

Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2020



Vård och omsorg om äldre

Lägesrapport 2020

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

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

ISBN	978-91-7555-521-8
Artikelnummer	2020-3-6603

Omslagsfoto	Mikael Dubois/Johnér Bildbyrå AB
Tryck	Åtta.45 Tryckeri AB, mars 2020

Förord

Socialstyrelsen lämnar varje år lägesrapporter för olika områden inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. 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, Lena Jönsson, Andres Kroksgård, Anna Brooks, Eva Lejman och Diana Corman ingått. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Rapportens upplägg	9
God vård och omsorg	9
Agenda 2030	9
Datakällor	10
Aktuell utveckling	11
Sammanfattande iakttagelser	11
Vården och omsorgen om äldre står inför stora utmaningar	11
Stora utmaningar för vården och omsorgen	15
Äldres ekonomiska situation	18
Alkohol och äldre	22
Resurser för vård och omsorg	25
Sammanfattande iakttagelser	25
Kostnader för vården och omsorgen om äldre	26
Personalen i vården och omsorgen av äldre – utmaningar och möjligheter	29
Personalen i äldreomsorgen	31
Samordning och tvärsektoriell samverkan genom Nationella vårdkompetensrådet	35
Viktigt att följa utvecklingen vad gäller anhörigas omsorg	35
Kunskapsbaserad vård och omsorg	38
Sammanfattande iakttagelser	38
Många äldre känner sig ensamma	39
Nedsatt psykisk hälsa	40
Psykiatrisk vård	42
En nationell strategi för demenssjukdom	53
Fallförebyggande insatser för äldre	54
Vaccinationstäckningen bland äldre skulle kunna bli bättre	56
Strokevården blir bättre men behöver fokusera mer på de äldre	57
Hälsosamma matvanor är viktigt högt upp i åldrarna	59
Riskförebyggande åtgärder inom områdena undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall	61
Säker vård och omsorg	65
Sammanfattande iakttagelser	65
Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel	65

Agera för säker vård	68
Internationellt och nationellt arbete inom patientsäkerhetsområdet.....	69
Klagomål och anmälningar inom vården och omsorgen om äldre	74
Tillsyn visar att vården och omsorgen inte är tillräckligt samordnad	77
Jämlig vård och omsorg.....	78
Sammanfattande iakttagelser.....	78
Munhälsa hos äldre.....	79
Kommunal hälso- och sjukvård	85
Äldre fortsätter vänta länge på landets akutmottagningar	92
Äldre med hiv	94
Tillgänglig vård och omsorg	97
Sammanfattande iakttagelser.....	97
Strategisk plan för omställning mot en god och nära vård	97
E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen	98
Socialtjänstinsatserna till äldre personer.....	102
Bra boendeplanering allt viktigare.....	108
Referenser.....	110
Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller	121

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.

Bra hälsa och hög livslängd

Den långsiktiga trenden i Sverige är att medellivslängden ökar och att människans livslängd ökar mer än kvinnornas. Medellivslängden för män i Sverige är närmare 81 år. För kvinnor är den drygt 84 år, således drygt tre år högre. Personer som är 65 år kan förvänta sig att leva något mer än 20 år, och de flesta av dessa år med god hälsa och utan funktionsnedsättning. Det finns skillnader i återstående medellivslängd efter utbildningsnivå. Vid 65 års ålder ökar medellivslängd mest för gruppen med eftergymnasial utbildning, vilket gäller både för kvinnor och för män. Trenden med ökade skillnader mellan grupper med olika utbildningsnivå ser ut att fortsätta. De senaste decennierna har andelen utrikesfödda äldre ökat till nästan 13 procent, och den kommer att fortsätta öka. Det innebär att språkskillnader och kulturella skillnader kan komma att ställa högre krav på anpassning av äldreomsorgen.

Många äldre tappar kontakten med tandvården

Tandhälsan bland personer 65 år och äldre i Sverige är god i en internationell jämförelse. Med ökande ålder tenderar dock äldre personer att förlora sina regelbundna tandvårdskontakter. Risken för försämrad munhälsa ökar utan regelbunden tandvårdskontakt, vilket påverkar den äldres förmåga att äta, dricka och må bra. På sikt kan den försämrade munhälsan bidra till en försämrad allmän hälsa. Tandvårdskontakt kan initieras av annan vård- och omsorgspersonal, om den försämrade munhälsan systematiskt observeras vid all kontakt med hälso- och sjukvården. En ökad samverkan med hälso- och sjukvården kan bidra till en bibehållen god tand- och munhälsa, inte minst för gruppen äldre.

Nedsatt psykisk hälsa hos äldre

För att motverka både psykisk och fysisk ohälsa behövs metoder som erbjuder äldre en social gemenskap och ett sammanhang. Fler äldre behöver tillgång till gemenskap och aktiviteter, genom exempelvis mötesplatser och boenden som minskar isolering. Många äldre som är inskrivna för somatisk vård på sjukhus har också en psykisk sjukdom eller har förskrivits psykofarmaka. Det innebär att läkare inom alla specialiteter som behandlar äldre kommer att behandla dessa patienter. Detta visar på vikten av en breddad kunskap kring psykisk sjukdom vid all behandling av äldre.

Allt fler äldre får vård och omsorg i ordinärt boende

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är omfattande och expanderar, eftersom allt fler får vård och omsorg i ordinärt boende. De flesta patienter i denna vårdform är personer 65 år och äldre som allt oftare har komplexa

vårdbehov och får mer och mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser. En sådan utveckling ställer större krav på både resurser och kompetensförsörjning av personal i vården och omsorgen om äldre. Dessutom är behoven av samordnade insatser från flera utförare vanliga, vilket medför krav på samverkan med både socialtjänst och regioner.

Äldre personer fortsätter vänta länge

Äldre personer besöker akutmottagningen oftare än yngre. Personer 80 år och äldre riskerar att få vänta länge på landets akutmottagningar, bland annat genom att de skrivs in i slutenvården oftare än yngre personer. Vart tionde besök på akutmottagningen för patienter 80 år och äldre varade i 8,5 timme eller längre. Medianväntetiden har ökat med 12 minuter sedan föregående mätning, som gjordes 1 juni 2016 till 31 maj 2017.

Väntetiden till särskilt boende varierar mellan åren. Mellan 2018 och 2019 har väntetiden i genomsnitt ökat med 14 dagar och ligger på 67 dagar. Dock är spridningen mellan kommunerna stor. Kvinnor får vänta i genomsnitt tre dagar längre än män.

Hemtjänstpersonal kan arbeta mobilt

Äldreomsorgen är det område där kommunerna har dragit störst nytta av välfärdsteknik. Den största ökningen har skett av andelen kommuner som erbjuder GPS-larm till äldre och till personer med funktionsnedsättningar samt nattillsyn med digital teknik. I hälften av kommunerna kan all hemtjänstpersonal läsa och dokumentera mobilt, till exempel när de är på hembesök. Utvecklingen är dock ojämn och de flesta kommuner genomför test- och pilotprojekt med välfärdsteknik. Utvecklingen av e-tjänster i socialtjänsten är fortsatt långsam.

Inledning

I Socialstyrelsens myndighetsinstruktion framgår att myndigheten årligen, senast den 31 mars, till Socialdepartementet ska lämna in lägesrapporter om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård (6 a § förordning (2015:284).

Syftet med denna lägesrapport är att presentera en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre. Rapportens huvudmålgrupp är beslutsfattare på nationell nivå men den kan 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 munhälsa samt olika aspekter av psykisk hälsa bland äldre.

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 denna 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 3: God hälsa och välbefinnande. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.
- Mål 5: Jämställdhet. Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10: Minskad ojämlikhet. Minska ojämlikheten inom och mellan länder.

Datakällor

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
- Statistiska centralbyråns (SCB:s) register över kommunernas och regionernas räkenskaper samt Statistikdatabasen.
- Andra aktuella databaser för denna rapport; källan anges löpande.
- Folkhälsomyndigheten har sammanställt och analyserat data om vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och riskfaktorer på särskilt boende. Data förvaltas av det nationella kvalitetsregistret Senior alert, Region Jönköpings län.

Aktuell utveckling

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för den äldre befolkningens aktuella demografiska utvecklingen och hälsoutvecklingen samt utvecklingen inom några stora vård- och omsorgsområden. Kapitlet innehåller även en beskrivning av äldre som grupp och utanförskap inom gruppen äldre, vilket har betydelse bland annat för deras möjligheter att leva ett självständigt liv långt upp i åldrarna.

Sammanfattande iakttagelser

- Cirka 20 procent av Sveriges befolkning är 65 år eller äldre. Andelen varierar dock kraftigt mellan olika kommuner. Den återstående medellivslängden vid 65 års ålder har ökat mest för gruppen med eftergymnasial utbildning. Det finns sett till befolkningen små kommuner, där andelen äldre ligger på över 30 procent. I kommuner med lägre förväntad medellivslängd kan exempelvis planeringsarbete till en del behöva utgå från behov av hemtjänst och särskilt boende från lägre åldrar än i kommuner med högre förväntad medellivslängd.
- Andelen utrikesfödda fortsätter att öka. Under 1990-talet utgjorde utrikesfödda omkring 10 procent av den äldre befolkningen. I slutet av år 2018 hade denna andel ökat till nästan 13 procent. Det påverkar sannolikt behovet av hur äldreomsorgen utförs, exempelvis vad gäller språk och hänsyn till kulturella preferenser.
- Omsorgspersonalen behöver stöd och vägledning när det gäller fakta om missbruk, bemötande och delaktighet, etiska frågor, roller och mandat samt vissa juridiska frågor. Det behövs också stöd till ledningen, som kan bidra till att man lokalt tar fram rutiner för att exempelvis säkra kvalitet, samverka mellan missbruks- och beroendeverksamheten och äldreomsorgen samt stödja personalen.

Vården och omsorgen om äldre står inför stora utmaningar

Att förstå globala befolkningstrender och förutse demografiska förändringar är avgörande för att uppnå Agenda 2030 för hållbar utveckling. Människor lever i dag längre än tidigare. Världshälsoorganisationen (WHO) konstaterar i *World Population Prospects 2019* att världens befolkning ökade med 1,4 miljarder människor mellan 2000 och 2017, vilket motsvarar en ökning om 1,1 procent per år [4]. Världens befolkning blir samtidigt allt äldre och andelen personer som är över 65 år uppgick 2018 till 9 procent, en ökning med 4 procent sedan 1960.

För första gången i historien fanns år 2018 fler personer 65 år och äldre över hela världen än barn under 5 år. Prognoser anger att år 2050 kommer det att vara mer än dubbelt så många personer över 65 år som barn under 5 år. År

2050 kommer antalet personer i åldern 65 år och äldre globalt också att överträffa antalet ungdomar i åldern 15–24 år [4].

Samspel mellan migration och åldrande

Till följd av den medicinska utvecklingen och förbättrade levnadsförhållanden under hela 1900-talet har den svenska befolkningen ett allmänt förbättrat hälsoläge. Delvis som ett resultat av detta lever vi längre, vilket innebär att fler människor hinner utveckla demenssjukdomar, cancer och andra sjukdomar relaterade till hög ålder. Detta innebär att en betydande del av befolkningen kommer att behöva vård och stödsatser.

Den stora barnkullen från 1940-talet är nu i 70-årsåldern. Cirka 20 procent av Sveriges befolkning är 65 år eller äldre. Andelen varierar dock kraftigt mellan olika kommuner. Det finns sett till befolkningen små kommuner, som har präglats av utflyttning i många år, som når en andel på över 30 procent. Från och med år 2020 ökar andelen 80-åringar eller äldre i befolkningen. Särskilt kraftig är ökningen bland dem över 85 år. År 2050 räknar man med att antalet personer över 85 år kommer att ha fördubblats jämfört med idag.

Under 1990-talet utgjorde utrikesfödda omkring 10 procent av den äldre befolkningen. I slutet av år 2018 hade denna andel ökat till nästan 13 procent av den äldre befolkningen, tabell 1. SCB beräknar att utrikesfödda kommer att utgöra cirka 24 procent av Sveriges äldre befolkning år 2050 [5].

Tabell 1. Personer 35–64 år och 65 år och äldre födda i Sverige respektive utomlands

Antal och andel (%) personer 35–64 år och 65 år och äldre födda i Sverige respektive utomlands år 2018.

	35–64 år	Andel av åldersgruppen	≥65 år	Andel av åldersgruppen
Svenskfödda	2 876 000	76 %	1 767 000	87 %
Utländsfödda	910 000	24 %	268 000	13 %
Totalt	3 785 000	100 %	2 036 000	100 %

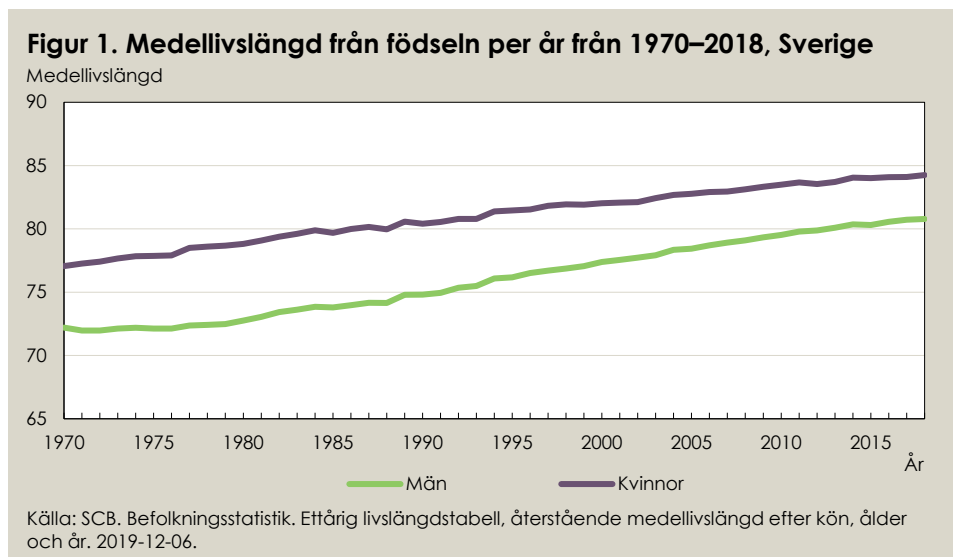
Källa: SCB, 2019.

Enbart genom det faktum att landets befolkning åldras (det vill säga oberoende av framtida immigration) kommer det att bli allt vanligare att äldre har ett annat födelseland än Sverige. Det påverkar troligtvis behovet av hur äldreomsorgen utförs, exempelvis vad gäller språk och hänsynstagande till kulturella preferenser i arbetet med att ge stöd, vård och omsorg till äldre [6, 7]. Att få tillgång till äldreomsorg på modersmålet är särskilt viktigt för äldre som drabbats av en stroke eller en kognitiv nedsättning och därför förlorat språk de lärt sig i vuxen ålder [8, 9]. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom konstateras att personcentrerad vård bland annat innebär att vården och omsorgen särskilt ska beakta behov relaterade till att personer har annan kulturell och språklig bakgrund [10, 11].

Skillnaden i medellivslängd minskar

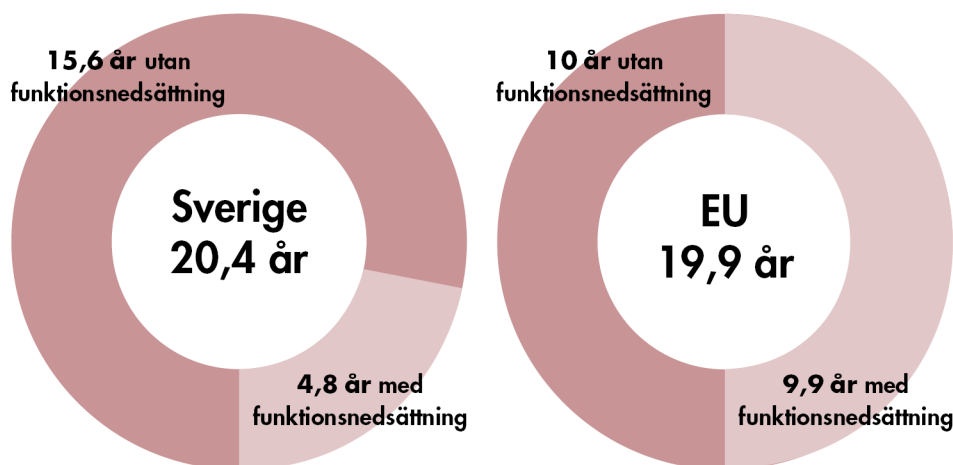
Den långsiktiga trenden i Sverige är att medellivslängden ökar och att människans livslängd ökar mer än kvinnornas. Sedan 1980 har männens medellivslängd ökat med närmare 8 år och är nu 80,8 år, medan kvinnornas medellivslängd har ökat med lite drygt 5 år och är 84,3 år, figur 1[5]. Det innebär att

skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd har minskat från 6,2 år 1978–1979 till 3,5 år 2018.



År 2017 var återstående medellivslängd för personer 65 år och äldre drygt 20 år, en ökning med nästan 2 år sedan 2000, och de flesta av dessa år med god hälsa och utan funktionsnedsättning, figur 2.

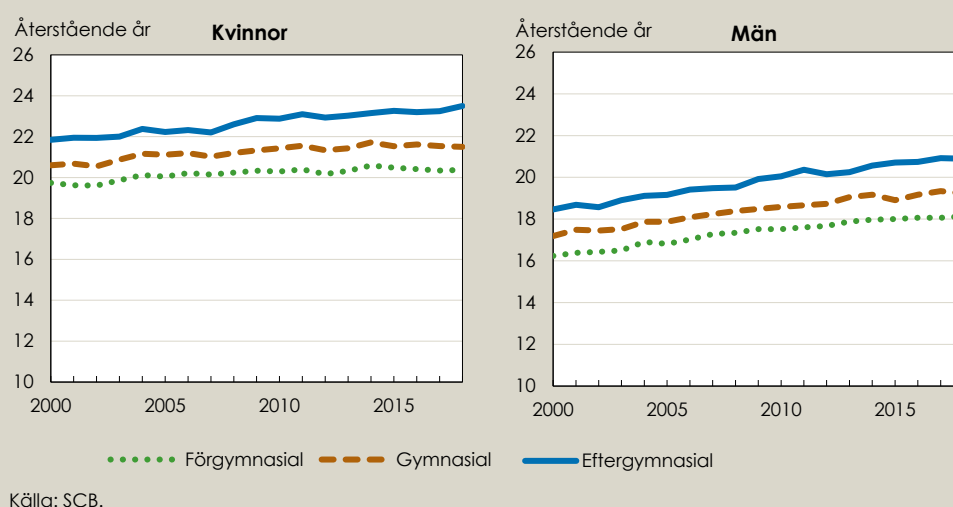
Figur 2. Förväntad återstående medellivslängd vid 65 års ålder fördelat efter år med respektive utan funktionsnedsättning. Sverige och EU år 2017



Källa: Eurostat Databas, data avser år 2017.

Av figuren 3 framgår att antalet återstående år har ökat för alla oavsett utbildningsnivå. Det finns dock tydliga skillnader mellan grupperna. För gruppen med eftergymnasial utbildning var antalet återstående år från 65 års ålder 23,5 år för kvinnor och 20,9 år för män år 2018. För gruppen med en förgymnasial utbildning var antalet återstående år 20,4 år för kvinnor och 18,1 år för män. Gruppen med eftergymnasial utbildning hade drygt tre års (kvinnor) respektive knappt 3 års (män) längre återstående medellivslängd vid 65 års ålder än gruppen med förgymnasial utbildning.

Figur 3. Förväntad återstående medellivslängd vid 65 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildningsnivå. Kvinnor och män perioden 2000–2018



Medellivslängden varierar mellan olika delar av Sverige. Längst medellivslängd har kvinnor i Hallands län, 84,8 år, och män i Kronobergs län, 81,4 år. De län som har kortast medellivslängd ligger i norra Sverige, se tabell 2. Bland männen har Norrbottens län kortast medellivslängd, 79,1 år, och för kvinnorna är medellivslängden kortast i Västernorrlands län, 83 år.

