boende; den stora kostnaden inte ligger i själva byggandet utan i driften [126].

På nationell nivå saknas i dagsläget uppgifter om de behov hos enskilda personer som beslut om särskilt boende grundar sig på. Det gör det svårt att avgöra hur många särskilda boenden det behövs nationellt. Däremot visar figur 30 att antalet personer 80 år och äldre med beslut om särskilt boende minskat över en tioårsperiod, sett till den ökande äldre befolkningen.

**Figur 30. Utveckling av äldreomsorgens insatser**

Antal personer i särskilt boende och med hemtjänst per 100 000 invånare, 80 år och äldre mellan åren 2007-2017.

Antal per 100 000



\* Data finns ej, medelvärde mellan året innan och året efter.

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

Andelen personer 80 år och äldre i särskilt boende minskar över en tioårsperiod, vilket kan bero på att människor lever längre och håller sig friskare längre [127]. Men att människor lever allt längre betyder också att de lever längre med olika diagnoser och samsjuklighet, det vill säga att människor förr avled av kan de numera fortsätta att leva med. Det ställer inte bara krav på kunskap och samverkan hos vård- och omsorgspersonal utan även på boende- och samhällsmiljöer. (Se även tidigare avsnitt *Äldrevård och omsorg står inför stora utmaningar*.)

## Väntetiden till särskilt boende har blivit kortare

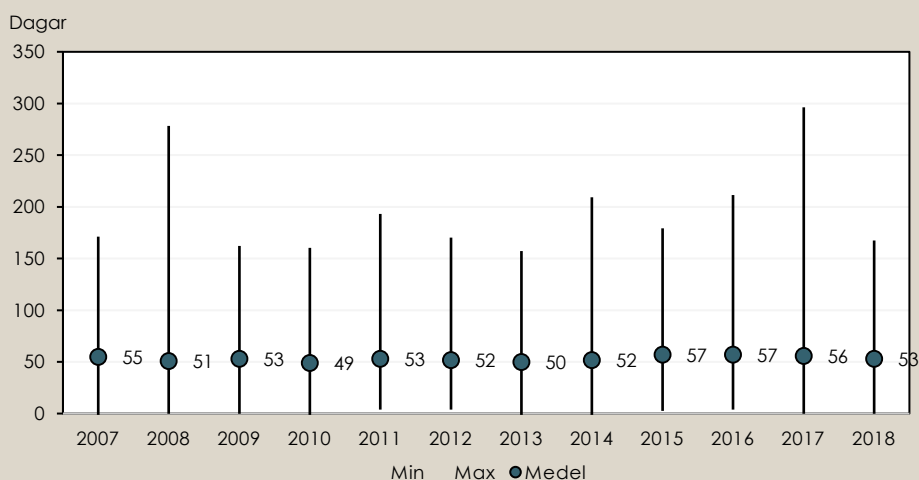
Enligt SoL ska ett beslut om bostad i särskilt boende som fattats med stöd av 4 kap. 1 § SoL verkställas omedelbart (16 kap. 3 § SoL). Från att en person beviljas särskilt boende ska den därför inte behöva vänta för länge på ett erbjudande om en plats på särskilt boende. För lång väntan kan dessutom resultera i negativa konsekvenser för personens hälsa. Kommunerna mäter och rapporterar det genomsnittliga antalet dagar en person får vänta från ansökan till erbjudande om plats på särskilt boende för personer 65 år och äldre. På riksnivå var antalet väntedagar i genomsnitt 53 dagar för de 219 kommuner som genomförde mätningen 2018, figur 31. Det är en förbättring med tre dagar jämfört med året innan.

Sedan 2015 finns dessutom könsuppdelad information om väntetiderna, och den visar att den genomsnittliga väntetiden för kvinnor 2018 var 54 dagar jämfört med 51 dagar för män. Mellan 2015 och 2017 fick kvinnor i genomsnitt vänta 59 dagar jämfört med 56 dagar för män.



**Figur 31. Antal dagar från beslut om särskilt boende till erbjudande om inflyttning**

Riket samt spridning i antal dagar, år 2007–2018.