Tabell 2. Länen med högst respektive lägst förväntad medellivslängd 2018

Medellivslängd (år) fördelat på kvinnor och män 2018.

Län	Kvinnor	Län	Män
<i>Högst förväntad medellivslängd</i>			
Hallands län	84,8	Kronobergs län	81,6
Kronobergs län	84,7	Hallands län	81,5
Uppsala län	84,7	Uppsala län	81,4
Stockholms län	84,6	Stockholms län	81,0
Jönköpings län	84,5	Jönköpings län	81,0
<i>Lägst förväntad medellivslängd</i>			
Västernorrlands län	83,0	Norrbottens län	79,1
Gävleborgs län	83,1	Gävleborgs län	79,5
Norrbottens län	83,2	Västernorrlands län	79,5
Jämtlands län	83,5	Värmlands län	79,8
Västerbottens län	83,7	Blekinge län	79,8

Källa: SCB.

Åldersstrukturen utgör en grov indikation på vård- och omsorgsbehovet, men också på förmågan att finansiera samhällets verksamheter såsom äldrevård och omsorg. Andelen äldre i befolkningen påverkar vård- och omsorgssystemet genom att denna grupp ofta har stora behov. De kommunala skillnaderna i medellivslängden påverkar varje kommuns prognosarbete inom äldrevård och omsorg. I kommuner med kortare förväntad medellivslängd behöver prognosarbetet utgå från behov av hemtjänst och särskilt boende från lägre åldrar än i kommuner med längre förväntad medellivslängd. Den förväntade medellivslängden kommer också att påverka när variationer i generationskullar

slår igenom, exempelvis när ökade behov kan väntas till följd av den större 40-talistgenerationen.

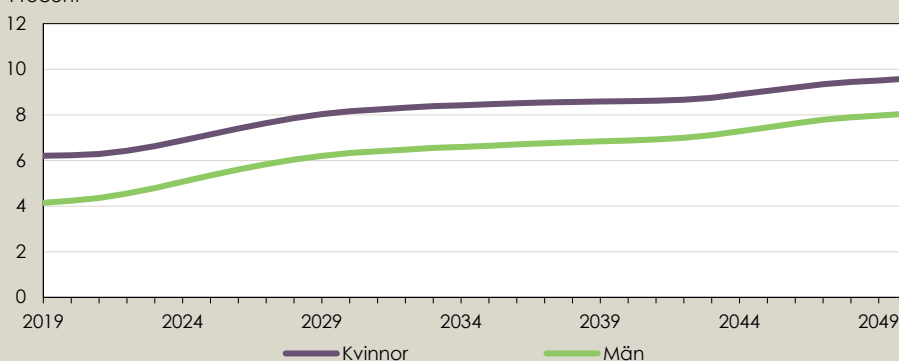
Stora utmaningar för vården och omsorgen

När den stora gruppen fyrtiootalister blir äldre står vården och omsorgen inför stora utmaningar. Antalet personer 80 år och äldre förväntas enligt SCB att öka från dagens 534 000 personer till cirka 806 000 personer 2030 [5]. Idag är det cirka 36 procent av befolkningen (cirka 193 000 personer) 80 år eller äldre som har insatser enligt SoL i form av hemtjänst, särskilt boende eller korttidsboende.¹ Om behoven inom åldersgruppen fortsätter vara desamma, och tillgängligheten till insatser oförändrad, innebär det att drygt 291 000 personer kan förväntas ha insatser enligt SoL 2030, vilket motsvarar en ökning med över 52 procent på 11 år.

Figur 4. Andel personer 80 år eller äldre i befolkningen

Befolkningsframskrivning andel (%) män och kvinnor 80 år eller äldre i befolkningen 2019–2050.

Procent



Källa: SCB.

Detta kommer att ske samtidigt som den yrkesverksamma delen av befolkningen (20–64 år) till och med minskar något i andel från knappt 57 procent år 2019 till drygt 55 procent 2030 [4]. 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 77 000 personer för grå starr i alla åldrar. År 2018 hade antalet operationer för grå starr ökat till 130 000. En stor del av ökningen har skett bland personer 65 år och äldre. För åldersgruppen 70–79 år hade antalet operationer ökat från cirka 28 000 år 2002 till drygt 60 000 år

¹ Socialstyrelsens databas – Socialtjänststatistik/äldre, https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ald/

2018. Även bland personer 80–89 år har antalet ökat, från ungefär 28 000 år 2002 till drygt 30 000 år 2018 [12]. När det gäller höftprotesoperationer har antalet operationer stadigt ökat sedan 2003. Under 2003 opererades cirka 12 800 personer med primär höftprotes i alla åldrar, jämfört med cirka 18 600 personer 2018. År 2003 hade 5,5 procent av de som var 80 år eller äldre minst en höftprotes. Femton år senare hade andelen ökat till nästan 12 procent, det vill säga mer än var tionde person i åldersgruppen [13]. Dessa båda medicinska framsteg har 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 2018, tabell 3.

Tabell 3. Orsak till att personer 80 år och äldre vårdas inom slutenvård 2002 och 2018

Diagnos	2002		2018	
	Antal personer	Antal personer per 100 000 inv.	Antal personer	Antal personer per 100 000 inv.
Skador höft/lår	14 300	3 100	13 300	2 600
Ischemisk hjärtsjukdom	17 200	3 700		1 600
Sjukdom i hjärnans kärl	14 000	3 000	9 900	1 900
Influensa och lunginflammation	12 300	2 200	18 300	3 500
Andra former av hjärtsjukdom	21 300	4 600	23 700	4 600

Källa: Statistik för diagnoser i slutenvård. Socialstyrelsen.

Tabellen visar att vissa diagnoser ökar, vissa är oförändrade medan andra minskar mellan åren. Det illustrerar att en äldre patient inom slutenvård 2018 delvis hade en annan diagnos än den som hamnade på sjukhus 2002. Det illustrerar också en förflyttning mot god och nära vård.

Det mest utmärkande är att vård på sjukhus för ischemisk hjärtsjukdom (kranskärlssjukdom) mer än halverats under perioden, samtidigt som vården av patienter med influensa och lunginflammation ökat med ungefär 60 procent. De som överlever en kranskärlssjukdom 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 istället har ökade behov av vård, stöd och omsorg av primärvården, hemsjukvården, socialtjänsten och genom närstående. Hela systemet hänger därmed ihop, och framsteg på ett ställe kan få konsekvenser i en annan del av systemet.

Ett annat sätt att se hur vården fungerar är att titta på hur den är organiserad. Det kan illustreras genom att se på utvecklingen vad gäller hur många personer 80 år och äldre som får kommunal hemsjukvård. År 2010 hade 91 660 personer 80 år och äldre kommunal hemsjukvård, och antalet ökade till 191 000 personer år 2018. Det innebär att antalet personer 80 år och äldre med kommunal hemsjukvård har mer än fördubblats de senaste 8 åren.

Det beror i hög grad på att fler kommuner idag ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende, vad gäller sjukvård till bland annat äldre. Utvecklingen

säger också något om det stora behovet av hälso- och sjukvård som åldersgruppen har, och att en allt större del av den ges i öppna former och i det egna hemmet.

Utveckling vad gäller äldre på sjukhus

Nya behandlingsmetoder och förändrade levnadsvanor bidrar till ökad medellivslängd [14]. Att någon kan leva länge med sjukdomar som de tidigare inte överlevde förändrar behovet och omfattningen av hälso- och sjukvård liksom behovet av formellt och informellt 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 [15]. Med ökad ålder blir det också vanligare med dels flera sjukdomar samtidigt, dels kroniska sjukdomar [16].

Tabell 4 redovisar andelen äldre i befolkningen 2018 samt hur stor andel av all sjukhusvård den äldre befolkningen tar del av.

Tabell 4. Vårdtillfällen och vårdtid på sjukhus bland personer 65 år och äldre

Vårdtillfällen och vårdtid på sjukhus bland personer 65 år och äldre 2018, 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	1 504 000	14,8	416 000	28,7	2 176 000	29,1
≥80	517 000	5,1	306 000	21,1	1 794 000	24,0
Totalt ≥65	2 021 000	19,9	722 000	49,9	3 970 000	53,1

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 komma att ställa höga krav på sjukhusvården. På vilket sätt detta sker beror dels på hur sjukligheten i åldersgruppen utvecklas, och 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, men också på utvecklingen av till exempel nätläkare och lättillgängliga upplysningstjänster som 1177, samt hur kommuner och regioner lyckas med förebyggande insatser.

En del av den population som kommer att vara 80 år och äldre de kommande 12 åren befinner sig i nuläget i åldersgruppen 65–79 år. Därför är det intressant att jämföra med samma ålderspopulation 2002, det vill säga ungefär lika många år bakåt i tiden som fram till 2030.

Tabell 5. Jämförelse av vårdtillfällen och vårdtid för personer 65–79 år, antal, 2002 och 2018

År	Åldersgrupp	Antal personer	Vårdtillfällen	Vårdtid (antal vård dagar)
2002	65–79 år	1 065 000	345 000	2 316 000
2018	65–79 år	1 504 000	416 000	2 176 000
Förändring 2002–2018		41,2 %	20,5 %	-6,0 %

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

Antalet personer 65–79 år ökar med cirka 40 procent åren 2002–2018. Samtidigt ökar antalet vårdtillfällen med drygt 20 procent medan den totala vårdtiden för åldersgruppen minskar med 6 procent, tabell 5. Förklaringen till minskningen kan bland annat ligga i att åldersgruppen 2018 har bättre hälsa, att sjukvården har utvecklats och förändrats genom bättre behandlingsmetoder och eventuellt att allt fler behov kan hanteras via primärvård och hem-sjukvård. Att vårdtiden minskar mer än vårdtillfällena innebär att patienterna vårdas kortare tid vid varje tillfälle [17].

De förändrade behoven av vård, likväl som omfattningen av vård och behandling, som kommer med nya grupper av äldre ställer en rad förväntningar på sjukvården. Det handlar om att rekrytera rätt personal, få behov av nya kompetenser och förändringar av organisationen, och förbättra samverkan både internt hos huvudmännen och mellan dem.

Äldres ekonomiska situation

De äldre är inte en homogen grupp med samma preferenser och behov. På samma sätt finns det stora variationer vad gäller gruppens ekonomiska förutsättningar. Äldre personer kan ha rätt till särskilda stöd som bostadstillägg och äldreomsorgsstöd. Det är dock många som inte söker stöden, vilket till viss del beror på att de inte känner till dem. Dessa olika stöd skulle kunna innebära en stor skillnad för många visar Boverkets rapport *Äldres boendeekonomi* från 2018 [18].

Enligt OECD rapporten *Pensions at a glance* från 2019 har personer 65 år och äldre en inkomst² i OECD-länderna på i genomsnitt 87 procent av inkomsten hos ländernas totala befolkning [19]. Inkomsten tenderar att minska med stigande ålder efter pensionering. Mönstret är det samma i Sverige; de som är 66–75 år har en inkomst på 97 procent av den totala befolkningens inkomst medan motsvarande siffra för de som är 75 år och äldre är 68 procent. En anledning till att de äldsta har en lägre disponibel inkomst beror på att de ofta bor ensamma, och den inkomst som presenteras här viktas utifrån hur många som bor i hushållet. I genomsnitt har personer över 65 år i Sverige en inkomst på 86 procent av den totala befolkningens inkomst. Den siffran var den samma 1995. Äldre över 65 år i Norge har en

² Alla data gäller disponibel inkomst. Disponibel inkomst (eller inkomst efter skatt) definieras som bruttointkomsten plus nettokapitalinkomster minus alla skatter.

större relativ inkomst^{3, 4} än i Sverige, men de i Danmark och Finland har en lägre relativ inkomst, tabell 6.

Tabell 6. Inkomst hos personer över 65 år, 2016

Medelinkomst per åldersgrupp i procent (%) av genomsnittsinkomsten för den totala befolkningen.

	> 65 år	66–75 år	>75 år	> 65 år: Mitt-1990-talet
Australien	72,3	77,9	63,9	66,4
Danmark	80,9	86,2	72,7	70,7
Finland	83,2	90,5	73,1	81,6
Frankrike	103,2	107,6	97,7	100,1
Japan	87,8	89,7	85,5	88,7
Norge	91,6	101,1	77,0	72,4
Sverige	85,5	97,0	68,1	85,8
Storbritannien	83,6	90,6	73,9	76,1
Tyskland	88,6	92,5	85,1	85,8
USA	93,8	102,1	80,9	90
OECD	87,4	93,0	79,7	..

Källa: OECD, Income Distribution Database, 2019. <http://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm>.

Data från SCB och Skatteverket visar att den genomsnittliga inkomsten/pensionen⁵ i olika kommuner i Sverige varierar stort. Från 402 000 kronor år i Danderyd till 200 000 kronor per år i Dorotea. Kvinnornas pensioner tenderar att vara lägre än männens. Detta beror delvis på att kvinnorna ofta har jobbat kortare tid eller haft en lägre lön än männen, men också på att kvinnor i genomsnitt lever längre än män.

Hur stor del av inkomsten som kommer från olika källor varierar mellan OECD-länderna, och även mellan länderna i Norden [19]. I Finland får de äldre mer än 80 procent av sin inkomst från inkomstpensioner och inkomstprövade bidrag, medan de i Danmark får mer än 20 procent av sin inkomst från kapital, till exempel privata pensioner. Fördelningen i Sverige är ett mellanfall mellan den i Danmark och Norge. I Island får de äldre 28 procent av sin inkomst från arbete, vilket är högst i Norden [19].

OECD använder ett relativt mått på fattigdom; i det här fallet en inkomst under 50 procent av landets medianinkomst. Bland annat Danmark, Island och Norge har den lägsta relativa fattigdomen bland OECD-länderna bland personer över 65 år; mindre än 5 procent, tabell 7. I Sverige är motsvarande siffra 11 procent. Fattigdomen är vanligast bland dem med lägst inkomst; bland de i Sverige som är över 75 år har 17 procent en relativ fattigdom och bland de svenska kvinnorna är 15 procent fattiga medan 7 procent av de svenska männen är det. Skillnaden mellan könen i Sverige hör till de största inom OECD. Danmark tillhör de länder inom OECD där könsskillnaden är som minst, mindre än 2 procentenheter.

³ Låg ekonomisk standard kallas i Sverige det internationellt vedertagna relativa inkomstmått som visar hur många som lever i hushåll med en disponibel inkomst som understiger 60 procent av medianinkomsten i landet. SCB, <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Att-mata-fattigdom/>, hämtad 2020-02-14.

⁴ Relativ fattigdom, <http://www.migrationsinfo.se/valfard/relativ-fattigdom/>

⁵ Genomsnittlig inkomst/pension är sammanräknad förvärvsinkomst, medelinkomst.

Tabell 7. Inkomst fattigdomsnivåer efter ålder och kön, 2016

Procent (%) med inkomst lägre än 50 procent av den medianlikvärdiga hushållens disponibla inkomst.

	> 65 år					Hela populationen
	Alla	Åldersgrupp		Kön		
		66–75 år	>75 år	Män	Kvinnor	
Australien	23,2	19,5	28,7	21,2	24,8	12,1
Danmark	3,0	2,0	4,5	2,1	3,7	5,8
Finland	6,3	3,7	10,0	4,6	7,6	6,3
Frankrike	3,4	2,8	4,1	2,6	3,9	8,3
Island	2,8	2,4	3,5	1,7	3,9	5,4
Japan	19,6	16,7	22,9	16,2	22,3	15,7
Norge	4,3	2,4	7,3	2,1	6,2	8,4
Storbritannien	15,3	12,1	19,7	12,5	17,7	11,9
Sverige	11,3	7,9	16,5	7,3	14,8	9,3
Tyskland	9,6	8,9	9,4	7,4	10,6	10,4
USA	23,1	19,7	28,3	19,6	25,9	17,8
OECD	13,5	11,6	16,2	10,3	15,7	11,8

Källa: OECD Income Distribution Database, <http://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm> (September 2019 version).

I Sverige lever 9 procent av den totala befolkningen i relativ fattigdom³ medan motsvarande siffra i OECD-länderna är i genomsnitt 12 procent. I 20 av 36 OECD-länder är andelen fattiga lägre bland de äldre än i den totala befolkningen, vilket inte är fallet i Sverige. Under de senaste decennierna har fattigdomen i OECD-länderna tenderat att flytta från dem som är äldre än 65 år till dem som är 18–25 år. En tydlig sådan förflyttning har till exempel skett i Danmark och Norge. I Sverige går dock mönstret svagt åt motsatt håll [19].

För att mäta hur omfattande fattigdomen är, använder OECD ett mått på skillnaden mellan den genomsnittliga inkomsten bland de fattiga och 50 procent av landets medianinkomst. Sverige, liksom flera andra nordiska länder, tillhör de OECD-länder där skillnaden är som minst, mindre än 15 procent. I de flesta länder i OECD, även Sverige, är de fattiga äldre (över 65 år) i genomsnitt inte lika fattiga som de fattiga i den totala befolkningen.

Sammantaget visar OECD-rapporten att de äldre i Sverige inte har blivit fattigare i förhållande till befolkningen i stort de senaste decennierna. Andelen relativt fattiga har dock ökat mer bland de äldre än i befolkningen i stort. Men de äldre har inte lika omfattande fattigdom som befolkningen i stort. Det är dock en större ojämlikhet i inkomst bland de äldre än i befolkningen i stort, några äldre är förhållandevis rika. Det är en stor skillnad i inkomst mellan könen och mellan äldre i olika kommuner.

Självrapporterade data från Folkhälsomyndigheten visar att i åldersgruppen 65–84 år har 5–8 procent av kvinnorna och 4–6 procent av männen årligen haft ekonomiska svårigheter det senaste decenniet [20]. 2018 svarade 17 procent av kvinnorna och 14 procent av männen i åldersgruppen 65–84 år att de inte klarade en oväntad utgift. För den totala populationen (16–84 år) var motsvarande siffra 22 procent (kvinnor) och 19 procent (män). Detta stämmer väl överens med uppgifterna i OECD-rapporten som visar, dels att de

äldre inte har en lika svår fattigdom som befolkningen i stort, dels att det finns fler relativt sett fattiga äldre kvinnor än fattiga äldre män [19].

Fler äldre köper privata tjänster

Många äldre behöver hjälp i någon form, även om de inte har insatser från kommunens äldreomsorg. Mest hjälp behöver de med vardagliga sysslor, sociala aktiviteter och servicetjänster. Dessa äldre får oftast hjälp från närstående. De har olika skäl till att inte ansöka om äldreomsorg. En del äldre köper städning av ett privat företag istället för att hemtjänsten sköter städningen. Det framgår av siffror från Skatteverket och SCB över hur stor andel äldre som utnyttjar avdrag för RUT (rengöring, underhåll och tvätt) [21]. Det är dock svårt att skatta exakt hur många äldre som får hjälp med städningen av ett privat företag. De redovisade uppgifterna avser de äldre som själva använder RUT-avdrag, och omfattar inte situationer när barn eller andra närstående köper insatser till den äldre personen.

De siffror som finns visar dock på att utnyttjandegraden skiljer sig åt i landet, och högst är den i en del kommuner i Stockholmstrakten och i Skåne. Lägst är nyttjandegraden i en del kommuner i Norrlands inland och i andra glesbygder. I de kommuner där nyttjandegraden är som störst är de äldres genomsnittliga inkomst/pension högre än den är för de äldre i de kommuner där nyttjandegraden är som lägst. Detta tyder på ojämlika möjligheter att använda den här tjänsten, som av en del anses vara bättre än den biståndsbedömda insatsen eftersom den innebär större valfrihet att välja vem som ska utföra jobbet, när jobbet ska göras och med vilken kvalitet.

Antalet äldre personer som använder RUT-avdraget ökar och medelbeloppen för avdraget skiljer sig inte nämnvärt mellan olika inkomstgrupper. Flest avdrag görs bland personer 65 år och äldre i Danderyds kommun, och minst avdrag görs Dorotea, tabell 8.

Tabell 8. Personer 65 år och äldre som använder RUT-tjänster

Andel (%) personer 65 år och äldre i kommuner som erbjuder privata tjänster som använder RUT-tjänster och deras inkomster/ pensioner*.

Kommuner	Andel av alla personer ≥65 år som utnyttjade RUT 2018	Genomsnittlig inkomst/pension 2017*
	%	Tkr
<i>Med högsta andel användare</i>		
DANDERYD	39,2	402
BÅSTAD	36,3	279
VELLINGE	36,2	305
HÖGANÄS	34,1	270
LIDINGÖ	31,3	356
<i>Med lägsta andel användare</i>		
DOROTEA	3,8	200
BERG	5,3	207
ARJEPLOG	5,8	213
ÅSELE	6,3	207
VINDELN	6,6	211

* Sammanräknad förvärvsinkomst, medelinkomst, för personer 65 och äldre, 2017.

Källa: Skatteverket, SCB, inkomstregistret.

Alkohol och äldre

Alkoholkonsumtion kan medföra fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, exempelvis cancer, leversjukdom eller fallolyckor. Den medför också kostnader för samhället [22]. Enligt skattningar från WHO är den exempelvis en av de större bidragande orsakerna till den samlade sjukdomsördan i samhället [23, 24]. År 2019 publicerade Folkhälsomyndigheten den nationella folkhälsoenkäten som visade att 16 procent av befolkningen 16–84 år uppgav riskkonsumtion av alkohol [20]. Riskkonsumtionen⁶ varierar mellan grupper i befolkningen beroende på kön, ålder och andra socioekonomiska faktorer. Andelen med riskkonsumtion av alkohol minskade i befolkningen totalt, framförallt bland unga under perioden 2006–2018, medan den ökade bland äldre.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomförde 2019 en befolkningsstudie som visar att årskonsumtionen bland 65–84-åringar har stigit med 21 procent sedan 2004 [25]. Kvinnor i åldersgruppen 65–84 år har den största relativa förändringen i alkoholkonsumtion sedan 2004, i jämförelse med andra åldersgrupper. Deras alkoholkonsumtion ökade med 44 procent 2004–2018.

Det är dock viktigt att understryka att de personer som idag hör till de äldre grupperna inte har ökat sin konsumtion i takt med att de blir äldre. Den huvudsakliga förklaringen till den ökade alkoholkonsumtionen i åldersgruppen är att tidigare generationer med mer återhållsamma alkoholvanor ersatts av nya generationer, med mer omfattande alkoholvanor. Konsumtionen ökar generellt inte hos de som uppnår högre åldrar, utan det vanliga är snarast att konsumtionen avtar med åldern.

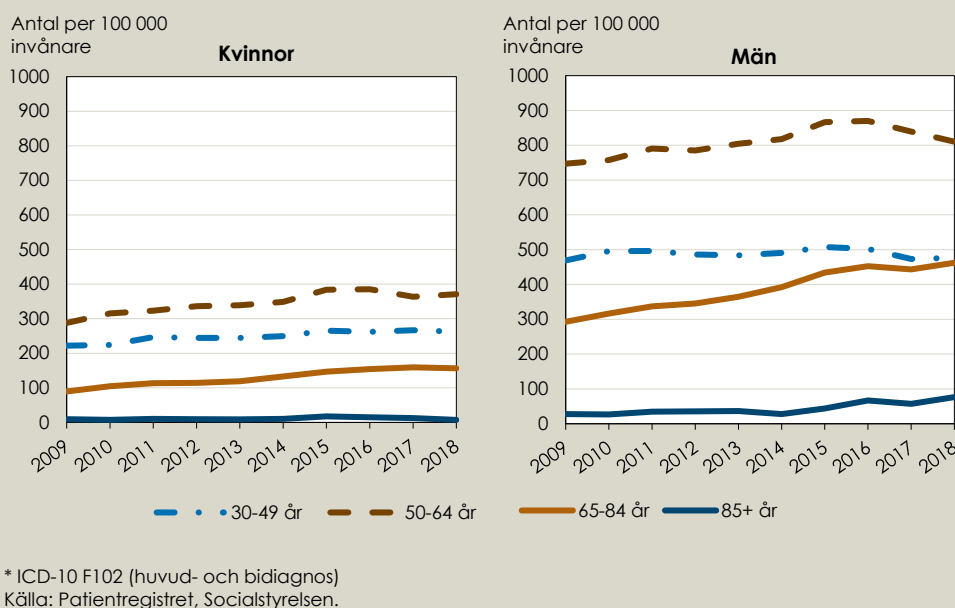
Allt fler äldre personer vårdas på grund av alkoholmissbruk

En kontinuerlig ökning har de senaste 10 åren skett av andelen personer 65 år och äldre som vårdas inom hälso- och sjukvårdens specialiserade öppenvård och slutenvård med diagnoser som är relaterade till alkoholberoende. Ökningen gäller såväl kvinnor som män, figur 5.

⁶ Definition av riskkonsumtion finns i Öppna jämförelsen folkhälsa 2019, Folkhälsomyndigheten, sida 202.

Figur 5. Vårdade inom specialiserad öppenvård för alkoholberoende

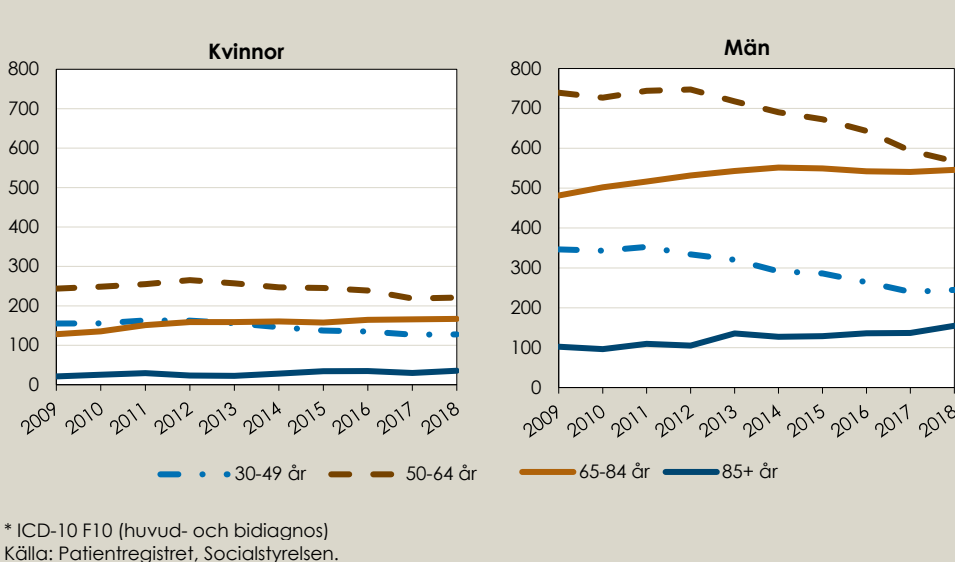
Andel invånare som vårdats med alkoholdiagnos efter åldersgrupper, åldersstandardiserade värden, 2009–2018.



En viss ökning syns även av andelen vårdade äldre inom slutenvården, att jämföra med minskningen av andelen vårdade yngre än 65 år, figur 6.

Figur 6. Vårdade inom slutenvården för alkoholberoende

Andel invånare som vårdats med alkoholdiagnos efter åldersgrupper, åldersstandardiserade värden, 2009–2018.



Alkoholrelaterad dödlighet

Den alkoholrelaterade dödligheten har befunnit sig på ungefär samma nivå under de senaste 10 åren med cirka 2 000 dödsfall per år. Det är fler män än kvinnor som avlider och fler äldre än yngre. I alla åldersgrupper, utom en har

den alkoholrelaterade dödligheten minskat. Antalet alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare 65 år och äldre ökade med 45 procent 1998–2019. Ökningen gäller både kvinnor och män.⁷

Behov av stöd till socialtjänsten för äldre med risk- eller missbruk av alkohol

Socialstyrelsen har gjort en förstudie för att identifiera vilket behov av stöd och vägledning det finns hos personalen inom socialtjänsten och hemsjukvården när det gäller äldre med missbruk [26]. Personalen inom hemtjänsten har störst behov av stöd, eftersom de ofta arbetar ensamma i den äldres hem och utan den kontinuerliga tillsyn och tillgång till sjuksköterskor som finns vid särskilda boenden. Det är vanligt att hemtjänstpersonalen kommer i kontakt med personer med missbruk. Många upplever att de får ta ansvar för situationer som kan uppstå till följd av missbruket, trots att de saknar särskild kunskap om missbruk och hur de ska hantera svåra situationer som kan uppstå. Det kan handla om att veta hur och när man ska ta upp frågan om en hög alkoholkonsumtion. Det kan också handla om hur man ska agera om man ser att någon far illa till följd av sitt missbruk och samtidigt respektera den äldres rätt till självbestämmande. Personalens arbetsmiljö kan påverkas, bland annat till följd av att det uppstår fler arbetsuppgifter än planerat eller att de tar längre tid. Riktlinjer för arbetet saknas ofta och man upplever brist på stöd från organisationen [26].

Merparten av kommunerna saknar rutiner inom hemtjänsten för hur personalen ska agera om de misstänker eller upptäcker att en äldre person är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel. Dock har andelen kommuner som uppger att det finns en sådan rutin ökat från 35 procent 2017 till 38 procent 2019 [27, 28]. I många fall finns inget eller begränsat samarbete mellan äldreomsorgen och missbruks- och beroendeverksamheter inom kommunen. De flesta kommuner saknar också rutiner för ett samordnat stöd mellan missbruks- och beroendevård och äldreomsorg vid risk- eller missbruk.

Enligt Socialstyrelsens förstudie behöver omsorgspersonalen stöd och vägledning när det gäller fakta om missbruk, bemötande och delaktighet, etiska frågor, roller och mandat samt vissa juridiska frågor [26]. Det behövs också stöd riktat till ledningsnivå. Ett sådant stöd skulle kunna bidra till ett lokalt utvecklingsarbete, bland annat i form av att man lokalt tar fram rutiner för att säkra kvalitet, samverka mellan missbruks- och beroendeverksamheten i kommunen och äldreomsorgen samt stödja personalen.

⁷ Socialstyrelsen, statistikdatabas för dödsorsaker

Resurser för vård och omsorg

I det här kapitlet 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 resurserna kan nyttjas mer effektivt.

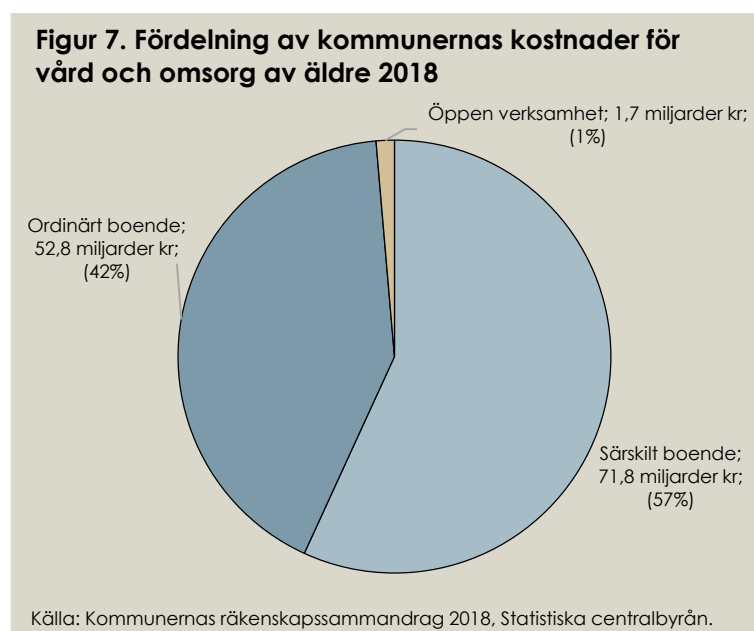
Sammanfattande iakttagelser

- Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre 2018 var 126 miljarder kronor, vilket är i nivå med kostnaderna 2017 (2018 års priser). Kostnaderna för äldreomsorgen utgör drygt hälften, 52 procent, av kommunernas totala kostnader för socialtjänst. Särskilt boende utgjorde 57 procent av kostnaderna, medan ordinärt boende utgjorde 42 procent av kostnaderna.
- Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre drivs framför allt av ökade kostnader för hemtjänsten. Kostnadsökningen beror både på att fler personer får hemtjänst och att hemtjänsten kostar mer per person än tidigare.
- 2006–2017 minskade antalet specialistläkare i geriatrik per 100 000 invånare som var 70 år och äldre från 47 till 37. Det beror främst på att antalet äldre har ökat, samtidigt som antalet specialistläkare inom geriatrik inte har ökat lika mycket.
- Undersköterskor och annan personal i hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende är sjukskrivna i genomsnitt dubbelt så mycket som samtliga anställda. Det försämrar bland annat förutsättningarna för hög personalkontinuitet, vilket påverkar kvaliteten i omsorgen och skapar otrygghet för många äldre.
- Personalkontinuiteten har försämrats 2007–2019, från i genomsnitt 12 till 16 olika personal som den äldre personen med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod.
- Regeringen satsade 2015–2018 totalt 7 miljarder kronor för att öka bemaningen inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen bedömer att satsningen har bidragit till såväl ökad trygghet och kvalitet för den äldre som till utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den äldre.
- Olika undersökningar visar att anhörigomsorgen ökar. I genomsnitt ger ungefär 20 procent av den vuxna befolkningen omsorg. Uppskattningsvis 40–50 procent av alla omsorgstimmar utförs av andra äldre. Ofta handlar det om omfattande insatser, till exempel för en demenssjuk partner.

Kostnader för vården och omsorgen om äldre

Det här avsnittet presenterar kommunernas kostnader och kostnadsutveckling för vård och omsorg av äldre. Kostnaderna är baserade på kommunernas räkenskapssammandrag som publiceras av Statistiska centralbyrån⁸. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2018 års prisnivå⁹. I bilaga 1 redovisas även kostnaderna i löpande priser.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2018 till 126,3 miljarder kronor, figur 7. Den största delen, 71,8 miljarder kronor (57 procent), är kostnader för särskilt boende medan kostnaden för enskilda i ordinarie boende uppgick till 52,8 miljarder kronor (42 procent). Öppen verksamhet som inte kräver individuellt biståndsbeslut utgjorde cirka en procent av kostnaderna (1,7 miljarder kronor), figur 7.



Kommunernas kostnader för vård och omsorg av äldre har sedan 2014 ökat med 2,8 miljarder kronor. Den totala kostnadsökningen är relativt sett liten (2,3 procent) och drivs framför allt av ökade kostnader för hemtjänst, tabell 9. För korttidsboende, dagverksamhet och öppen verksamhet har kostnaderna sjunkit något de senaste åren räknat i 2018 års priser.

⁸ Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet, vilket mäts som bruttokostnad exklusive interna intäkter och försäljning till andra kommuner och regioner. Summan innefattar den verksamhet som kommunerna har definierat som sin egen och som riktar sig till den egna befolkningen.

⁹ Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2018 för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning.

Tabell 9. Kostnader för vård och omsorg om äldre

Miljarder kronor i fasta priser, 2018 års priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Andel (%)	Förändring 2014–2018
	2014	2015	2016	2017	2018	2018	Miljarder kronor (%)
Total kostnad vård och omsorg om äldre	123,5	123,3	124,8	125,5	126,3	100	2,8 (2,3 %)
<i>Årlig förändring</i>	2,2 %	-0,1 %	1,2 %	0,6 %	0,6 %		
Verksamhetsområde							
Särskilt boende	70,9	70,0	71,1	71,5	71,8	57	0,9 (1,3 %)
Ordinärt boende	50,7	51,6	52,0	52,3	52,8	42	2,1 (4,1 %)
Hemtjänst	40,2	41,4	41,9	42,2	42,9	34	2,7 (6,7 %)
Korttidsboende	7,2	7,1	7,1	6,9	6,7	5	-0,5 (-6,9 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	3,3	3,1	3,0	3,3	3,2	3	-0,1 (-3,0 %)
Öppen verksamhet	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1	-0,1 (-5,6 %)

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018, Statistiska centralbyrån.

Under 2018 var det 417 000 personer¹⁰ 65 år och äldre som fick beslut om insatser¹¹ av kommunen. Det är en ökning med 3 procent från 2014 års 405 000 personer. Av dessa bodde 82 000 i särskilt boende (SÄBO), vilket kan jämföras med 81 000 år 2014, tabell 10. Kostnad per individ och år i SÄBO har fluktuerat under tidsperioden och var 2018 cirka 870 000 kronor i fasta priser.

Antalet personer som har beslut om hemtjänst och bor i ordinärt boende har ökat från 141 000 personer 2014 till 144 000 personer år 2018, en ökning om 2 procent. Däremot har kostnaden per person ökat med 5 procent, från 285 000 kronor år 2014 till 299 000 kronor per person 2018, tabell 10. Den totala kostnadsökningen inom hemtjänsten beror alltså på både en ökning i antalet personer som får hemtjänst och att hemtjänsten kostar mer per person.

¹⁰ Antal personer är i Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning som den sista oktober är 65 år och äldre.

¹¹ Bland dessa ingår personer med hemtjänst, individer som bor på SÄBO eller har korttidsboende, samt andra insatser som trygghetslarm, ledsagar osv.

Tabell 10. Antal personer samt kostnad per person fördelat på insatser

Antal personer samt kostnad per person och år fördelat på insatser. Kronor i fasta priser, 2018 års priser.

	2014	2015	2016	2017	2018
Antal personer i SÄBO	81 439	81 434	83 510	82 069	82 393
Kostnad per person i SÄBO	870 590	859 592	851 395	871 218	871 433
Antal personer som har hemtjänst och bor i ordinärt boende	141 068	143 782	144 289	141 460	143 501
Kostnad per person som har hemtjänst och bor i ordinärt boende	284 969	287 936	290 389	298 318	298 953

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018, Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättningar.

Kostnaderna för vård och omsorg av äldre utgör lite mer än hälften, 52 procent, av kommunernas kostnader för socialtjänst, tabell 11. Detta kan jämföras med kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning som står för strax under en tredjedel och individ- och familjeomsorgen som står för en femtedel av kommunernas kostnader för socialtjänst. I förhållande till annan verksamhet i kommunerna har kostnaderna för vård och omsorg av äldre sjunkit något de senaste åren.

Tabell 11. Kostnader för vård och omsorg av äldre som andel av kommunernas samlade kostnader

Miljarder kronor i fasta priser, 2018 års priser.

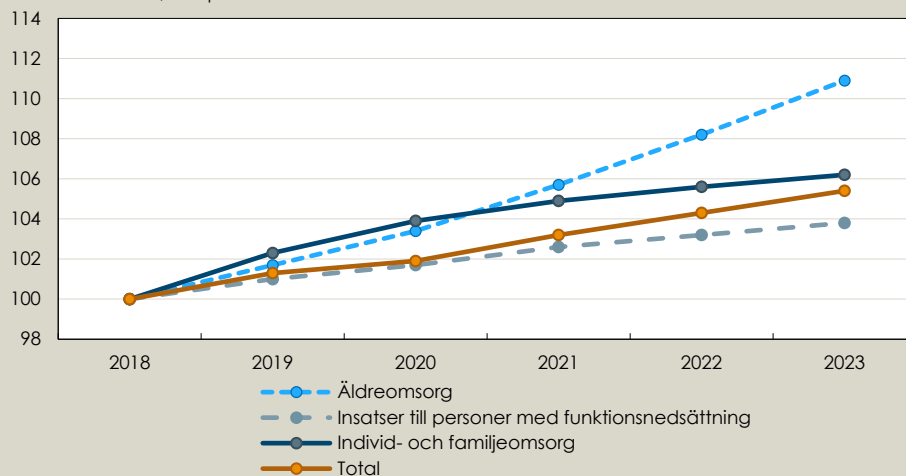
	2014	2015	2016	2017	2018
Total kostnad för vård och omsorg om äldre	123,5	123,3	124,8	125,5	126,3
Andel av kostnader för socialtjänsten, (%)	52,6	52,2	52,3	52,0	51,6
Andel av kommunernas kostnader för egen verksamhet (%)	20,1	19,9	19,1	19,1	19,1
Andel av BNP (%)	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018, Statistiska centralbyrån.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har i sin ekonomirapport lyft att äldreomsorgen är den delen av kommunernas verksamheter som förväntas stå för den största kostnadsökningen de kommande åren, figur 8 [29]. Samtidigt har både kommunerna och regionerna det allt svårare att nå balans i ekonomin. SKR förklarar detta med att barn, unga och äldre ökar snabbare än gruppen som är i arbetsför ålder, samtidigt som Sverige förväntas gå in i en lågkonjunktur. Generellt lyfter SKR att behovet av de resurser som krävs för att upprätthålla välfärden på dagens nivå förväntas öka snabbare än skatteintäkterna.