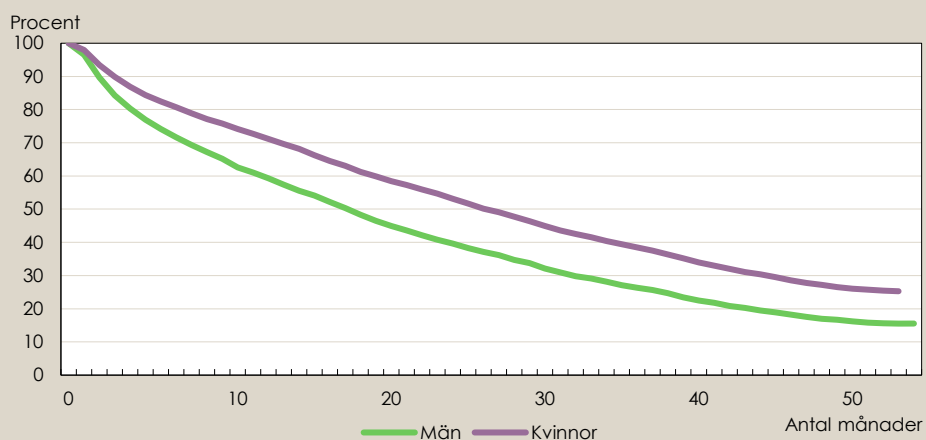
Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2019-01-25.

Sex månader efter flytt till ett särskilt boende har 28 procent av männen och 19 procent av kvinnorna avlidit, och efter ett år har andelen ökat till 41 procent av männen och 29 procent av kvinnorna, figur 32. I jämförelse med de som flyttade in 2012 har andelen män som avlider efter ett år ökat med två procentenheter. För kvinnor är andelen näst intill oförändrad. Andelen som avlider inom ett år är fortfarande något högre för de som är över 80 år och äldre, än för de som är 65–79 år. Av de som bodde på särskilt boende 2017 är 78 procent 80 år och äldre.

Två år efter inflyttning bor 40 procent av männen och 53 procent av kvinnorna kvar på särskilt boende, och 17 procent av männen respektive 27 procent av kvinnorna bor i särskilt boende längre än fyra år.

**Figur 32. Vistelsetid på särskilt boende**

Andel (%) personer, 65 år och äldre, som flyttade in på särskilt boende under 2013 som bor kvar, redovisat på antalet månader sedan inflyttning, samt kvinnor och män.



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

## Olika former av boende för äldre

Enligt SoL ska kommunen inrätta särskilda boende former för äldre (5 kap. 5 § SoL). De särskilda boendeformerna beviljas i regel till äldre personer som inte längre kan tillförsäkras en skälig levnadsnivå i det i ordinära boendet med hemtjänstinsatser.

### *Biståndsbedömt trygghetsboende*

En ny biståndsbedömd särskild boendeform införs i april 2019; biståndsbedömt trygghetsboende för äldre [128]. Insatsen syftar till att öka tryggheten för äldre personer som inte är trygga med att bo kvar hemma. Målgruppen för insatsen behöver inte vård och omsorg dygnet runt, utan insatsen syftar till att bryta isolering och öka tryggheten genom bland annat gemensamma måltider och aktiviteter.

### *Trygghetsbostäder utan biståndsbeslut och seniorbostäder*

Trygghetsbostäder och seniorbostäder kallas befintliga boenden som tillhandahålls på den ordinarie bostadsmarknaden och som riktar sig till personer över en viss ålder [125]. Boendeformerna ges inte som en biståndsbeslutad insats enligt socialtjänstlagen. Utformningen på senior- och trygghetsbostäderna varierar men ofta finns det en gemensamhetslokal. Boverket benämner trygghetsbostäder som ett boende mellan det ordinarie boendet och det särskilda boendet med ökad trygghet för den enskilda personen som gemensam faktor.

Enligt Boverket 2018 bostadsmarknadsenkät erbjuder 181 kommuner trygghetsbostäder, vilket är ökning med 21 kommuner jämfört med föregående år. Det finns närmare 10 000 trygghetsbostäder för personer 65 år och äldre, och de två kommande åren planeras det för ytterligare drygt 2 700 bostäder. Det finns seniorbostäder i 185 kommuner, varav 127 kommuner har uppgett ett ungefärligt antal lägenheter – sammantaget knappt 23 300.

Sannolikt finns det fler trygghets- och seniorbostäder än rapporterat, eftersom alla kommuner inte har lämnat uppgifter, men trots att antalet bostäder ökar minskar antalet kommuner som uppger att de har lediga bostäder för äldre.

### *Korttidsplatser och dagverksamhet*

Personer som behöver exempelvis rehabilitering, omvårdnad, växelvård eller avlösning för närstående kan erbjudas en plats på ett korttidsboende, vilket är en biståndsbeslutad insats med avsikt att ge vård och omsorg hela dygnet till personer med ett mindre varaktigt behov.<sup>65</sup> Cirka 9 400 personer hade insatsen korttidsplats i oktober 2017, vilket är en minskning jämfört med 2016 med nästan 8 procent.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Socialstyrelsens termbank, term: *korttidsplats*. <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=283&SrcLang=sv>, hämtad 2019-01-17.

<sup>66</sup> Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser för äldre.

Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats som består av sysselsättning, behandling eller rehabilitering på en plats utanför den egna bostaden.<sup>67</sup> Formen på dagverksamhet varierar men den bör utformas så att verksamheten möter den enskilda personens behov. I oktober 2017 hade drygt 10 500 personer en pågående insats, vilket är en minskning med drygt 4 procentenheter jämfört med 2016. Dagverksamhet kan också fungera som en indirekt insats riktad till den närstående, med syfte att underlätta för närstående [129].

## Förstudie om innehåll i dagverksamheter för personer med demenssjukdom

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för personer med demenssjukdom 2017 bör socialtjänsten erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med mild till måttlig demenssjukdom (prioritet 1) oavsett personens ålder [129]. Socialstyrelsen genomförde 2018 en förstudie för att undersöka vad som kan innefattas i ett innehåll som harmonierar med ett personcentrerat arbetssätt i en dagverksamhet. Vidare undersökte Socialstyrelsen möjligheten att ta fram ett kunskapsstöd med eller utan rekommendationer för att ge vägledning till kommuner och verksamheter.

Sammanfattningsvis visar resultatet att det finns behov av ett kunskapsstöd för att utveckla

- kunskap om faktorer som kan förbättra förutsättningar för personer med demens att komma till och vistas i dagverksamhet utifrån sina behov. Till exempel modeller för hur samarbete med färdtjänst, hemtjänstpersonal, närstående och biståndshandläggare kan förbättras
- en beskrivning av vad dagverksamhet är genom att tydliggöra dagverksamhetens funktion och nytta samt att veta vilken kompetens som personalen behöver
- hur man kan arbeta med dagverksamhet utifrån ett personcentrerat och rehabiliterande arbetssätt med metoder för ökad självständighet och delaktighet i en sjukdom som förändras över tid.

## En tillgänglig miljö

Människor tillbringar en stor del av sin tid i sitt hem eller nära sitt hem, vilket även gäller äldre personer, och den fysiska miljön kan påverka en individs upplevelse av vården och omsorgens insatser. För att en person ska kunna förflytta sig i sitt hem och ta del av samhället är det viktigt att miljön är utformad så att den fungerar stödjande.

Personer som bor på särskilt boende tillbringar en stor del av sin tillvaro i eller nära sitt hem, och utformningen av inommiljön är därför central. En väl genomtänkt miljö som är tydlig samt lätt att tolka och förstå kan underlätta för personer med kognitiva funktionsnedsättningar och har därför betydelse för deras välbefinnande [130, 131]. En stödjande inommiljö stödjer den enskilda personen genom att

---

<sup>67</sup> Socialstyrelsens termbank, term: *dagverksamhet*. <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=699&SrcLang=sv>, hämtad 2019-01-17.

- det går att orientera sig med olika stöd i omgivningen
- det finns tydliga kontraster mellan exempelvis ledstänger, dörrvred och bakgrunder
- det är lätt att ta sig fram i korridorer utan att komma till återvändsgränder

I Socialstyrelsens enhetsundersökning 2018 uppgav 22 procent av de särskilda boendena att de har en stödjande innemiljö, tabell 33 [14]. Av de boende upplevde 39 procent att det var trivsamt i lägenheten, i de gemensamma utrymmena och runt boendet.

En tillgänglig boendemiljö kan påverka personens delaktighet och självständighet positivt [132], och det kan på sikt förebygga känslor av ensamhet och depression om en person kan ta del av ett socialt sammanhang och på sätt kan bli stimulerad. Därför är det viktigt att motverka ensamhet och möjliggöra för enskilda boende att delta i aktiviteter. Andelen som upplever att de är nöjda med aktiviteterna på det särskilda boendet och samtidigt inte upplever besvär av ensamhet är 53 procent.

**Tabell 33. Andel (%) enheter som har en tillgänglig boendemiljö samt andel individer som uppskattar sin boendemiljö, 2017–2018.**

| Indikatorer om boendemiljö                                                 | 2017 | 2018 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Enheter har en stödjande innemiljö                                         | -    | 22   |
| Enheter kan tillgodose spontana önskemål om utomhusvistelse hos enskilda   | -    | 82   |
| Personerna uppskattar sin boendemiljö                                      | 47   | 39   |
| Personer som är nöjda med aktiviteter och upplever inte besvär av ensamhet | 46   | 53   |

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Öppna jämförelser, Vård och omsorg om äldre 2018, Socialstyrelsen.

## Tillgänglig utemiljö

Möjligheter till utevistelse för äldre personer är ofta beroende av tillgänglighet till lämplig utemiljö och känslan av trygghet. Det är viktigt att tillgången till utevistelse inte definieras av psykologiska, fysiska och organisatoriska hinder [133]. Det betyder att utemiljön inte ska uppfattas som osäker eller oattraktiv, att det är stora avstånd eller att det är svårt att sig fram på grund av exempelvis höjdskillnader.