Figur 8. Beräknade volymförändringar inom olika kommunala verksamheter

Index 2018 = 100, fast pris



Källa: Ekonomirapporten, oktober 2019, Sveriges kommuner och Regioner.

Personalen i vården och omsorgen av äldre – utmaningar och möjligheter

Den växande befolkningen och den demografiska utvecklingen med fler äldre bidrar till en ökad efterfrågan på personal inom både hälso- och sjukvården och omsorgen. Hälso- och sjukvården är ett av de största yrkesområdena med cirka 490 000 anställda.¹² För att arbeta inom hälso- och sjukvården krävs i de flesta fall minst en gymnasieutbildning. För ett stort antal yrken krävs dessutom en eftergymnasial utbildning [30].

Undersköterska inom hemtjänsten, hemsjukvården eller på äldreboenden är Sveriges vanligaste yrke. Yrkesgruppen bestod 2017 av 136 400 anställda.¹² En förutsättning för att äldreomsorgens insatser ska vara av god kvalitet är att medarbetarna har lämplig utbildning och erfarenhet.

Antalet anställda inom yrkesområdet socialt arbete uppgår till nästan 300 000 personer.¹² Många av jobben inom socialt arbete återfinns i den offentliga sektorn, till exempel inom socialtjänsten eller inom personlig assistans [30].

Kvinnor dominerar de flesta yrkena inom respektive yrkesområde.

Nationell statistik över legitimerad personal i äldreomsorgen

Äldreomsorgen är en omfattande verksamhet som sysselsätter mycket personal. Den största personalgruppen inom äldreomsorgen är undersköterskor och vårdbiträden, men även legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar inom äldreomsorgen. Tabell 12 redovisar antalet anställda legitimerade sjuk-

¹² Yrkesregistret, 16-64 år, 2016, SCB.

sköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister inom äldreomsorgen 2017. Antalet sjuksköterskor och arbetsterapeuter har minskat något sedan 2015, medan antalet fysioterapeuter och dietister har ökat något.

Tabell 12. Legitimerad personal i äldreomsorgen

Antal legitimerad personal i äldreomsorgen år 2015–2017, samt andel (%) legitimerad personal i äldreomsorgen fördelat på kön, verksamhetsområde och regiform 2017.

Yrkeskategori	Antal			Andel 2017					
	2015	2016	2017	Kvinnor	Män	Ordinärt boende	Särskilt boende	Kommunal regi	Enskild regi
Sjuksköterskor	14 350	14 100	14 075	92	8	59	41	83	17
Arbetsterapeuter	2 760	2 719	2 665	94	6	58	43	89	11
Fysioterapeuter	1 860	1 900	1 914	83	17	59	41	85	15
Dietister*	34	42	37						

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.

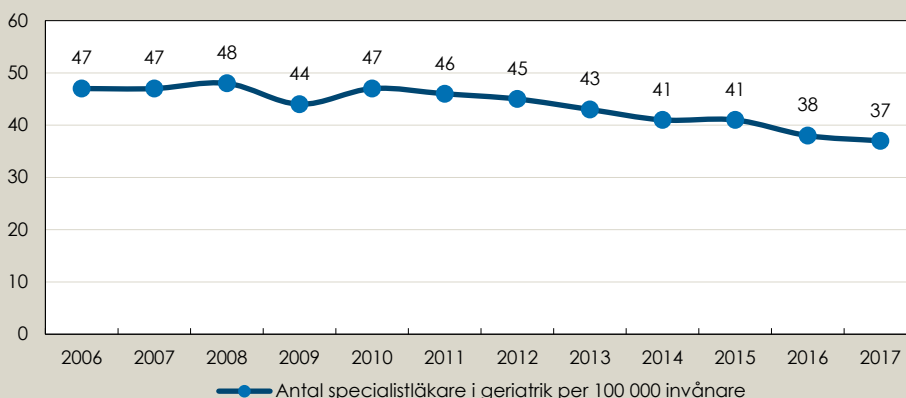
Källa: Legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadssituation (LOVA), Socialstyrelsen.

År 2017 fanns 37 specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare som var 70 år och äldre, figur 9. Det är en minskning per capita från 47 specialistläkare 2006. En stor bidragande orsak är att antalet personer 70 år och äldre har ökat under hela perioden (från 1 148 880 personer 2006 till 1 403 590 personer 2017), samtidigt som antalet specialistläkare inom geriatrik inte har ökat i samma omfattning.

Figur 9. Specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården

Antal specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 70 år och äldre år 2006–2017.

Antal



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

År 2017 var antalet sjuksköterskor med specialisering i vård av äldre cirka 920, vilket innebär 64 specialistsköterskor per 100 000 invånare 70 år och äldre. Av dessa var 54 per 100 000 invånare verksamma i hälso- och sjukvården. Eftersom statistiken förändrades 2016 är det inte möjligt att göra en meningsfull jämförelse över tid.¹³

¹³ Fram t.o.m. 2015 ingår specialistsjuksköterskor med examensår före 1977 i statistiken, därefter är dessa inte inkluderade. Det innebär att uppgifterna för de bägge perioderna inte är jämförbara. Källa: Legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadssituation (LOVA), Socialstyrelsen och befolkningsstatistik, SCB.

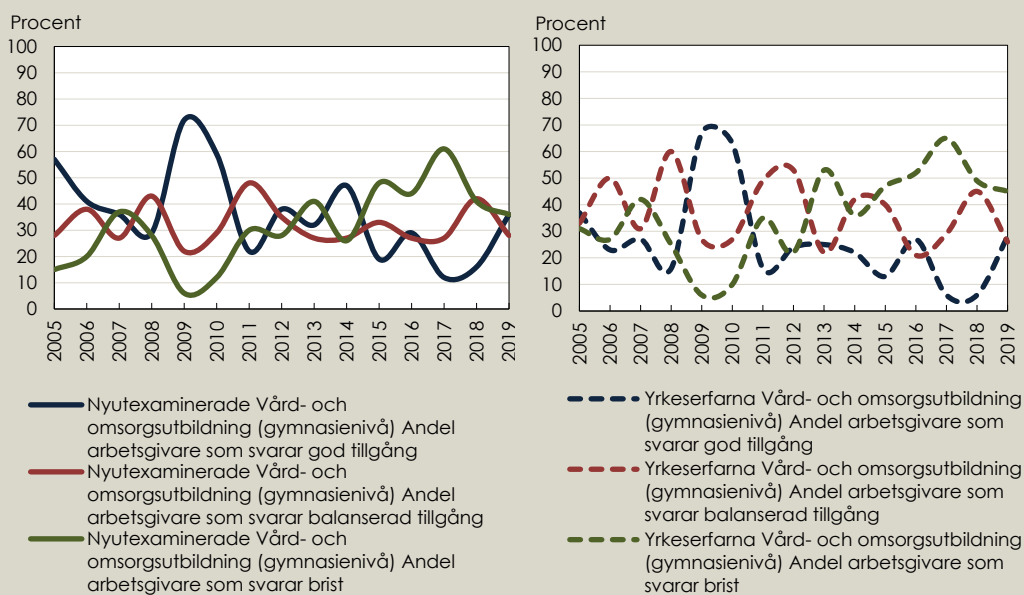
Personalen i äldreomsorgen

Ökad tillgång på arbetssökande med vård- och omsorgsutbildning

Andelen arbetsgivare som uppgav att det var god tillgång på arbetssökande med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå hade ökat betydligt 2019 jämfört med två föregående år [31], figur 10. Arbetsgivarna utgörs framför allt av kommuner och regioner.

Figur 10. Arbetsgivarnas bedömning av tillgången på vård- och omsorgsutbildade arbetssökande

Andel (%) av arbetsgivarna som uppgett att det är god tillgång, balanserad tillgång eller brist på nyutexaminerade eller yrkeserfarna vård- och omsorgsutbildade (gymnasienivå), 2005–2019.



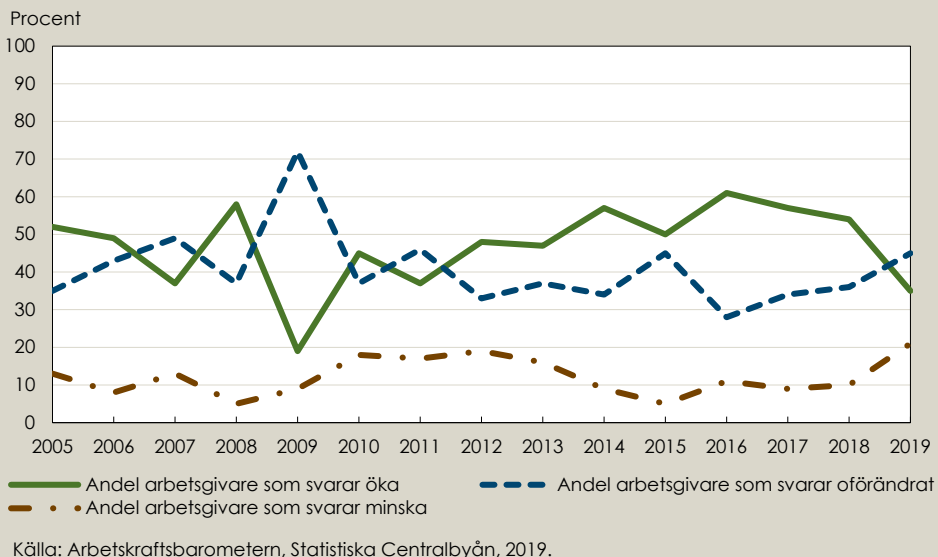
Källa: Arbetskraftsbarometern, Statistiska centralbyrån, 2019.

Bristen på arbetssökande med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå minskade 2019, jämfört med tidigare år. År 2017 uppgav 60 procent av arbetsgivarna att det var brist på personal med denna utbildning. 2019 hade andelen arbetsgivare som uppgav detta minskat till 36 respektive 45 procent. Bristen på yrkeserfaren personal uppgavs vara större än bristen på nyutexaminerade, figur 10. 2017 var ett år med en stark arbetsmarknad vilket kan ha bidragit till att efterfrågan på arbetssökande var hög.

Allt fler arbetsgivare tror att antalet anställda kommer att minska. En ökande andel av arbetsgivarna – i första hand kommuner och regioner – bedömer att antalet anställda med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå kommer att minska [31]. 2019 bedömde cirka 20 procent av arbetsgivarna att antalet skulle minska, 2018 bedömde 10 procent av arbetsgivarna att det skulle minska och 2015 bedömde 5 procent att antalet skulle minska, figur 11. De flesta arbetsgivare bedömer dock fortfarande att antalet anställda kommer att öka eller vara oförändrat de närmaste 3 åren.

Figur 11. Arbetsgivarnas bedömning av hur antalet anställda kommer att förändras

Andel (%) av arbetsgivarna som bedömer att det är god tillgång, balanserad tillgång eller brist på vård- och omsorgsutbildade (gymnasienivå) om tre år, 2005–2019.



Brist på personal med rätt kompetens får konsekvenser

Även om bristen på arbetssökande med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå har minskat så kommer den att kvarstå under de närmaste 5 åren, enligt SCB:s prognos från 2019 [31]. Arbetsförmedlingen visar i sin analys från samma år att en konsekvens av bristen på sökande är att rekryteringar tar längre tid, att befintlig personal får arbeta mer samt att arbetsgivare sänker kraven på utbildning och erfarenhet [30]. Det riskerar att få konsekvenser i form av försämrad arbetsmiljö för personalen och försämrad kvalitet i vård och omsorg.

Regeringen har tillsatt en nationell utredare för att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.¹⁴

Samband mellan arbetsmiljö och brukarnöjdhet

Arbetsvillkoren i hemtjänsten har betydelse för att kunna möta de framtida behoven av hemtjänst. Det gäller både förutsättningarna för att kunna rekrytera och behålla utbildad personal samt säkerställa att äldre har en värdig ålderdom och kvalitet i omsorgen [32].

Undersköterskor och annan personal i hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden är sjukskrivna i större omfattning än andra yrkesgrupper. 2017 var undersköterskor och annan personal i hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende sjukskrivna i genomsnitt 20 dagar per år. Det var dubbelt så mycket som antalet dagar för samtliga anställda. Kvinnor i yrkesgruppen var sjukskrivna i större utsträckning än män – 211 startade sjukfall per 1000 kvinnor,

¹⁴ Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre, dir. 2019:77

att jämföra med 116 per 1 000 män i samma yrkesgrupp. Kvinnor var sjuk-skrivna i 21 dagar i genomsnitt och män i 12 dagar.¹⁵

Sjukfrånvaro leder till att tillfälligt anställda och vikarier ersätter den ordinarie personalen. Det försämrar förutsättningarna att ha hög personalkontinuitet, vilket har betydelse för kvaliteten i omsorgen.

Personalkontinuitet i hemtjänsten

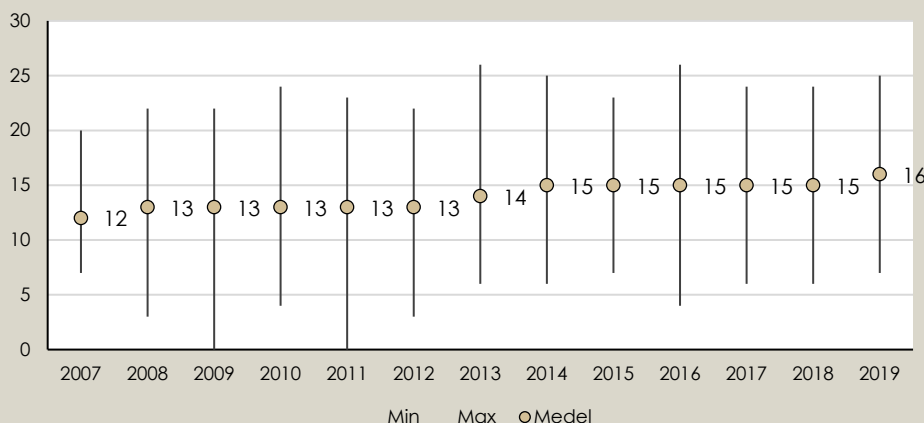
Kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid vård och omsorg om äldre. Personalkontinuitet innebär att den äldre i största möjliga mån får vård och omsorg av samma personal. Många personer med hemtjänst möter i sin vardag personal från olika yrkesgrupper och olika verksamheter och utförare. För de flesta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

Personalkontinuiteten i hemtjänsten kan beskrivas genom att mäta ”antal olika hemtjänstpersonal som hjälper den äldre personen under 14 dagar”. Uppgifterna, som bygger på kommunernas frivilliga redovisning i Kolada,⁷⁵ mäter personer med behov av minst två insatser under tiden 07.00–22.00 veckans alla dagar.

Personalkontinuiteten har försämrats nationellt under perioden 2007–2019, från 12 till 16 olika personal som den äldre personen med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod, vilket figur 12 visar. Det finns också betydande variationer i personalkontinuitet mellan kommunerna, vilket de lodräta strecken nedan visar. Dock har utvecklingen stabiliserat sig de senaste åren.

Figur 12. Riket. Personalkontinuitet för personer 65 år eller äldre med hemtjänst

Samtliga rapporterande kommuner 2007–2019, under en 14-dagarsperiod, Medeltal. Antal personal



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada, 2019-12-11.

Satsning på bemanning inom äldreomsorgen

Socialstyrelsen har för fjärde året i rad följt upp satsningen på en ökad bemanning inom äldreomsorgen [33]. Regeringen satsade under perioden 2015–2018 totalt 7 miljarder kronor för att öka bemanningen inom äldreomsorgen. Syftet var att öka kvaliteten i omsorgen, öka tryggheten för de

¹⁵ Försäkringskassans statistik 2019, baserad på Försäkringskassans databas för analysändamål, MIDAS.

äldre, förbättra arbetsmiljön för personalen samt förbättra förutsättningarna för en jämställd, likvärdig och jämlik äldreomsorg. Socialstyrelsen har haft i uppgift att fördela pengarna till kommunerna och samtliga kommuner har tagit del av medlen under perioden. Socialstyrelsen bedömer att satsningen har bidragit till såväl ökad trygghet och kvalitet för den enskilde som till utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde.

Sammantaget beräknas drygt 19 000 årsarbetare ha tillkommit med hjälp av satsningen, alltså i genomsnitt 4 800 årsarbetare per år. Medlen har främst använts till att öka tillgången på personal som arbetar nära de äldre, till exempel vårdbiträden, undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och arbetsledare på verksamhetsnivå. Den ökade bemanningen har kommit till användning inom såväl hemtjänst som särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet, och både kommunala och enskilda utförare har tagit del av medlen. Kommunerna har genom den ökade bemanningen bland annat kunnat skapa team för trygg och säker hemgång efter sjukhusvistelse, öka bemanningen nattetid och vid måltider och öka kontinuiteten i bemanningen. Det har också varit möjligt att öka tillgången till rehabilitering och öka möjligheterna att komma utomhus eller organisera andra typer av aktiviteter för de äldre. Vidare har pengarna använts till att erbjuda heltidsarbete till befintlig personal och möjliggöra utveckling av olika verksamheter.

Kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten

I och med de ändrade demografiska förutsättningarna med en ökande andel äldre i befolkningen väntas behovet av socialtjänst öka. År 2019 har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys analyserat kommunernas bemannings- och kompetensmässiga förutsättningar att göra goda bedömningar i socialtjänsten, samt hur kompetensförsörjningen av handläggare i socialtjänsten kan stärkas.[34]. Resultatet visar att på längre sikt står socialtjänsten inför stora kompetensförsörjningsutmaningar, bland annat genom att socialtjänstens uppdrag har utökats, men också blivit alltmer komplext.

För de delar av socialtjänsten som inte gäller barn och unga har Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer (SOSFS 2007:17), personer med funktionshinder (SOSFS 2008:32) och våld i nära relationer (SOSFS 2014:4). Till skillnad från kravet i SoL är råden inte bindande, utan rekommendationer. Enligt råden bör handläggare ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning för att handlägga ärenden som avser äldre personer eller personer med funktionsnedsättning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar bland annat att handläggarnas kompetens kommer behöva förändras i och med målet att socialtjänsten ska bli mer kunskapsbaserad. Det ställer krav på löpande både fort- och vidareutbildning samt rekrytering av nya kompetenser.

Dock försvåras möjligheterna till ett strategiskt och långsiktigt kompetensförsörjningsarbete, både i kommunerna och nationellt, av att det saknas samlad och fullständig information om dagens bemanning och framtida kompetensbehov [34]. Det är svårt att generellt slå fast hur många handläggare som

behövs i en kommun, eftersom kommunernas strukturella förutsättningar påverkar deras behov. Till exempel behöver kommuner med en stor andel äldre i befolkningen antagligen fler handläggare inom äldreomsorgen än en kommun med fler yngre invånare.

För att möta det ökande behovet av socialtjänst behöver kommunerna arbeta strategiskt för att rekrytera och behålla medarbetare och införa effektivare arbetssätt för att använda handläggarnas kompetens på bästa sätt [34]. Idag har dock bara en tredjedel av kommunerna en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling inom äldreomsorg och verksamhet riktad till personer med funktionsnedsättningar.