Drygt hälften av de som bor på särskilt boende upplever att de har stora svårigheter eller inte kan förflytta sig alls på egen hand. Därför är det viktigt att enskildas möjlighet till utevistelse inte definieras av att det inte finns tillräckligt med personal för att ge stöd i att komma ut och förflytta sig utomhus. Av de särskilda boendena uppfyllde 82 procent indikatorn att verksamheten har förutsättningar för att tillgodose spontana önskemål om utevistelse hos enskilda.

Möjlighet till utevistelse kan ha flera positiva hälsoeffekter och kan spela en viktig roll i den förebyggande verksamheten, till exempel för att förebygga fallskador och depression. De kan även bidra till bättre sömn och ökad rörlighet som kan motivera en ökad aptit.

## Bostadsanpassningar

Vilket ljus och vilken färg en bostad har är inte bara intressant ur ett estetiskt perspektiv utan det kan även fungera stödjande för personer med exempelvis kognitiv svikt. Även hörsel och syn försämras med åldern, vilket ökar vikten av en god ljud- och ljussättning [130, 134]. I en avhandling från 2018 från Karlstads universitet har stötdämpande golv visat sig ha en positiv effekt på ljudmiljön, eftersom det kan fungera ljudabsorberande [135]. Stötdämpande golv kan även ha en positiv effekt vad gäller risken för fallskador hos äldre, eftersom individen som faller får ett dämpande material mellan kroppen och golvet.

Centre for Ageing and Supportive Environments (CASE) vid Lunds universitet forskar bland annat om tillgänglighet i och runt bostäder. De menar att det är viktigt att alla bostäder är utformade på sådant sätt att de tar höjd för en nedsatt funktionsförmåga hos enskilda, för att personer ska kunna åldras och inte begränsas i och runt om sin bostad [136]. Det kan handla om utformningen av badrum och kök, trösklar eller nivåskillnader i och utanför bostaden.

Forskning visar att den fysiska miljöns utformning kan påverka användandet av exempelvis hjälpmedel negativt och kan inskränka på enskildas dagliga aktiviteter [137]. Genom att bygga bostäder och samhällsmiljöer som är tillgängliga för alla och som anpassas efter funktionsförmåga hos enskilda personer, kan dessa fortsätta leva självständiga liv [136].

## Sammanfattande iakttagelser

Antalet personer som får insatsen särskilt boende har minskat de senaste tio åren. Väntetiden till särskilt boende varierar mellan åren och har minskat med 5 dagar mellan 2017 och 2018 till 53 dagar. Sett till en längre tidserie syns dock varken en positiv eller negativ utveckling.

Färre kommuner än tidigare bedömer att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. Dock saknas information på nationell nivå om exakt hur många bostäder som existerar för äldre. Totalt sett tycks antalet bostäder avsedda för äldre personer öka, samtidigt som färre kommuner uppger att de har lediga bostäder.

Det investeringsstöd som inrättades 2007 för att driva på en utveckling av fler särskilda bostäder för äldre är svårt att följa upp. Det är dessutom oftast inte själva upprättandet av verksamheten som är det kostsamma, utan driften.

Utvecklingen pekar på att personer i allt högre utsträckning får vård och omsorg i sitt ordinära boende. Mellan 2013 och 2017 ökade antalet personer 65 år och äldre inom den kommunala hälso- och sjukvården från 308 400 personer 2013 till nästan 333 200 personer 2017. Ungefär 70 procent av personerna 65 år och äldre i ordinärt boende fick både hemsjukvård och socialtjänstinsatser.

Att personer i allt högre utsträckning ges insatser i hemmet ställer krav på kunskap och samverkan hos vård- och omsorgspersonal. Det ställer också krav på tillgänglighet i boende- och samhällsmiljöer. För att personer ska

kunna fortsätta leva självständiga liv krävs att samhället anpassar den ordinarie bostadsmarknaden och samhällsmiljöerna efter varierande funktionsförmågor hos enskilda.