Samordning och tvärsektoriell samverkan genom Nationella vårdkompetensrådet

Regeringen beslutade i december 2019 att inrätta ett nationellt vårdkompetensråd för att stärka samverkan om kompetensförsörjning av personal i hälso- och sjukvården mellan regioner, kommuner, universitet och högskolor och övriga berörda aktörer. Syftet är också att säkerställa att alla aktörer har en gemensam bild över kompetensförsörjningsbehoven i hälso- och sjukvården. I rådet sitter representanter för regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Rådet knyts till Socialstyrelsen med ett tillhörande rådskansli. Socialstyrelsen ansvarar, i samråd med UKÄ, för planering och organisering av rådets arbete och för att varje år redovisa rådets vidtagna åtgärder till regeringen.

Det nationella rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården, genom att bland annat göra samlade bedömningar av framtidens kompetensförsörjningsbehov¹⁶ exempelvis inom vård och omsorg om äldre. Nationella vårdkompetensrådet ska även stödja och främja samverkan om kompetensförsörjningen mellan huvudmännen och lärosätena på sjukvårdsregional nivå [35]. Läs mer i rapporten *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2020*.

Viktigt att följa utvecklingen vad gäller anhörigas omsorg

Den 1 juli 2009 infördes en bestämmelse i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen som tydliggör att socialtjänsten ska erbjuda stöd till personer som vårdar, hjälper eller stödjer en äldre, sjuk person eller en person med funktionsnedsättning. Anhörigstödet ska kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet (prop. 2008/09:82). Socialstyrelsens uppföljningar visar att kommunerna tillämpar bestämmelserna på olika sätt och i varierande utsträckning [36, 37].

¹⁶ Det nationella rådets uppdrag inriktas initialt på professioner som kräver högskoleutbildning.

Olika undersökningar visar att anhörigomsorgen ökar [12, 31]. Detta kan delvis bero på att den offentliga omsorgen och vården krymper relativt behoven, men troligen också på att allt fler har närstående, såsom partner och barn [32][33]. Andelen äldre som saknar både partner och barn har minskat kraftigt de senaste 30 åren. 2015 hade 8 procent av de som var 65 år eller äldre varken partner eller barn, vilket är en minskning med 15 procent sedan 1985 [38].

År 2012 hade Socialstyrelsen regeringens uppdrag att ta reda på omfattningen av vård som ges av anhöriga och genomförde en befolkningsstudie [39]. Under 2018 har Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) tillsammans med Linnéuniversitetet genomfört en snarlik studie [40]. Den senare är mer omfattande men ställer delvis samma frågor som Socialstyrelsen 2012, varför siffrorna går bra att jämföra. Även om studien inte är helt bearbetad ännu finns det ändå en del jämförelser som kan göras för att få en bild av utvecklingen.

Det är fortfarande samma andel – var femte person 18 år och äldre – i befolkningen som kontinuerligt stödjer någon närstående. Men de som ger stöd ger mer stöd idag än tidigare. Det gäller bland annat ”praktisk hjälp”, ”sköta kontakter med vård och omsorg”, tillsyn och umgänge. En tredjedel uppger att de bistår med medicinska insatser såsom medicinuppdelning, omläggning av sår och injektioner.

År 2018 är det vanligare att engagemanget har en negativ påverkan på anhörigvårdarnas livssituation. Enligt Nka är anhörigas hälsa, sociala liv och ekonomi mer negativt påverkad idag än 2012. Vidare önskar anhöriga mer stöd än de får idag bland annat i form av ekonomiskt stöd, hälsorådgivning, stöd via modern teknik och att kunna kombinera arbete och anhörigomsorg [41]. Det är viktigt att framöver följa utvecklingen av de anhörigas engagemang eftersom det i hög grad är deras situation som påverkas om stödet, vården och omsorgen blir mindre tillgänglig.

Under 2018 kontaktade knappt 1 400 personer IVO:s upplysningstjänst om äldreomsorgen, hemsjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Vanligast, 55 procent, var att kontakterna kom från närstående [42]. Många kontakter handlade om olika brister i utförandet av en insats.

Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag att under 2020 ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer [43].

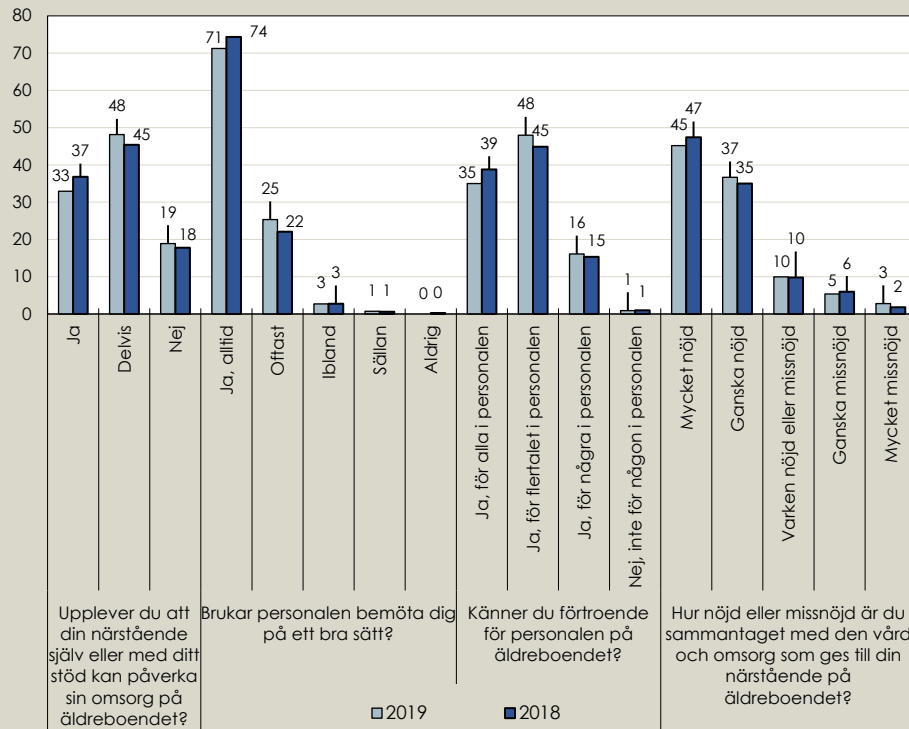
Närståendes perspektiv

Undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* syftar till att ta reda på vad enskilda personer tycker om sin äldreomsorg. I första hand ska personen själv 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 de närstående ofta är en del av de äldres vardag kan det dessutom vara värdefullt att öka medvetenheten om hur närstående uppfattar äldreomsorgen. I 2018 och 2019 års undersökning fick närstående som besvarade enkäten även möjlighet att besvara frågor om sina egna upplevelser via webbenkäten.

Figur 13. Frågor ställda till anhöriga eller närstående till personer på särskilt boende, 2018 och 2019

Andel (%) anhöriga eller närstående till personer på särskilt boende som svarat på respektive fråga, 2018 och 2019.

Procent



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2018 och 2019. Socialstyrelsen.

Figur 13 visar att förändringarna mellan 2018 och 2019 är relativt små. Generellt har de närstående som deltagit i undersökningen varit nöjda med vården och omsorgen på äldreboendet; 82 procent svarar att de är mycket eller ganska nöjda, ett oförändrat resultat jämfört med föregående år.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

En kunskapsbaserad vård och omsorg baseras på bästa tillgängliga kunskap och ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta kapitel beskrivs kunskapsstödjande arbete med fokus på bland annat psykisk hälsa och riskförebyggande arbete inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Sammanfattande iakttagelser

- Insatser för att minska stigma om psykisk ohälsa är en viktig del i ett brett arbete med att förebygga psykisk ohälsa och suicid.
- Antalet patienter 65 år och äldre som vårdas för psykiatriska diagnoser har sedan 2009 ökat inom den specialiserade öppenvården. Den totala andelen äldre som har vårdats för psykisk sjukdom eller förskrivits psykofarmaka har dock minskat något under samma period.
- Öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård kan minska risken för återinsjuknande och återinskrivning. Andelen personer 65 år och äldre som slutenvårdats för depression eller ångesttillstånd och som inom fyra veckor efter utskrivning haft ett öppenvårdsbesök var lägre än för personer 18–64 år. Det gäller både män och kvinnor.
- Sjukdomsrelaterad undernäring förekommer framför allt bland äldre. Under 2019 gjordes totalt 75 550 riskbedömningar för undernäring eller risk för undernäring av personer 65 år och äldre inom äldreomsorgen. Under det senaste decenniet har andelen äldre med övervikt och fetma ökat. Andelen som 2018 uppgav övervikt och fetma var 61 procent i åldersgruppen 65–84 år. Vuxna med ohälsosamma matvanor bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal. Det gäller vid såväl övervikt som undernäring.
- Allt färre insjuknar och avlider i stroke och det beror framförallt på den kraftiga ökningen av förebyggande åtgärder. Till exempel har behandling med antikoagulantia (blodförtunnade läkemedel) ökat och idag behandlas personer som är äldre än 80 år nästan lika ofta som yngre. Ett av de viktigaste förbättringsområdena inom strokevården är att skapa en strukturerad uppföljning med tillgång till multidisciplinära team. Slutenvårdsrehabilitering behöver oftare erbjudas för personer med sämre prognos, till exempel äldre. Äldre får generellt mindre rehabilitering oavsett rehabiliteringsform jämfört med personer i arbetsför ålder. Vårdtiden är särskilt kort för personer som åter skrivs ut till särskilt boende efter en stroke.
- Andelen trycksår år 2019 var 7 procent inom de kommunala verksamheterna och 4 procent inom regionerna. Drygt hälften av trycksåren var allvarliga. En fjärdedel bedömdes ha risk för att få trycksår. Förekomsten av trycksår varierade beroende på enhetstyp, och var högst på korttidsboenden – drygt 9 procent. Andelen *utförda* förebyggande åtgärder var betydligt lägre än andelen som *planerades*.

Många äldre känner sig ensamma

Äldre personer är ingen homogen grupp och åldrandet är mycket individuellt. Att ha betydande relationer är viktigt i alla åldrar – dels för att leva ett meningsfullt liv, dels för att hålla sig frisk. Flera studier har nyligen uppmärksammat ofrivillig ensamhet som en riskfaktor för psykisk hälsa [44, 45].

Ensamhet i form av social isolering ökar med åldern. SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC) 2019 visar att ungefär 300 000 personer beräknas vara socialt isolerade i Sverige [46]. För att räknas som socialt isolerad måste man bo ensam och inte träffa anhöriga, vänner eller bekanta oftare än ett par gånger i månaden. Detta är fallet för minst var tionde person 75 år och äldre. I åldersgruppen 75–84 år är siffran cirka 10 procent och bland personer 85 år och äldre är andelen 15 procent. Bland kvinnor 65 år och äldre utan någon nära vän bedöms andelen till 6 procent. Som nära vän räknas inte sambo eller någon man är gift med. Åtta procent av personer 85 år och äldre är höggradigt socialt isolerade [46]. Med det menas att även kontakter via telefon och över internet sker mer sällan än en gång i veckan.

Även analyser av äldres hälsa från Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD)-data, åldersgruppen 75 år och äldre, visar exempelvis att isolering har stor inverkan på den psykiska hälsan [47]. Sannolikheten för att ha depressiva symtom och ångest är högre ju mer socialt isolerad en person är.

Dock är det viktigt att komma ihåg att alla äldre inte är ensamma. Ensamheten behöver inte heller vara ofrivillig. Men det finns personer som upplever ofrivillig ensamhet i högre grad än andra. Det kan till exempel vara personer med ohälsa (både fysisk eller psykisk), personer med funktionsnedsättningar, äldre med beroendeproblematik, personer som nyligen mist sin partner eller utlandsfödda personer.

”Tillsammans mot ensamhet” är ett regeringsfinansierat projekt¹⁷ som de tre seniororganisationerna SPF Seniorerna, SKPF och PRO drog igång hösten 2018 och som redovisades i mars 2019 [48]. Projektets syfte var att finna metoder för att minska upplevd ensamhet bland äldre genom särskilt riktade insatser. Tillvägagångssättet var att, dels utbilda ambassadörer inom pensionsföreningarna, dels producera ett studiematerial om ensamhet och uppsökande verksamhet.

Statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre personer

Socialstyrelsen fick i uppdrag att fördela 18 500 000 kronor för år 2019 enligt förordning (2019:474) om statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre personer. Statsbidraget syftar till att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre. Ideella föreningar och stiftelser som inte var statliga eller kommunala ansökte om projektbidrag eller verksamhetsbidrag. Totalt inkom 163 ansökningar varav 146 ansökningar prövades. Socialstyrelsen beslutade att fördela totalt 18 500 000 kronor till 102 organisationer. Statsbidraget fick användas till den 31 december 2019.

¹⁷ Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende anslag 4:5. S2017/07302/RS (delvis).

Mottagare av statsbidraget återrapporterar till Socialstyrelsen hur medlen har använts senast den 30 mars 2020.

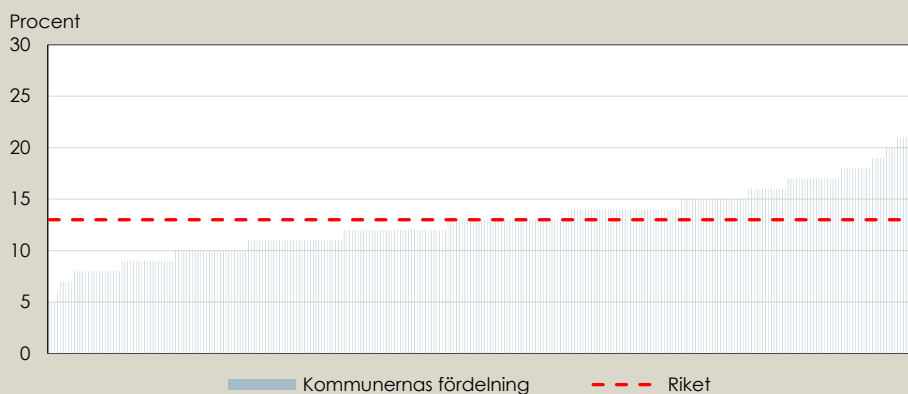
Äldre är mer ensamma på särskilt boende än hemma

Ensamhet kan komma plötsligt eller långsamt smyga sig på. Att förlora sin make eller maka, vänner eller att tvingas flytta är viktiga riskfaktorer för ensamhet. Andra riskfaktorer kan vara att drabbas av sjukdom eller olika fysiska hinder som gör det svårt att ta sig ut ur hemmet.

Ensamheten är mindre bland äldre som bor hemma och har hjälp av hemtjänst än bland dem som bor på ett äldreboende. Av de som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst upplever 40 procent att de har besvär av ensamhet då och då och 13 procent uppger att de ofta har besvär av ensamhet [49]. Motsvarande siffror hos de som bor på särskilt boende är 47 procent respektive 18 procent. Detta har i stort varit oförändrat de senaste tre åren. Inom ordinärt boende är det vanligast att känna besvär av ensamhet bland personer som är 80 år och äldre. I särskilt boende upplever de som är 65–79 år i något högre grad att de ofta har besvär av ensamhet än gruppen 80 år och äldre. Figur 14 visar spridningen mellan kommuner där personer som bor hemma med stöd av hemtjänst svarar att de ofta har besvär av ensamhet. Det varierar mellan 5 och 23 procent, och genomsnittet för riket är 13 procent.

Figur 14. Besvär av ensamhet

Andel (%) av de äldre som bor hemma med stöd av hemtjänst som upplever att de ofta har besvär av ensamhet, 2019.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2019, Socialstyrelsen.

För att bidra till att minska den ofrivilliga ensamheten hos äldre personer har förändringar gjorts i socialtjänstlagen (5 kap. 5 § SoL). Med samma syfte har ett regeringsuppdrag¹⁷ riktats till flera pensionärsorganisationer, se föregående avsnitt.

Nedsatt psykisk hälsa

Samlingsbegreppet ”psykisk ohälsa” inkluderar såväl psykiska besvär som kan vara normala övergående krisreaktioner på livshändelser, exempelvis ångest och nedstämdhet som inte uppfyller kraven på någon diagnos (ofta

självrapporterade psykiska besvär), som olika psykiska syndrom som uppfyller kriterier för en psykiatrisk diagnos. Det är dock svårt att studera förekomsten av psykisk ohälsa generellt, eftersom skattningarna varierar i olika studier, bland annat på grund av variation i vilka symtom som inkluderas och vilka mätinstrument som används [50]. Symtomen skiljer sig mellan yngre och äldre personer och det är vanligt att äldre personer uttrycker kroppsliga besvär, såsom trötthet, sömnbesvär, viktnedgång och minskad koncentration förmåga istället för uttalade psykiska besvär [51, 52]. Det finns även komplexa samband mellan depression och demenssjukdomar, där symtom såsom ångest och depression kan klassas som en del av demensdiagnosen. Tillsammans med en diagnostisk rangordning där demenssjukdom sätts som primär diagnos och depression som sekundär, kan det bidra till en underskattning av psykisk sjukdom [50]. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att olika symtom på psykisk ohälsa, oavsett sätt att mäta, är förhållandevis vanligt i den äldre befolkningen [53-55].

Trots att psykisk ohälsa som ett samlingsbegrepp leder till en rad olika negativa levnadsförhållanden och försämrad livskvalitet, är vetskapen om äldres psykiska ohälsa på befolkningsnivå otillräcklig. Det behövs bland annat mer befolkningsbaserade studier för att kartlägga förekomsten av psykisk ohälsa och följa upp utvecklingen över tid, samt ökad kunskap om olika bestämningssfaktorers betydelse för psykisk ohälsa hos äldre personer [56].

Psykisk ohälsa är ett hot mot en persons möjlighet att leva ett meningsfullt liv utifrån sina egna behov och önskemål, och ett hot mot möjligheten att vara delaktig i sin vardag och i samhällslivet. Man behöver lägga större vikt vid förebyggande strategier för äldre i riskzonen, eller i de tidiga stadierna, av psykisk sjukdom, inklusive depression och demenssjukdom.

Under 2019 publicerades informationsskriften *”Våga tala om psykisk ohälsa”* [57]. Skriften riktar sig till äldre personer och deras närstående, och tar upp vad psykisk ohälsa är, hur den kan yttra sig, när det är dags att söka hjälp och var hjälpen finns. Skriften är resultatet av ett samarbete mellan Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering), Riksförbundet Hjärnkoll och NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa).

Stigma

Folkhälsomyndigheten publicerade under 2019 en litteraturoversikt av grå litteratur om stigma mot personer som lever med psykisk ohälsa [58]. Grå litteratur handlar om kunskap som inte granskats enligt förfarandet som gäller vid publicering i vetenskapliga tidskrifter [59]. Det kan vara rapporter, avhandlingar, manuskript och kliniska riktlinjer som är framtagna av myndigheter, universitet och andra organisationer och företag [60].

I översikten beskrivs stigma som en oönskad social stämpling som orsakar bland annat skam, lidande och minskad självuppskattning. Psykisk ohälsa används som en samlande beteckning för mindre allvarliga psykiska besvär, till exempel oro och nedstämdhet, och för mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos [58].

Insatser för att minska stigmatiseringen av personer som lever med psykiska sjukdomar eller olika psykiatriska tillstånd är en viktig del i ett brett arbete med att förebygga psykisk ohälsa och suicid. Det framhålls i både svenska och internationella sammanhang, till exempel i WHO:s europeiska handlingsplan för psykisk hälsa.

Enligt rapporten omfattar många insatser mediekampanjer med attitydförändrande budskap om psykisk ohälsa, kontaktverksamhet som uppmuntrar till social kontakt mellan personer med och utan psykisk ohälsa, och utbildningar om psykisk ohälsa och suicid [58]. Vanliga samhällsområden som insatserna riktar sig mot är hälso- och sjukvården, arbetsmarknaden och medierna eftersom stigmatisering och diskriminering inom dessa områden kan ha stor negativ påverkan på livskvalitet och livsvillkor för personer med psykisk ohälsa. De vanligaste målgrupperna är allmänhet, arbetsgivare, barn och unga, journalister och andra som arbetar inom media och olika yrkesgrupper som kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa i sitt arbete [58]. Äldre personer nämns inte specifikt, men utgör en betydande andel av dessa grupper.