# Referenser

1. God vård [Elektronisk resurs]. Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. God kvalitet i socialtjänsten: om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
3. Regeringskansliet. Globala målen och Agenda 2030. 2017. Hämtad 2017-01-24 från: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
4. SCB. Människorna i Sverige. 2018. Hämtad 2019-01-13 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/>
5. VIP i vården? : om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
6. Sveriges framtida befolkning 2017-2060 = [The future population of Sweden 2017-2060]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2017.
7. Svensk kataraktkirurgi. Årsrapport 2017 Göteborg: Svenska höftprotesregistret; 2017.
8. Svenska höftprotesregistret 2017. Årsrapport 2017. Göteborg: Svenska höftprotesregistret; 2017.
9. Kunskapsguiden. 2019. Hämtad 2019-01-13 från: [Äldre/teman/levnadsvanor/vanligastejukdomarnahosaldre](#)
10. Läs mig! : nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
11. Nadja Frederiksen, JG, Judit Hadnagy, Caroline Jonsson, Nina Karlsson, Oddrun Midtbø. Äldre och alkohol. Om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden: Nordens Välfärdscenter 2018.
12. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2018 [Elektronisk resurs]; 2018.
13. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018. 2018.
14. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2018 - Enhetsundersökningen äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018.
15. Gerino, E, Rolle, L, Sechi, C, Brustia, P. Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in psychology*. 2017; 8:2003.
16. Kang, HW, Park, M, Wallace Hernandez, JP. The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of sport and health science*. 2018; 7(2):237-44.
17. SCB. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) [Elektronisk resurs] : [dokumentation av statistiken]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2018.
18. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2018 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2018.

19. Milja, R, Emanuel, Å. Att främja psykisk hälsa på kort och lång sikt; 2018.
20. Valfärdsteknik – digitala verktyg som social stimulans för äldre personer med eller vid risk för psykisk ohälsa [Elektronisk resurs]. SBU; 2017.
21. Hradilova Selin, K, Sellgren Karlsson, M. Brott mot äldre: om utsatthet och otrygghet. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ); 2018.
22. Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre [Elektronisk resurs]. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2017.
23. Det är inte alltid som man tror [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2013.
24. Behandling av depression hos äldre : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015.
25. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
26. Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa – Slutrapport [Elektronisk resurs]. 2013.
27. SKL. Skador inom psykiatrisk vård-Markörbaserad journalgranskning: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
28. SKL. Skador inom Psykiatrisk vård - Markörbaserad journalgranskning; 2018.
29. "Förståelse för primärvården är A och O" - En myndighetsgemensam digital pilot på primärvårdens villkor [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2018.
30. WHO. Suicide data. 2019. Hämtad 2019 January från: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
31. Okolie, C, Dennis, M, Simon Thomas, E, John, A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics. 2017; 29(11):1801-24.
32. Conejero, I, Olié, E, Courtet, P, Calati, R. Suicide in older adults: current perspectives. Clinical interventions in aging. 2018; 13:691-9.
33. Folkhälsomyndigheten. Primärvården kan förebygga suicid bland äldre [Elektronisk resurs]; 2018.
34. Äldrepsykiatri: kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen; 2017.
35. E-hälsomyndigheten. Uppföljningsmodell för e-hälsa och en första testmätning - ett diskussionsunderlag. 2018. Hämtad från: <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2018/05/Uppfoljningsmodell-för-ehalsa-och-en-första-testmätning-1.pdf>
36. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018 – Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna [Elektronisk resurs]; 2018.
37. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet. 2017. Hämtad från: <https://2018.svenskarnaochinternet.se/>
38. Socialstyrelsen. Valfärdsteknik - en studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner. 2018. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-11-3>
39. Folkhälsomyndigheten. Digital teknik för social delaktighet bland äldre personer. 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/77f20aba933e42978>



- c44fea69689a7e2/digital-teknik-for-social-delaktighet-bland-aldre-personer.pdf
40. Socialstyrelsen. Juridiskt stöd för dokumentation. 2018. Hämtad från: <https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod>
  41. IVO. Valfärdsteknik i äldreomsorgen. Förstudie inför nationell tillsyn, avdelning öst [Elektronisk resurs]; 2019.
  42. Socialdepartementet. Uppdrag om nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa). 2018. Hämtad från: <https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/dokument/regeringsuppdrag/uppdrag-om-nationellt-stod-till-kommunerna-vid-inforande-och-anvandning-av-digital-teknik-e-halsa.pdf>
  43. Socialdepartementet. Uppdrag att fördela medel 2018. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49ee76/contentassets/eeefcebf46024cf5ad2ed0fd20561281/uppdrag-att-fordela-medel.pdf>
  44. Davidsson, P, Thoresson, A. Svenskarna och internet 2017 : Undersökning om svenskarnas internetvanor: IIS, Internetstiftelsen i Sverige; 2017.
  45. D'Onofrio, G, Sancarolo, D, Ricciardi, F, Panza, F, Seripa, D, Cavallo, F, et al. Information and communication technologies for the activities of daily living in older patients with dementia: A systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017; 57(3):927-35.
  46. Moyle, W, Arnautovska, U, Ownsworth, T, Jones, C. Potential of telepresence robots to enhance social connectedness in older adults with dementia: An integrative review of feasibility. *International Psychogeriatrics*. 2017; 29(12):1951-64.
  47. Pinto-Bruno, AC, García-Casal, JA, Csipke, E, Jenaro-Río, C, Franco-Martín, M. ICT-based applications to improve social health and social participation in older adults with dementia A systematic literature review. *Aging & Mental Health*. 2017; 21(1):58-65.
  48. Chipps, J, Jarvis, MA, Ramlall, S. The effectiveness of e-interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2017; 23(10):817-27.
  49. Choi, SD, Guo, L, Kang, D, Xiong, S. Exergame technology and interactive interventions for elderly fall prevention: A systematic literature review. *Applied Ergonomics*. 2017; 65:570-81.
  50. Neri, SGR, Cardoso, JR, Cruz, L, Lima, RM, de Oliveira, RJ, Iversen, MD, et al. Do virtual reality games improve mobility skills and balance measurements in community-dwelling older adults? Systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*. 2017; 31(10):1292-304.
  51. Roeing, KL, Hsieh, KL, Sosnoff, JJ. A systematic review of balance and fall risk assessments with mobile phone technology. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017; 73:222-6.
  52. Hill, NTM, Mowszowski, L, Naismith, SL, Chadwick, VL, Valenzuela, M, Lampit, A. Computerized cognitive training in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2017; 174(4):329-40.
  53. Zheng, J, Chen, X, Yu, P. Game-based interventions and their impact on dementia: A narrative review. *Australasian Psychiatry*. 2017; 25(6):562-5.