De befolkningsinriktade insatser som leder till minskat stigma genomförs oftast i form av flera parallella och samordnade insatser inom olika samhällssektorer. Lokal förankring och utformning lyfts fram som viktiga komponenter av Folkhälsomyndigheten [58].

Psykiatrisk vård

Inom ramen för årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att göra en särskild fördjupning i psykiatrisk vård för personer 65 och äldre, i syfte att öka kunskapen om målgruppen. Innehållet utgår delvis från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser samt nya analyser särskild framtagna för den här rapporten.

De flesta studier av riskfaktorer för psykisk sjukdom hos äldre har handlat om depression, som i hög ålder sannolikt har en multifaktoriell uppkomst [20, 21]. Det är dock inte alltid lätt att bedöma vad som är en riskfaktor och vad som är en konsekvens av sjukdomen, och ofta verkar associationerna gå i båda riktningarna.

Allvarligare former av psykiska besvär hos personer 65 år och äldre kräver ofta både somatiska och psykiatriska vårdinsatser, eftersom deras behov ofta är mera komplexa än yngre personers. Trots att depression är vanligare än demenssjukdomar bland äldre, är äldre underrepresenterade inom specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård [61]. Patienter med psykisk sjukdom vårdas inom alla specialiteter, exempelvis inom internmedicin, kirurgi och geriatrik.

För att få en uppfattning om hur stor andel patienter 65 år och äldre som är inskrivna på ett sjukhus för somatisk vård och samtidigt har en psykisk sjukdom eller har förskrivits psykofarmaka har Socialstyrelsen gjort en egen analys inför den här rapporten. I analysen ingick nio medelstora sjukhus geografiskt utspridda över hela Sverige. Sjukhusen hade 150–250 vårdplatser men hade inte någon slutenvårdspsykiatrisk avdelning. Analysen visar att 41–75 procent av kvinnorna och 29–65 procent av männen som är 65 år och äldre

och som får somatisk vård även har en psykiatrisk diagnos eller har förskrivits psykofarmaka en genomsnittlig dag 2018 på ett medelstort sjukhus.

Den relativt höga genomsnittliga andelen äldre med en psykisk sjukdom eller som har förskrivits psykofarmaka och som är inskrivna på ett sjukhus för somatisk vård, kan innebära att läkare inom alla specialiteter som behandlar äldre kommer att behandla dessa patienter. Detta skapar behov av en breddad kunskap kring psykisk sjukdom vid all behandling av äldre.

Samsjuklighet mellan psykisk och fysisk hälsa är viktigt att uppmärksamma. Flera studier visar en ökad risk för suicidalt beteende hos äldre vid bland annat fysisk funktionsnedsättning, neurologiska tillstånd, cancer-sjukdomar, smärttillstånd och ledsjukdomar [62, 63].

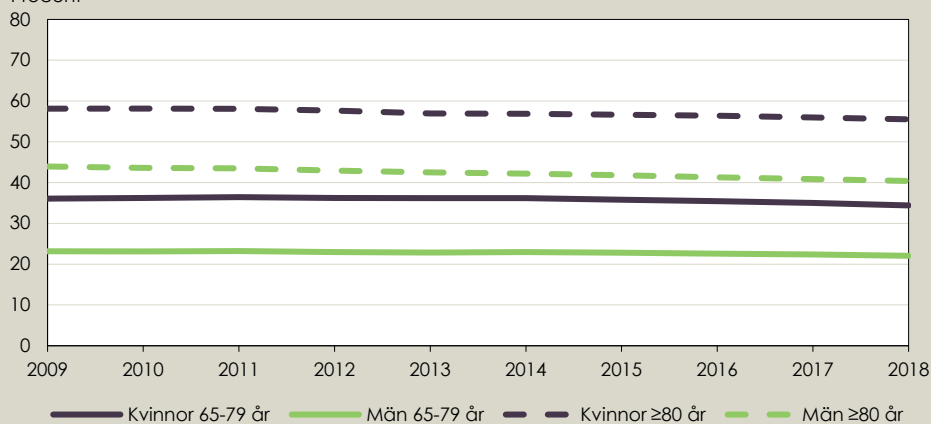
Psykiatriska diagnoser exklusive demens

Andelen personer 65 år och äldre som vårdats för psykisk sjukdom eller förskrivits psykofarmaka har gradvis minskat över perioden 2009–2018, figur 15. Könsskillnaden med högre andel kvinnor än män är dock konstant under hela perioden. Kvinnorna ligger hela tiden högre än männen i båda åldersgrupperna.

Figur 15. Andel äldre som vårdats för psykisk sjukdom eller förskrivits psykofarmaka, 2009–2018

Andel (%) personer 65–79 år respektive 80 år och äldre som vårdats för psykisk sjukdom exklusive demens* eller som har förskrivits psykofarmaka, ålderstandardiserade värden, 2009–2018

Procent



* F-diagnos (exklusive F00-F04, F51, G30). Psykofarmaka N06A, N05A, N05B, N05C, N06BA (exklusive N06D)

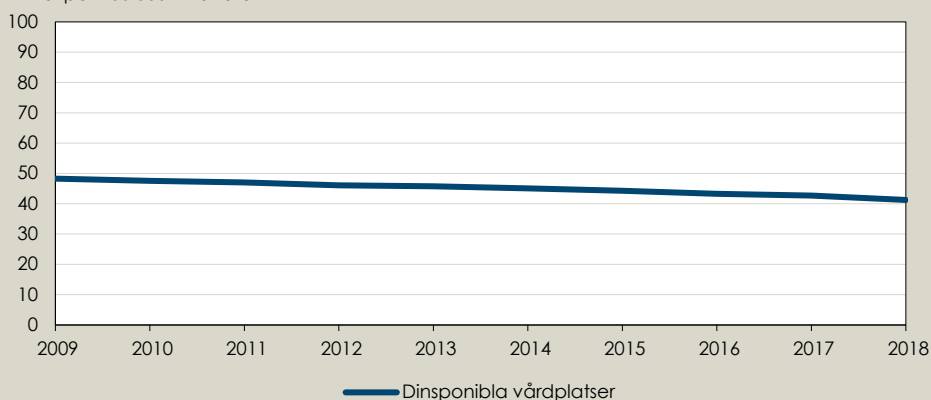
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret.

Sedan 2009 har antalet disponibla vårdplatser i specialiserad psykiatrisk vård minskat från 48 till 41 per 100 000 invånare år 2018, vilket framgår av figur 16.

Figur 16. Riket. Disponibla vårdplatser i psykiatrisk heldygnsvård

Andel disponibla vårdplatser i psykiatrisk heldygnsvård, 2009–2018.

Antal per 100 000 invånare



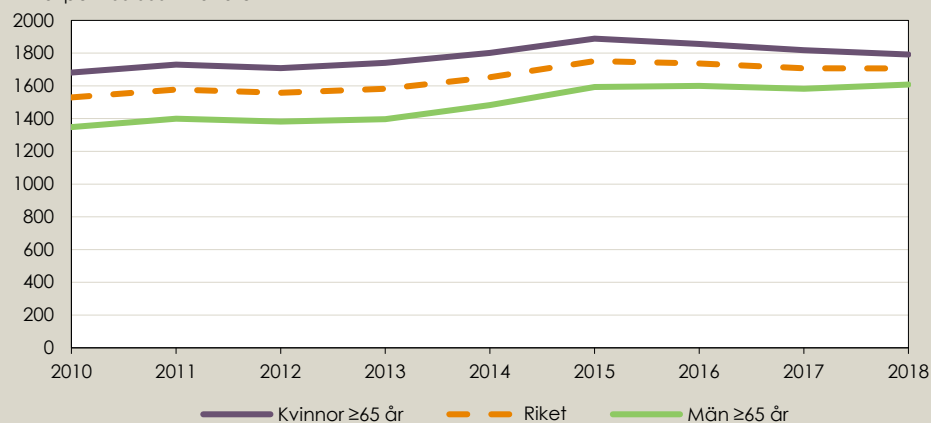
Källa: SKR.

Antalet personer 65 år och äldre som får vård för psykisk sjukdom inom specialiserad psykiatrisk öppenvård har ökat från 1 530 år 2010 till 1 706 per 100 000 invånare 2018, figur 17. Könsskillnaderna har minskat under perioden, men fortsätter vara viktiga att uppmärksamma. Inte bara utifrån att kvinnor söker vård utan också med frågeställningen varför män inte söker vård i högre utsträckning.

Figur 17. Vårdade inom specialiserad psykiatrisk öppenvård 2010–2018

Andel besök i den specialiserade psykiatriska öppenvården för personer 65 år och äldre, ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



* Läkarbesök med huvud diagnos demens ingår ej

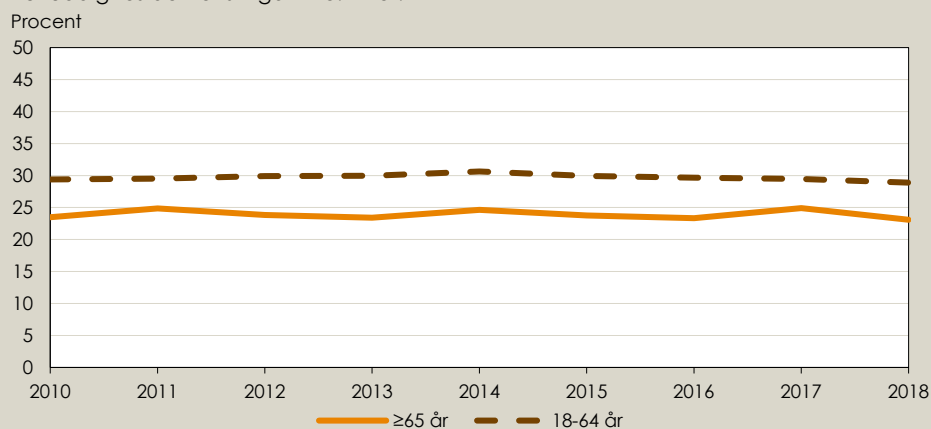
Källa: Patientregistret.

Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård

Genom att mäta återinskrivningar inom tre månader speglas till en viss del kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt i samverkan dem emellan [64]. Andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård inom tre månader är lägre bland personer 65 år och äldre jämfört med personer 18–64 år och ligger på 23 respektive 29 procent, figur 18. För båda grupperna har andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård legat på samma nivå sedan 2010.

Figur 18. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom tre månader

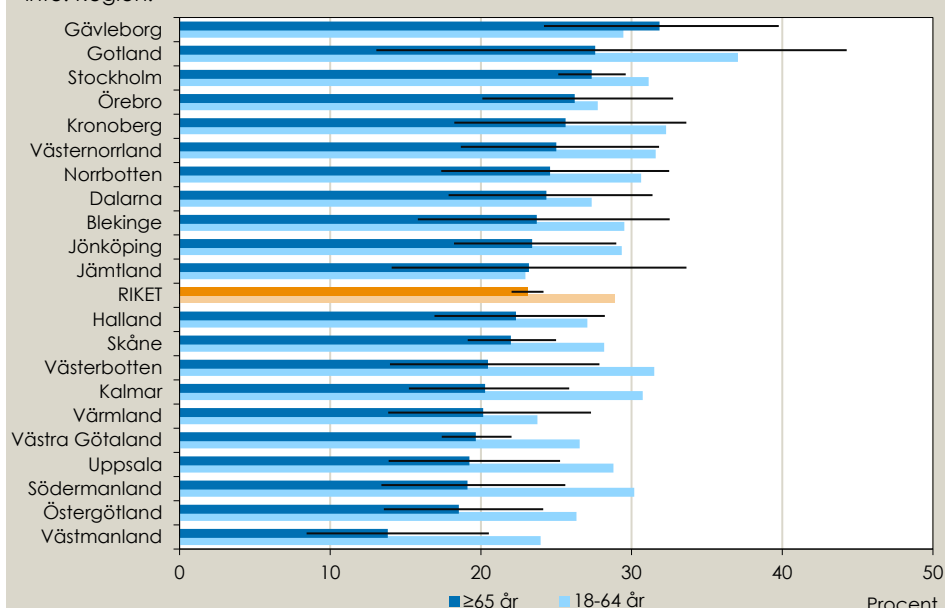
Andel (%) personer 18–64 respektive 65 år och äldre som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom tre månader (90 dagar) 2010–2018 *. Inskrivningar med huvuddiagnos demens ingår inte. Riket.



På regionnivå varierar andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård för personer 65 år och äldre mellan knappt 14 procent och 32 procent, figur 19. Äldre återinskrivs i lägre utsträckning än yngre i samtliga regioner utom Gävleborg. Orsaker till variationerna mellan regionerna kan vara både organisering och individuella behov hos patienterna. Det är viktigt för regionerna med hög andel återinskrivningar inom psykiatrisk slutenvård att analysera orsakerna till detta.

Figur 19. Region. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom tre månader 2018

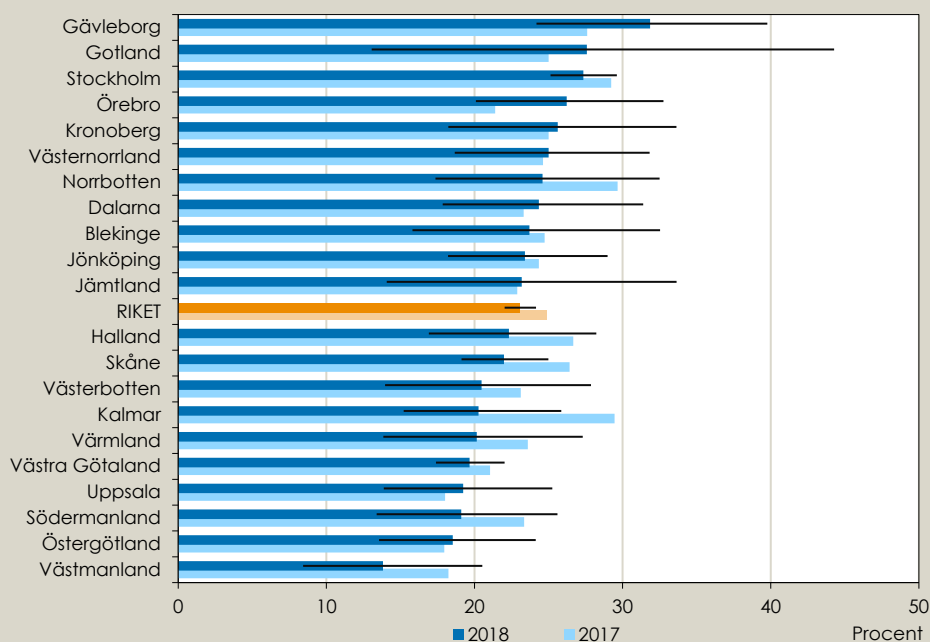
Andel (%) personer 18–64 respektive 65 år och äldre som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom tre månader (90 dagar) 2018 *. Inskrivningar med huvuddiagnos demens ingår inte. Region.



Figuren 20 visar att andelen personer 65 och äldre som återinskrivs i slutenvård psykiatrisk vård inom tre månader har ökat i 6 regioner mellan 2017 och 2018. Den negativa förändringen var störst i Gävleborg, där andelen äldre som återinskrivs ökade från 28 procent 2017 till 32 procent 2018.

Figur 20. Region. Återinskrivning i slutenvård psykiatrisk vård inom tre månader 2018

Andel (%) personer 65 år och äldre som återinskrivits i slutenvård psykiatrisk vård inom tre månader (90 dagar) 2017 och 2018*. Inskrivningar med huvuddiagnos demens ingår inte.



* För år 2018 omfattas utskrivningar under perioden 1 januari till 2 oktober

Källa: Patientregistret

Vidare analys av data visar att diagnosbilden bland de återinskrivna är mycket spridd. Den vanligaste diagnosen vid återinskrivning är psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, följt av recidiverande depressioner och andra ångestsyndrom. Uppdelat på kön ändras bilden något. För kvinnor är den vanligaste diagnosen vid återinskrivning andra ångestsyndrom, följt av recidiverande depressioner och bipolär sjukdom. För män är den vanligaste återinskrivningsdiagnosen psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, följt av depressiv episod och bipolär sjukdom.

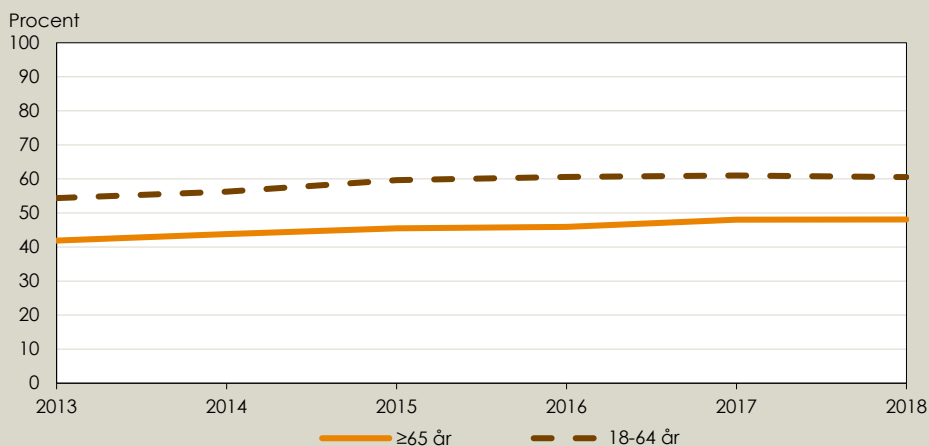
Kontinuitet och samverkan

Kontinuitet i vårdförloppet bidrar till en god och individanpassad vård. Tidig kontakt med öppenvården efter utskrivning från slutenvård kan vara ett tecken på en väl fungerande samverkan mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och uppföljning ska leda till sammanhållna vård- och stödsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet och minskar behovet av slutenvård.

Sedan 2013 har andelen personer 65 år och äldre som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård ökat från 42 procent 2013 till 48 procent 2018. Personer 18–64 år ligger hela tiden högre än personer 65 år och äldre, figur 21.

Figur 21. Riket. Kontinuitet och samverkan

Andel (%) personer 18–64 år respektive 65 år och äldre som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning till ordinärt boende från sluten psykiatrisk vård 2013–2018*. Inskrivningar och besök med huvuddiagnos demens ingår inte.



* För år 2018 omfattas utskrivningar under perioden 1 januari till 5 november

Källa: Patientregistret

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Förekomsten av ångestsyndrom och depression är hög bland äldre, både i Sverige och internationellt [52, 65-67]. Få studier har undersökt förekomsten av depression och ångest bland personer över 90 år. En svensk studie på 95-åringar rapporterade att 17 procent hade depression och 9 procent ångesttillstånd [52].

Depression är minst lika vanligt som demens efter 65 års ålder, och runt 150 000 personer i denna åldersgrupp lider av detta. Förekomsten av depression bland äldre verkar vara högre i Sydeuropa än i Nordeuropa [68]. Risken att insjukna i en depression någon gång i livet är 36 procent för kvinnor och 23 procent för män [69].

Ångestsyndrom är ett underskattat tillstånd bland äldre [66, 70]. Förekomsten anges vanligen till 6–12 procent bland personer över 65 år [70, 71]. I en svensk studie var förekomsten 10,5 procent bland 85-åringar och 4 procent bland 95-åringar [52, 72]. Både när det gäller depression och ångestsyndrom finns skiftande allvarlighetsgrader, men även vid mindre allvarlighetsgrad innebär tillståndet ofta att personen får försämrad livskvalitet och svårigheter att klara såväl vardags- som arbetsliv.

Det finns många fler studier om riskfaktorer för depression än om ångesttillstånd [65]. I likhet med alla folksjukdomar har depression i hög ålder flera olika orsaker [65, 73], där var och en för sig bara bidrar med en liten del.

Den största andelen av vuxna som drabbas av nedstämdhet och depression eller oro och ångest både söker och får sin behandling inom primärvården [74-76]. Primärvårdens organisation kan se olika ut i olika delar av landet, även inom en och samma region. Ofta har en vårdcentral eller motsvarande

tillgång till egen psykologisk kompetens, men ibland har man valt att samla denna kompetens vid särskilda enheter [77].

Den specialiserade psykiatriska öppen- och slutenvården behandlar personer med allvarligare psykisk ohälsa. Sedan år 2006 har andelen patienter inom vuxenpsykiatri med diagnosen depression eller ångestsyndrom per 100 000 ökat med cirka 25 procent i åldersgruppen 25–64 år, men i åldersgruppen 65 år och äldre har det inte skett någon förändring. Det visar Socialstyrelsens rapport *Vård vid depression och ångestsyndrom : huvudrapport med förbättringsområden: Nationella riktlinjer – utvärdering 2019* [77]. Rapporten visar också att under 2017 vårdades 470 000 personer 18 år och äldre inom vuxenpsykiatri varav 60 000 inom slutenvården. Inom öppenvården vårdades 63 000 personer för depression och 100 000 för ångestsyndrom under 2017, vilket betyder att dessa patientgrupper utgör omkring 40 procent av alla patienter som vårdas inom psykiatri. Inom båda dessa patientgrupper var kvinnor överrepresenterade. Andelen personer som har diagnosen depression eller ångestsyndrom skiljer sig åt mellan könen: knappt 40 procent av kvinnorna och en tredjedel av männen 65 år och äldre har någon av dessa två diagnoser. Vidare visar rapporten att andelen patienter 65 år och äldre som får läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning för depression eller ångestsyndrom inom 30 dagar är 35 procent, medan ytterligare 11 procent får en sådan kontakt inom 60 dagar. Det kan jämföras med att hälften av patienterna i åldersgruppen 18–64 år får läkarkontakt i öppenvården inom 30 dagar, medan ytterligare 10 procent får en sådan kontakt inom 60 dagar.

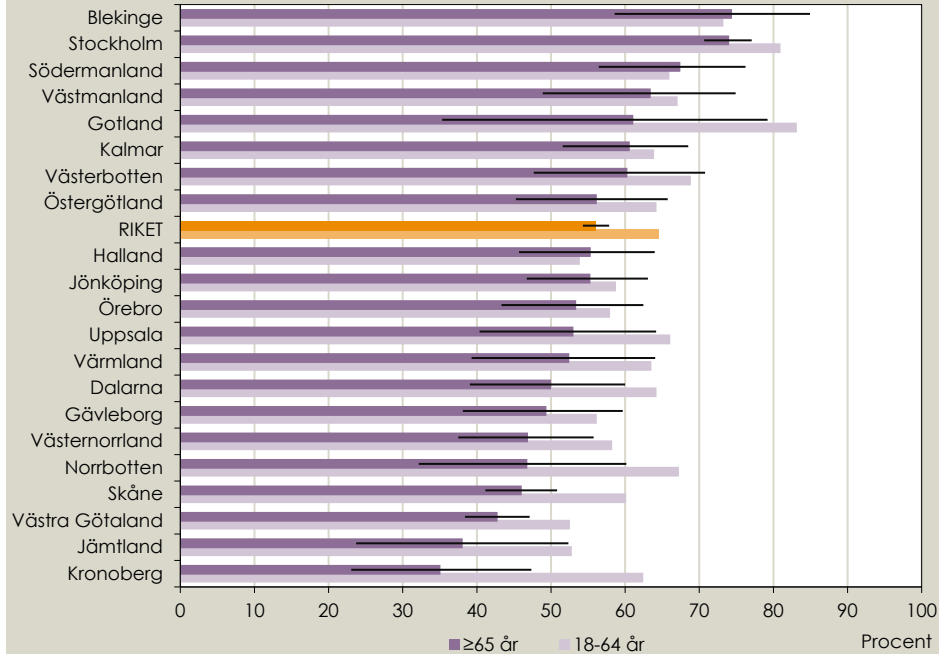
Öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård kan minska risken för återinsjuknande och återinskrivning. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom [78].

Figur 22 visar att i majoriteten av regionerna är andelen kvinnor 65 år och äldre som inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvården haft ett öppenvårdsbesök lägre än för yngre kvinnor i åldersgruppen 18–64 år. För kvinnor 65 år och äldre med ett öppenvårdsbesök inom fyra veckor varierar andelen mellan 35 och 74 procent bland regionerna. För yngre kvinnor varierar andelen mellan 53 och 83 procent.

Figur 22. Kvinnor. Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression eller ångestillstånd

Andel (%) kvinnor 18–64 år respektive 65 år och äldre, slutenvårdade för F32-F34, F40-F45 som inom 4 veckor haft ett öppenvårdsbesök, redovisat per region, 2017–2018*.

Inskrivningar med huvuddiagnos demens ingår inte.



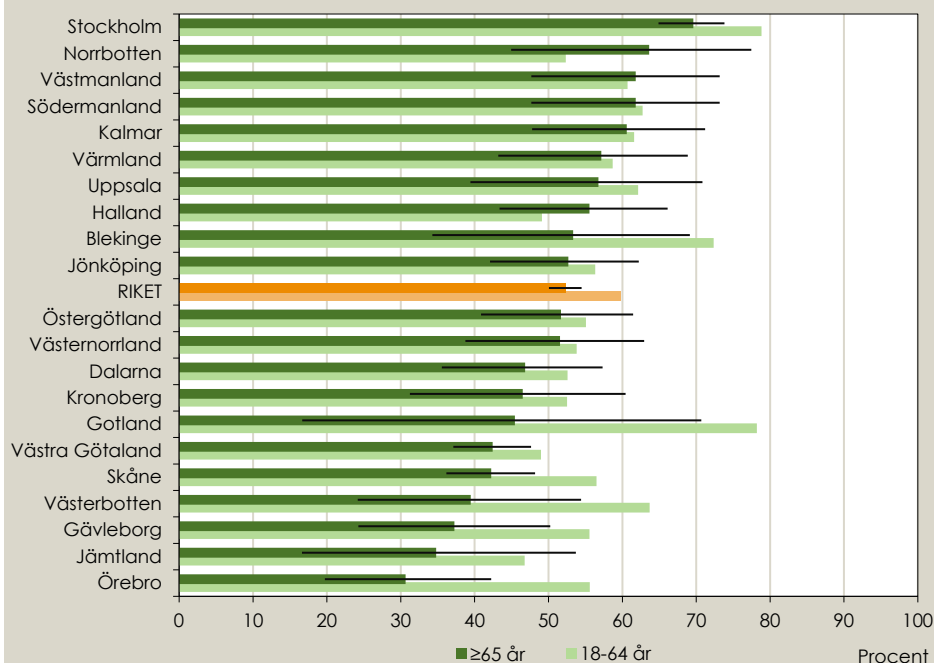
* För år 2018 omfattas utskrivningar under perioden 1 januari till 3 december.

Källa: Patientregistret.

För män 65 år och äldre varierar andelen som inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvård haft ett öppenvårdsbesök mellan 31 och 70 procent. I riket var andelen äldre män som haft ett öppenvårdsbesök inom fyra veckor 52 procent 2018, jämfört med 60 procent för män 18–64 år. För yngre män varierar andelen för regionerna mellan 47 och 79 procent, vilket framgår av figur 23.

Figur 23. Män. Läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression eller ångestillstånd

Andel (%) män 18–64 år respektive 65 år och äldre, slutenvårdade för F32-F34, F40-F45 som inom 4 veckor haft ett öppenvårdsbesök, redovisat per region, 2017–2018*. Inskrivningar med huvuddiagnos demens ingår inte.



* För år 2018 omfattas utskrivningar under perioden 1 januari till 3 december.
Källa: Patientregistret.

Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för såväl suicidtankar och suicidförsök som suicid.

Suicid bland äldre

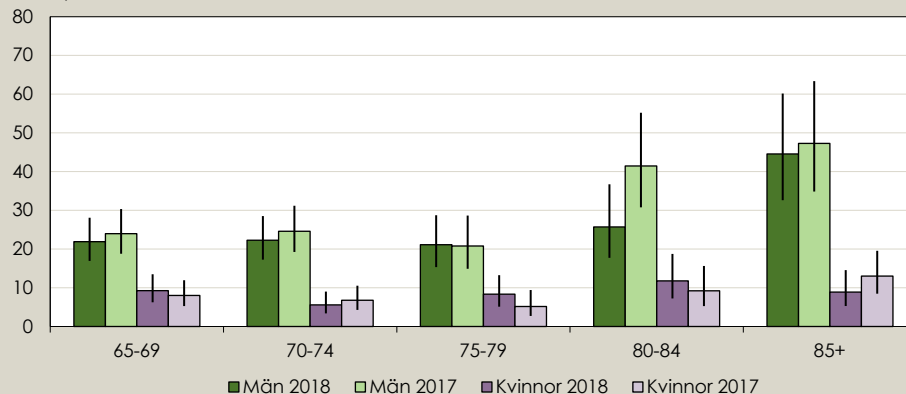
Suicid, att avsiktligt ta sitt liv, är ett globalt folkhälsoproblem som går att förebygga. Enligt WHO avlider drygt 800 000 människor i världen av suicid varje år, vilket motsvarar 11 suicid per 100 000 invånare [79]. I Sverige har suicidtal minskat sedan 1980-talet, men fortfarande inträffar fler än 1 000 fall av suicid per år.

Suicidtalet (suicid/100 000 invånare) ökar med stigande ålder, och den högsta frekvensen ses hos män över 80 år, figur 24. Av figuren framgår tydligt att könsskillnaden med högre andel män än kvinnor är konstant i alla åldersgrupper. Skillnaden mellan kvinnor i olika åldersgrupper är mindre. Men även bland kvinnor är suicid vanligast hos kvinnor 80 år och äldre. Figuren visar också att det är mer än dubbelt så många män som kvinnor som avlider av suicid.

Figur 24. Riket. Suicid bland personer 65 år och äldre

Andel suicid per 100 000 invånare för personer 65 år och äldre för 2017 och 2018, uppdelat efter kön och ålder.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret.

Tidigare var det lagstiftat att en anmälan enligt lex Maria skulle göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient begått suicid i anslutning till eller inom fyra veckor efter undersökning, vård eller behandling och detta kommit till vårdgivarens kännedom.¹⁸ Från och med den 1 september 2017 ändrades denna lagstiftning och kravet på den tidigare obligatoriska anmälningsplikten för hälso- och sjukvården som gäller just suicid förändrades.¹⁹ Enligt den nya föreskriften om utredningar av vårdskador ska personalen göra en anmälan om det man misstänker som ett suicid eller suicidförsök beror på att vården gjort fel. Försättningsvis ska personalen därmed enbart utreda och anmäla suicid eller suicidförsök till IVO om de hade kunnat undvikas om man hade vidtagit adekvata åtgärder vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.²⁰

Figur 25 visar andelen personer 65 år och äldre som inom 28 dagar före sitt suicid har vårdats inom den somatiska sluten- eller öppenvården. Observera att dessa mått inte tar någon hänsyn till själva anledningen till personernas kontakt med hälso- och sjukvården, det vill säga vilken diagnos som personerna vårdades för. Det är högre andel kvinnor 65 år och äldre som har vårdats inom somatisk sluten- eller öppenvård 28 dagar före sitt suicid än män i motsvarande åldersgrupp.

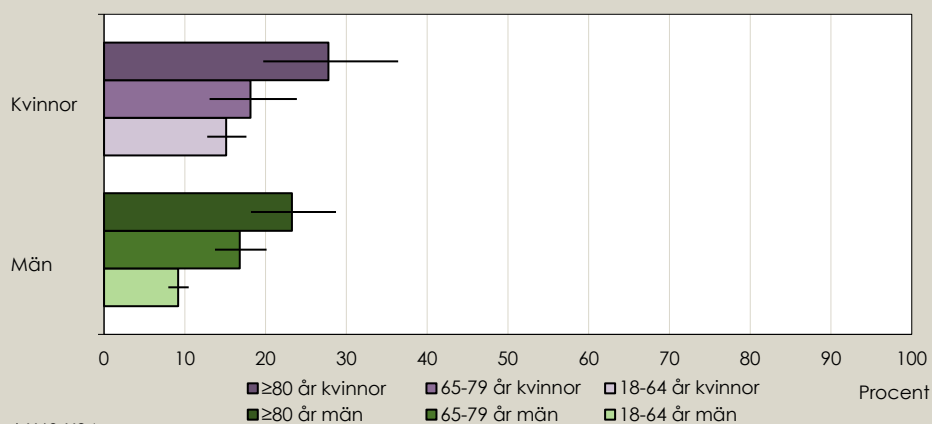
¹⁸ 4 kap. 2 § SOSFS 2005:28. Föreskriften gällde tidsperioden 1 februari 2006 till 1 september 2017.

¹⁹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete samt IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälningsskyldighet av allvarlig vårdskada (lex Maria). Föreskrifterna trädde i kraft 1 september 2017.

²⁰ I enlighet med bestämmelserna i 3 kap. 3 § och 5 § i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälningsskyldighet av allvarlig vårdskada (lex Maria).

Figur 25. Riket. Somatisk vård 28 dagar innan suicid

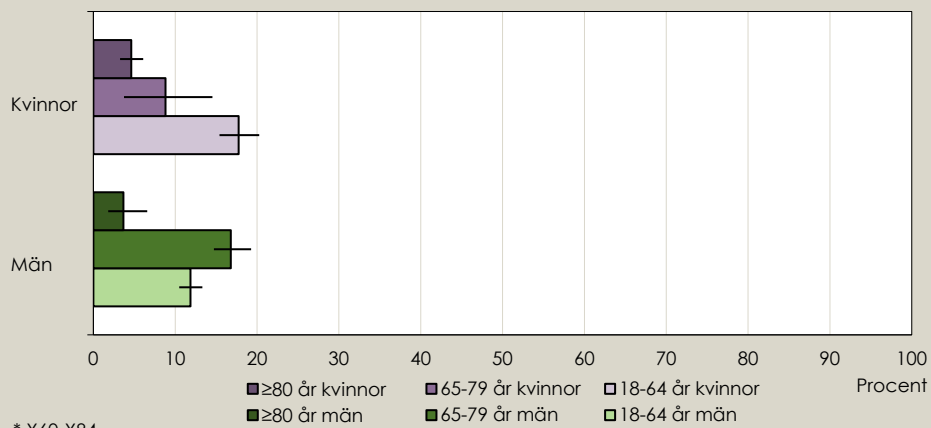
Andel (%) kvinnor och män 65 år och äldre som har vårdats inom somatisk slutenvård eller öppenvård 28 dagar före suicid för åren 2015–2018, uppdelat efter ålder.



Figur 26 visar andelen personer 65 år och äldre som inom 28 dagar före sitt suicid antingen vårdats inom den psykiatriska slutenvården eller träffat en läkare inom den öppna specialiserade psykiatriska vården. Det är tydligt att personer över 80 år som begått suicid i mycket lägre utsträckning än yngre vårdats inom psykiatrisk slutenvård eller träffat en läkare inom den öppna specialiserade psykiatriska vården. Jämfört med yngre personer har äldre som begått suicid istället vårdats inom den somatiska vården i högre utsträckning, vilket föregående figur visar.

Figur 26. Riket. Psykiatrisk vård 28 dagar innan suicid

Andel (%) kvinnor och män 65 år och äldre som har vårdats inom psykiatrisk slutenvård eller öppenvård 28 dagar före suicid för åren 2015–2018, uppdelat efter ålder.



En nationell strategi för demenssjukdom

WHO har tagit fram en ”Global action plan of dementia” för åren 2017–2025 [80]. I planen ingår ett antal delmål som rör bland annat utveckling av forskning, minskning av risken för demenssjukdom, kunskap om diagnos och behandling samt ett demensvänligt samhälle. Ett av delmålen är att 100 procent av medlemsländerna ska ha genomfört en nationell informationskampanj i syfte att öka kunskapen om demenssjukdom.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella strategin för demenssjukdom fram till 1 juni 2022 [7]. Under 2019 har Socialstyrelsen skapat en organisation för arbetet bestående av en högnivågrupp samt en grupp med dialogaktörer. Myndigheten har också påbörjat arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer, följa utvecklingen av välfärdsteknik samt beskriva ett demenssteam utifrån personalinnehåll, kunskap och uppdrag.

En modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

Inom ramen för demensstrategiarbetet har Socialstyrelsen tagit fram en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnostisering av demenssjukdom. Modellen publicerades i juni 2019 och syftar till att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt kring personen med demenssjukdom.

Modellen består av tre delar som hänger samman:

- de insatser, särskilda perspektiv och viktiga områden som behöver beaktas för en person med demenssjukdom vid kontakt både med socialtjänsten och hälso- och sjukvården
- exempel på samverkansformer mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, både mellan huvudmän och inom verksamheter
- verktyg för att underlätta samverkan, exempelvis samordnad individuell plan.

Översiktligt innebär det att modellen består av *vad* som behöver göras – erbjuda insatser, *hur* detta kan göras – genom demenssteam och samverkans-team och *vilka verktyg som kan användas*.

Flera utbildningssatsningar under 2019

Svenskt Demenscentrum (SDC) arbetar med att sammanställa kunskapsunderlag och sprida kunskap inom demensområdet.

Stjärnmärkt är en ny utbildningsmodell som tagits fram av SDC och utgår från de nationella riktlinjerna och befintliga webbutbildningar [11].²¹ Den vänder sig främst till demensboenden, äldreboenden, dagverksamheter, hemtjänstenheter och biståndshandläggare. SDC utbildar stjärninstruktörer som håller i utbildningar på sin arbetsplats. När minst 80 procent av medarbetarna på en arbetsplats genomfört samtliga utbildningssteg blir arbetsplatsen stjärn-

²¹ Svenskt Demenscentrum, <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/>

märkt. Genom utbildningsmodellen *Stjärnmärkt kan Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar* fortsätta spridas och implementeras på nationell nivå [81].

SDC har tidigare tagit fram ett kunskapsstöd som vänder sig till poliser och ordningsvakter och som består av webbutbildning och skrift [82]. Under 2019 har två mobilapplikationer producerats, en för poliser och en för ordningsvakter. De förmedlar kunskap om demenssjukdomar samt ger tips om bra bemötande och är tänkta som ett komplement till det befintliga kunskapsstödet. Fördelen med mobilapplikationerna är att de finns tillgängliga även under själva arbetet.

SDC har också lanserat *Checklista demens Biståndshandläggare* som är ett lättanvänt och verksamhetsnära verktyg för att följa upp de nationella riktlinjerna [11] och utveckla den personcentrerade omvårdnaden. Checklistan finns i nu fyra varianter: hemtjänst, särskilt boende, dagverksamhet och biståndshandläggare. Vidare har *En bok för dig med demenssjukdom* bearbetats för att kunna bli SDCs första ljudboksprototyp [83].

Fallförebyggande insatser för äldre

En fallolycka innebär en fysisk skada som uppstår när en person faller. Skadan kan vara lindrig till allvarlig och kan innebära förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och leda till dödsfall. Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och i vissa fall konsekvens av medicinering. Fall är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig och är en av de tio vanligaste dödsorsakerna bland personer över 70 år [84]. I Sverige är fallskador den överlägset vanligaste typen av skada som kräver slutenvård bland personer över 65 år. Det är även den skadetyper som orsakar flest skadeförbundna dödsfall i samma population. Fallolyckor utgör cirka 70 procent av alla olycksfall, vilket motsvarar 69 000 personer fördelat på 40 000 kvinnor (58 procent) och 29 000 män (42 procent).

7 av 10 olyckor är fallolyckor

Fallolyckor domineras av äldre och 2018 var fler än sju av tio drabbade 65 år och äldre. Bland kvinnor var andelen 79 procent och bland män 63 procent. Cirka 6 procent av alla i åldrarna 80 eller äldre var någon gång under 2018 inskrivna på sjukhus till följd av en fallolycka. I denna åldersgrupp utgjorde fallolyckor mer än 90 procent av alla olyckshändelser. Fallolyckor har minskat något sedan början av 2000-talet, men bland män 85 år eller äldre har de ökat, figur 27. Det är därför angeläget att utveckla förebyggande program i samhället med inriktning mot äldres säkerhet, på liknande sätt som Sverige länge arbetat med barnsäkerhet.