54. Socialstyrelsen. Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid föreskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2016.
55. Figueras, JCCNJ. Will population ageing spell the end of the welfare state? A review of evidence and policy options. The Economics of Healthy and Active Ageing.: World Health Organization; 2018.
56. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2017 [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2017.
57. Vad har IVO sett 2017? [Elektronisk resurs]. Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
58. Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018 Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2018.
59. Trender och Prognoser 2017 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2017.
60. Delrapport Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen A 2016/00159/ARM [Elektronisk resurs]. Arbetsmiljöverket; 2018.
61. Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden: hur möter vi rekryteringsutmaningen? Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2015.
62. SKL. Sjukfrånvaro i kommuner och landsting, Vad är problemet? . 2017.
63. Szebehely, M, Stranz, A, Strandell, R. Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2017.
64. Socialstyrelsen. Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen : uppföljning av 2017 års medel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
65. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården : uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
66. Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården 2017 - En professionsmiljard [Elektronisk resurs]. 2017.
67. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården [Elektronisk resurs]. 2018.
68. Nka. Snabba fakta om Sveriges 1,3 miljoner anhöriga.; 2018.
69. Jönson, H, Szebehely, M. Äldreomsorger i Sverige: lokala variationer och generella trender. Malmö: Gleerups; 2018.
70. Försäkringskassan. Närståendepenning bland kvinnor och män. Korta analyser 2018:5. 2018.
71. Stöd på vägen. En uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar [Elektronisk resurs]. 2018.
72. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar [Elektronisk resurs]. 2018.
73. Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård – Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar Lägesrapport 2018 [Elektronisk resurs]. 2018.
74. Trinks, A, Hägglin, C, Dennis, N, Rothenberg, E, Wijk, H. The impact of a national quality register in the analysis of risks and adverse events among older adults in nursing homes and hospital wards [Elektronisk resurs] a Swedish senior Alerts survey. Safety in Health; 2018.
75. Socialstyrelsen. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register.: Socialstyrelsen; 2018.

76. Eiben, G, Andersson, CS, Rothenberg, E, Sundh, V, Steen, B, Lissner, L. Secular trends in diet among elderly Swedes -- cohort comparisons over three decades. *Public health nutrition*. 2004; 7(5):637-44.
77. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring – Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst – Remissversion. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
78. Livsmedelsverket. Bra måltider i äldreomsorgen: Råd för ordinära och särskilda boenden–hemtjänst och äldreboenden; 2018.
79. NICE. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2017. Hämtad från: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>
80. Volkert, D, Beck, AM, Cederholm, T, Cruz-Jentoft, A, Goisser, S, Hooper, L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). 2018.
81. Socialstyrelsen. Statistik om dödsorsaker 2017. Hämtad 2018 30 dec från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-10-17>
82. Socialstyrelsen. Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2017. 2018. Hämtad 2018 30 dec från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-9-15>
83. Socialstyrelsen. Balansera mera – Tips och råd för att förhindra fall i vardagen. 2017. Hämtad 2017 2017-12-11 från: <http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/Sidor/balanseramera.aspx#>
84. SCALE: Skin Changes at Life's End. Wounds : a compendium of clinical research and practice. 2009; 21(12):329-36.
85. SKL. Skador i vården – utveckling 2013 – 2017 . Nationell nivå 2018.
86. SKL. Vårdprogram – Äldre med diabetes. 2014.
87. SKL. Fotundersökning vid diabetes. Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes 2018.
88. SKL. Mätning av trycksår i slutenvården. Resultat av mätningar 2018. Hämtad 2019 Feb från: <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar.2125.html>
89. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
90. Palliationsakademin. Palliation ABC. 2018. Hämtad 2018-03-06 från: <http://palliationsakademin.se/utbildningar-2/e-utbildningar/>
91. Mangoni, AA, Jackson, SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol*. 2004; 57(1):6-14.
92. Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
93. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör Socialstyrelsen; 2012.
94. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre: kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
95. Socialstyrelsen. Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre – Socialstyrelsens förslag. 2018.
96. Uppgifter om läkemedelsskador i databasen för markörbaserad journalgranskning för perioden 2013-2017, Sveriges Kommuner och Landsting.; 2018.

97. Socialstyrelsen. Kostnader för läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre.; 2019
98. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. 2018. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>
99. SKL. Skador i vården – utveckling 2013 – 2018. Nationell nivå 2019.
100. Vårdhandboken. Patientsäkerhet och åtgärds paket för att minska vårdskador. 2019. Hämtad 2019 23 feb från: <https://www.vardhandboken.se/om/mer-i-vardhandboken/patientsakerhet-och-atgardspaket-for-att-minska-varriskador/>
101. Schildmeijer, KGI, Unbeck, M, Ekstedt, M, Lindblad, M, Nilsson, L. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ open*. 2018; 8(1):e019267.
102. SKL. Markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård. 2019.
103. Svenska HALT i korthet [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten; 2017.
104. IVO. Vad har IVO sett 2018? [Elektronisk resurs]: Inspektionen för vård och omsorg; 2019.
105. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
106. Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande [Elektronisk resurs]. Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
107. SBU. Vårdplaneringsmöte inför utskrivning av äldre från sjukhus. 2018. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/varoplaneringsmote-infor-utskrivning-av-alldre-fran-sjukhus/>
108. Fox, MT, Persaud, M, Maimets, I, Brooks, D, O'Brien, K, Tregunno, D. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2013; 13:70.
109. Leppin, AL, Gionfriddo, MR, Kessler, M, Brito, JP, Mair, FS, Gallacher, K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA internal medicine*. 2014; 174(7):1095-107.
110. Socialstyrelsen. Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg. Stockholm; 2017.
111. 2017/18:RFR5. Samordnad individuell plan (SIP): en utvärdering. Stockholm: Riksdagstryckeriet; 2017.
112. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2018 – Krisberedskap inom socialtjänsten 2018.
113. WHO. Ageing and Intellectual Disabilities-Improving Longevity and Promoting Healthy Ageing: Summative Report. Geneva, Switzerland; 2000.
114. Ng, N, Sandberg, M, Ahlstrom, G. Prevalence of older people with intellectual disability in Sweden: a spatial epidemiological analysis. *Journal of intellectual disability research : JIDR*. 2015; 59(12):1155-67.
115. Sandberg, M, Ahlstrom, G, Kristensson, J. Patterns of Somatic Diagnoses in Older People with Intellectual Disability: A Swedish Eleven Year Case-Control Study of Inpatient Data. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*. 2017; 30(1):157-71.

116. Axmon, A, Bjorne, P, Nylander, L, Ahlstrom, G. Psychiatric diagnoses in older people with intellectual disability in comparison with the general population: a register study. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2018; 27(5):479-91.
117. Axmon, A, Sandberg, M, Ahlstrom, G, Midlov, P. Fall-risk-increasing drugs and falls requiring health care among older people with intellectual disability in comparison with the general population: A register study. *PloS one*. 2018; 13(6):e0199218.
118. Axmon, A, Ahlstrom, G, Westergren, H. Pain and Pain Medication among Older People with Intellectual Disabilities in Comparison with the General Population. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2018; 6(2).
119. Ng, N, Flygare Wallen, E, Ahlstrom, G. Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: a Swedish national retrospective cohort study. *BMC geriatrics*. 2017; 17(1):269.
120. Ballard, C. Dementia in Down's syndrome. *The Lancet Neurology*. 2016; 15(6):622-36.
121. Åldern har sin rätt - Om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning. Stockholm: Svenskt Demenscentrum; 2018.
122. Socialstyrelsen. Nationella minoriteter och minoritetsspråk – Meddelandeblad. Nr 7/2018. 2018; 7(December).
123. Socialstyrelsen. Underlagsrapport till nulägesbeskrivning 2018 – hinder och möjligheter för romers rättigheter inom området social omsorg och trygghet; 2018.
124. Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2017 [Elektronisk resurs]. 2018.
125. Boverket. Underskott på särskilda boendeformer i alla kommuntyper. 2018. Hämtad 2018-11-20. från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten-i-korthet/olika-grupper/aldre/sarskilda/>
126. Oklara effekter av investeringsstödet till byggande av särskilt boende för äldre. 2018.
127. Socialstyrelsen. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Öppna jämförelser 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
128. Socialdepartementet. Bistånds bedömt trygghetsbostäder för äldre. Prop. 2017/18:273. 2018. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/06/prop.-201718273/>
129. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
130. Aremyr, G, Wijk, H. Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet: stöd för att underlätta aktivitet och delaktighet för personer med demenssjukdom. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet; 2015.
131. Wijk, H, Nordin, S. Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande [Elektronisk resurs]. *Socialmedicinsk Tidskrift*; 2017.
132. Dijkstra, K, Pieterse, M, Pruyn, A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2006; 56(2):166-81.

133. Bengtsson, A. Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade [Elektronisk resurs] : kunskapssammanställning / Anna Bengtsson. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
134. Boyce, PR. Lighting for the Elderly. Technology and Disability. 2003; 15:165-80.
135. Gustavsson, J, Nilson, F, Bonander, C, Jernbro, C, Ekman, R. Effekter av stötdämpande golv som fallskadepreventiv åtgärd för äldre på särskilt boende [Elektronisk resurs]. Karlstad: Karlstads universitet; 2018.
136. Granbom, MS, B. Kylberg, M. Pettersson, C. Iwarsson, S. Inventering av miljöhinder och tillgänglighetsproblem för äldre i bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden. Lunds universitet. 2015.
137. Kylberg, M. Assistive devices in everyday life for very old people : use, non-use and opportunities for use. Lund: Lund University; 2014.

# Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller

I denna bilaga redovisas kostnadsuppgifter som kompletterar de uppgifter som redogörs i avsnittet *Kostnader för vård och omsorg om äldre*. I tabell 1 och 2 redovisas andelen kostnader för socialtjänsten och kommunernas kostnader samt bruttonationalprodukten (BNP) i löpande priser.

**Tabell 1. Kostnader för vård och omsorg om äldre**

Miljarder kronor i löpande priser

|                                                   | Kostnader, miljarder kronor |              |              |              |              | Förändring 2013–2017 |             | Fördelning 2017 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|-------------|-----------------|
|                                                   | 2013                        | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         | Miljarder kronor     | %           | %               |
| <b>Summa kostnad</b>                              | <b>104,9</b>                | <b>109,2</b> | <b>113,6</b> | <b>117,4</b> | <b>121,7</b> | <b>16,7</b>          | <b>16,0</b> | <b>100</b>      |
| Årlig procentuell (%) förändring                  | 3,1                         | 4,1          | 4,0          | 3,3          | 3,7          |                      |             |                 |
| <b>Verksamhetsområde</b>                          |                             |              |              |              |              |                      |             |                 |
| Särskilt boende                                   | 61,3                        | 62,8         | 64,5         | 66,9         | 69,3         | 8,0                  | 13,0        | 57              |
| Ordinärt boende                                   | 42,1                        | 44,9         | 47,6         | 48,9         | 50,7         | 8,7                  | 20,6        | 42              |
| Hemtjänst                                         | 33,0                        | 35,6         | 38,1         | 39,4         | 40,9         | 7,9                  | 23,8        | 34              |
| Korttidsboende                                    | 6,0                         | 6,4          | 6,6          | 6,7          | 6,7          | 0,7                  | 11,7        | 5               |
| Dagverksamhet och övriga biståndsbedömda insatser | 3,0                         | 2,9          | 2,9          | 2,9          | 3,2          | 0,1                  | 3,6         | 3               |
| Öppen verksamhet                                  | 1,5                         | 1,6          | 1,6          | 1,6          | 1,7          | 0,1                  | 7,9         | 1               |

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017.

**Tabell 2. Kostnader för vård och omsorg om äldre som andel av socialtjänst och kommunernas totala verksamheter**

Miljarder kronor i löpande priser

|                                                              | 2013         | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         |
|--------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Summa kostnad för vård och omsorg om äldre</b>            | <b>104,9</b> | <b>109,2</b> | <b>113,6</b> | <b>117,4</b> | <b>121,7</b> |
| Andel av socialtjänstens totala kostnader, %                 | 52,6         | 52,6         | 52,1         | 52,3         | 52,0         |
| Andel av kommunernas totala kostnader för egen verksamhet, % | 20,1         | 20,1         | 19,9         | 19,1         | 19,1         |
| Andel av BNP, %                                              | 2,8          | 2,8          | 2,7          | 2,7          | 2,7          |

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017.

**Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2019**

(artikelnr 2019-3-18) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice

[www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)

E-post: [publikationsservice@socialstyrelsen.se](mailto:publikationsservice@socialstyrelsen.se)

Publikationen kan även laddas ner från  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)