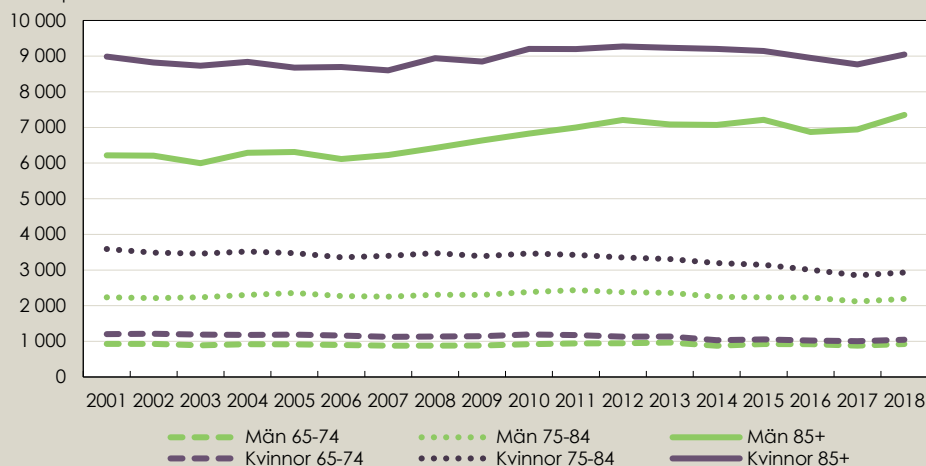
Socialstyrelsens kampanj *Balansera mera* lyfter vikten av att äta näringsrik mat, träna balans och styrka samt ha koll på mediciner och eventuella biverkningar av dem [85]. Dessutom erbjuder Socialstyrelsen den kostnadsfria webbutbildningen *Ett fall för teamet* om att förebygga fallolyckor [86]. Den riktar sig till dem som arbetar inom vård- och omsorg och uppmuntrar

till ett teambaserat, systematiskt arbete för att förebygga fallhändelser och olyckor.

Figur 27. Fallolyckor*, 2001–2018, fördelat på kön och ålder

Andel personer 65 år och äldre som skrivits ut från sjukhus 2001–2018.

Antal per 100 000



*W00–W19

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, 2020-01-02.

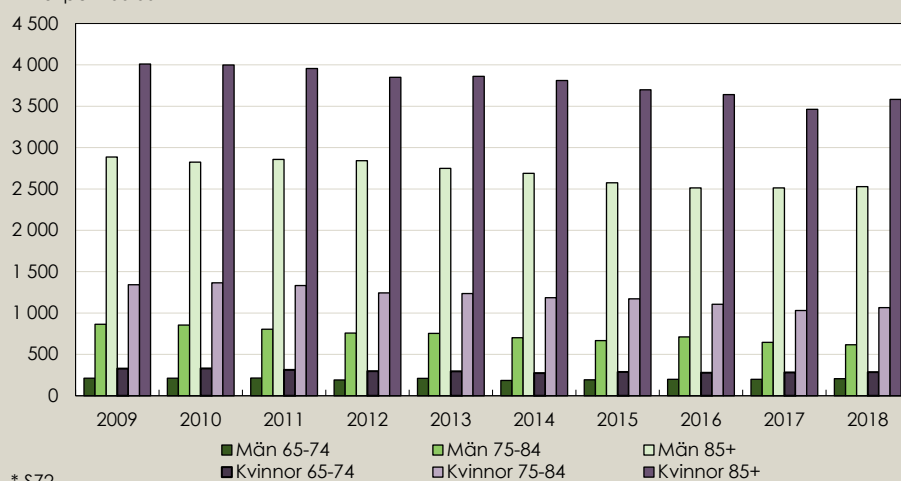
Lårbensfraktur är vanligast

Bland personer som skadats och slutenvårdats till följd av detta är lårbensfraktur den vanligaste huvuddiagnosen. År 2018 vårdades cirka 18 400 personer (12 100 kvinnor och 6 300 män) på sjukhus för lårbensfraktur. Det är nästan 500 fler än 2017 men en viss nedgång sedan 2000-talet då ungefär 20 000 årligen vårdades. De flesta som drabbas av en lårbensfraktur är äldre, och det är fler kvinnor än män som skadas, figur 28.

Figur 28. Lårbensfraktur*

Andel personer som skrivits ut från sjukhus 2009–2018, fördelat på ålder och kön, 2009–2018.

Antal per 100 000



* S72

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, 2020-01-02.

Stora regionala skillnader

När det gäller vissa typer av skadehändelser finns det stora regionala skillnader. Det var 2018 dubbelt så vanligt med fallolyckor som ledde till inläggning bland personer med hemlän Gotland, där cirka 1 procent av befolkningen lades in, jämfört med Uppsala län där cirka 0,5 procent av befolkningen lades in. Skillnaderna behöver dock inte enbart bero på att det i vissa regioner finns en högre risk att drabbas. Beslutet att lägga in en person kan bero på organisatoriska orsaker men också rent praktiska, såsom avstånd mellan sjukhuset och hemmet.

Socialstyrelsen skärpte 2014 rekommendationen i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar som avser fallpreventiva åtgärder i hemmet [87]. En revidering av de nuvarande nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar pågår och en remissversion kommer att publiceras under våren 2020.

Vaccinationstäckningen bland äldre skulle kunna bli bättre

Drygt hälften av personer 65 år och äldre vaccinerades mot influensa 2019, figur 29 [88, 89]. Det är något mer än 2017 då andelen var 49 procent och något högre än EU-genomsnittet på 44 procent (2017) men långt under WHO:s rekommenderade mål på 75 procent [90]. Täckningen har legat oförändrad på cirka 50 procent de senaste åren. Det har varit en utmaning att öka täckningen, på grund av utebliven efterfrågan från patientgruppen och brist på förtroende för influensavaccin samt vissa problem med tillgänglighet.

Tabell 13. Andel personer 65 år och äldre vaccinerade mot influensa

Andel (%) vaccinerade mot influensa per åldersgrupp bland personer ≥ 65 år, säsong 2018–2019.*

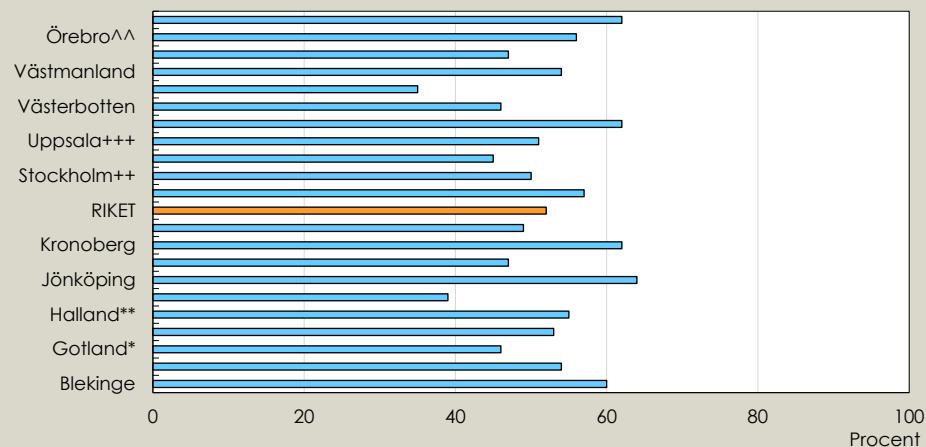
Åldersgrupp	Andel (%) vaccinerade
65–74 år	44,2
75–84 år	58,0
85 år och äldre	59,1

*I tretton regioner (Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Värmland, Västernorrland, Västmanland, Västra Götaland och Östergötland) finns data för vaccinerade per åldersgrupp via vaccinationsregister, kassaregister eller liknande, och från dessa kan statistik om täckningsgraden i olika åldersgrupper tas fram. Utifrån dessa register har andelen vaccinerade personer ≥65 uppdelat på mindre åldersgrupper tagits fram.

Källa: Folkhälsomyndigheten, 2019.

Figur 29. Andel av befolkningen 65 år och äldre vaccinerad mot influensa, säsong 2018–2019

Statistiken har tagits fram av respektive regions smittskyddsläkare med hjälp av olika metoder. Detta gör att andelen (%) vaccinerade inte blir helt jämförbar mellan regionerna.



* Statistiken i Region Gotland kommer från journalsystemet samt direkt från privata vårdgivare.

** I Region Gävleborg får de som registrerar vaccinationer stickersättning samt kostnadstäckning för inköpt vaccin.

+ För Region Skåne finns för varje säsong två uppskattningar av vaccinationstäckningen; 2017–2018: debitering (54,7%) och vaccinationsregistret (45,3 %). 2018–2019: debitering (57,1%) och vaccinationsregistret (48 %). Sammanställningen ovan använder uppskattningarna från debiteringsunderlaget.

++ Data från Region Stockholm innefattar endast personer i de medicinska riskgrupperna (inkl graviditet) eller som är 65 år och äldre.

+++ I Region Uppsala används statistik från offentliga och privata vaccinatörer genom kodning för riskgrupp som är underlag för betalning av stickavgift till vaccinatörerna i regionen.

^ Statistiken från Västernorrland inkluderar endast vaccinationer givna inom vården. Doser givna vid olika typer av äldreboenden, m.m. fångas därmed inte, vilket betyder att täckningsgraden underskattas.

^^ För Region Örebro län beräknas säsongen 2018-19 vaccinationstäckning från registrerade givna doser i journaler samt doser som gått till privat vaccinationsenhet. Statistiken inkluderar även doser givna på kommunala boenden. Däremot är inte givna doser vid sjukhuset inkluderade, vilket betyder att täckningsgraden underskattas.

^^^ Statistiken för Region Östergötland hämtas från journalsystemet där även de som vaccineras i kommunernas regi dokumenteras. Vaccinationer utförda på privata vaccinationscentraler, apotek och företagshälsovård ingår inte.

Källa: Folkhälsomyndigheten, 2019.

Strokevården blir bättre men behöver fokusera mer på de äldre

Stroke är en av de vanligaste orsakerna till död och funktionsnedsättning i världen och i Sverige. Varje år insjuknar cirka 25 000–30 000 personer i stroke i Sverige. Stroke drabbar ofta äldre. Medelåldern vid insjuknandet är cirka 75 år och tre fjärdedelar av personer med stroke är 70 år och äldre.

Allt färre insjuknar och avlider i stroke – sedan 2009 har dödligheten i stroke i den svenska befolkningen minskat med 32 procent – och det är framförallt den kraftiga ökningen av förebyggande åtgärder som ligger bakom minskningen.

År 2018 reviderade Socialstyrelsen de nationella riktlinjerna för vården vid stroke. Samma år utvärderade Socialstyrelsen i vilken grad regioner, samt i relevanta fall kommuner, arbetar enligt rekommendationerna, och vad som behöver förbättras. Resultatet publicerades 2019 i rapporten *Utvärdering av vården vid stroke* [91]. Utvärderingen visar att en del rekommendationer i

riktlinjerna, särskilt vad gäller sekundärprevention, har fått genomslag i verksamheterna. Förebyggande åtgärder såsom läkemedelsbehandlingar vid högt blodtryck, förmaksflimmer och höga blodfetter har ökat avsevärt sedan 2009 då de första strokeriktlinjerna publicerades.

Vidare framkommer att behandling med antikoagulantia (blodförtunnade läkemedel) är en sådan förebyggande behandling som ges till personer med förmaksflimmer och som drabbats av stroke eller TIA (transitorisk ischemisk attack). Kontraindikationer för behandlingen förekommer oftare hos äldre, men tack vare ökad kunskap om rekommendationerna i riktlinjerna samt nya antikoagulantipreparat med mindre risk för blödningar, behandlas idag personer som är äldre än 80 år i nästan lika stor utsträckning som yngre. Trots att en större andel får behandlingen idag, ligger komplikationsfrekvensen oförändrad på en låg nivå jämfört med internationella data.

Utvärderingen visar att mer arbete behövs för att optimera den akuta vårdkedjan samt förbättra rehabiliteringen och uppföljningen efter stroke. Fler behöver få blodproppslösande behandling (reperfusion). För att kunna uppnå detta behöver fler komma till sjukhus tidigare och handläggningstiden på sjukhus behöver kortas. Hälso- och sjukvården behöver förbättra rehabiliteringen i tidig fas genom att öka tillgången till multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutenvård, särskilt för äldre och personer inom särskilda boendeformer. Äldre och personer med svårare stroke har ofta sämre prognos och större omvårdnadsbehov, och därför behöver vården erbjuda slutenvårdsrehabilitering i högre utsträckning för dessa personer. Äldre får generellt mindre rehabilitering oavsett rehabiliteringsform jämfört med personer i arbetsför ålder. Vårdtiden är särskilt kort för personer som åter skrivs ut till särskilt boende efter en stroke. Eftersom rehabilitering inte är primärfokus för verksamheten i särskilda boenden innebär det att dessa personer kan ha rehabiliteringsbehov som inte tillgodoses.

Utvärderingen visar också att rehabiliteringen efter stroke inom den kommunala vården ofta utgår från tillgängligheten istället för behoven. Tillgång till språklig träning, psykiskt stöd och kognitiva hjälpmedel är mer begränsad än rehabilitering som rör vardagliga aktiviteter och fysiska hjälpmedel. Det innebär att ett resurstillskott behövs inom primärvården, särskilt vad gäller logopedier och psykologer.

Enligt Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård har 5 170 personer som drabbades av stroke under 2016 behövt insatser från den kommunala vården, varav 1 133 i särskilda boendeformer. Var tredje person 65 år och äldre behöver insatser från kommunal hälso- och sjukvård efter stroke, och cerebral infarkt (akut ischemisk stroke) är en av de vanligaste diagnoserna bland personer med kommunal hälso- och sjukvård [92]. Allt fler får vård i denna verksamhet, som utgör en del av den regionsfinansierade primärvården.

För att skapa förutsättningar för teambaserad strukturerad uppföljning för patienter med stroke på primärvårdsnivå inom den kommunala hälso- och sjukvården behövs personal med särskild kunskap om stroke. Endast 4 procent av landets kommuner och stadsdelar uppgav 2019 att vård- och omsorgspersonalen med särskild kunskap om stroke deltar i strukturerad

uppföljning till personer med stroke eller TIA inom den kommunala hälso- och sjukvården [93].

Hälsosamma matvanor är viktigt högt upp i åldrarna

Många sjukdomar påverkar den äldres förmåga att äta. Sjukdomsrelaterad undernäring förekommer framför allt bland äldre, och det saknas idag uppgifter på nationell nivå om hur många i hälso- och sjukvården som har undernäring [94].

Enligt Socialstyrelsens enhetsundersökning från 2019 har 62 procent av enheterna inom hemtjänsten en rutin för personalens agerande vid misstanke om fel- eller undernäring, tabell 14 [95]. Det är en minskning med 8 procent sedan 2016.

Tabell 14. Rutiner för personal inom hemtjänst

Andel (%) hemtjänstverksamheter som har rutiner för hur personalen ska agera vid undernäring, 2016–2019.

Indikator	2016	2017	2018	2019
Aktuell rutin som beskriver hur personal ska agera vid misstanke om fel- eller undernäring	70 %	70 %	63 %	62 %

Källa: Enhetsundersökningen, Socialstyrelsen.

Enligt resultatet från det nationella kvalitetsregistret Senior alert 2019 genomfördes det totalt 75 550 riskbedömningar för undernäring eller risk för undernäring av personer 65 år och äldre inom äldreomsorgen, vilket är en försiktig ökning från föregående år. 67 510 genomfördes i särskilt boende och 8 040 i ordinärt boende, tabell 15. Tabellen visar att bedömningar och insatta åtgärder är jämnt fördelade mellan kvinnor och män oberoende av boendeform.

Tabell 15. Riskbedömning för risk för undernäring i olika boendeformer

Antal och andel (%) genomförda riskbedömningar för risk för undernäring eller undernäring, samt eventuell åtgärd i särskilt boende respektive i ordinärt boende, 2019.

Boendeform	Antal genomförda riskbedömningar	Andel (%) riskidentifierade med någon planerad åtgärd	Andel (%) med någon utförd åtgärd mot undernäring
<i>Särskilt boende</i>			
Kvinnor	45 015	94	65
Män	22 495	93	65
Totalt	67 510		
<i>Ordinärt boende</i>			
Kvinnor	5 254	89	51
Män	2 786	88	50
Totalt	8 040		

Källa: Senior alert, 2018.

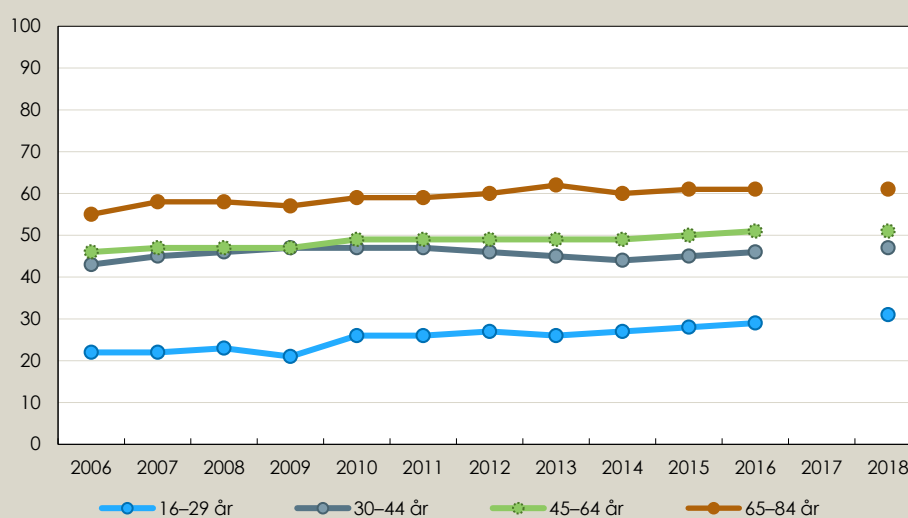
Under det senaste decenniet har andelen äldre med övervikt och fetma ökat. Andelen invånare som 2018 uppgav övervikt och fetma var 61 procent i åldersgruppen 65–84 år, figur 30. Övervikt och fetma var nästan dubbelt så

vanligt bland äldre jämfört med den yngsta åldersgruppen 16–29 år, där andelen var 31 procent [20]. För äldre personer med övervikt eller fetma föreslås inte viktreduktion eftersom det kan innebära förlust av muskelmassa och funktion. Om viktreduktionen ändå övervägs görs det försiktigt och långsamt för att bevara muskelmassan [96].

Figur 30. Andel (%) invånare i åldern 16–84 år som uppgav övervikt och fetma

Andel (%) invånare som uppgav övervikt och fetma fördelat på ålder, 2006–2018. Övervikt och fetma BMI 25 eller högre.

Vikt BMI %



Källa: Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten.

Enligt Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvården erbjuda ett kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med ohälsosamma matvanor [94, 97]. Samtalet ges av hälso- och sjukvårdspersonal med kompetens och färdighet i ämnet, när patienten och vårdgivaren är överens om att det finns ett behov. Kvalificerade rådgivande samtal kan ges vid såväl övervikt som undernäring.

Hälsosamma matvanor för den äldre syftar till att bevara fysisk funktion och kapacitet så långt upp i åren som möjligt för att förebygga sjukdomar och förtida död [98]. Genom att säkerställa intag av protein och energi i kombination med fysisk träning kan den fysiska funktionen bevaras för den äldre [99].

Behovet av energi minskar med stigande ålder, bland annat på grund av en allt mer inaktiv tillvaro, men behovet av näringsämnen kvarstår eller till och med ökar. Därför behövs en god förståelse för sambandet mellan den äldres matvanor och hälsa för att servera mat i vård och omsorg som är anpassad efter den äldres behov. För mer utförliga beskrivningar av offentliga måltider till äldre hänvisas till Livsmedelsverkets råd *Bra måltider i äldreomsorgen* [100].

Tabell 16. 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, 2016–2019

Indikatorer	2016	2017	2018	2019
Uppger att maten som serveras smakar mycket eller ganska bra	76 %	75 %	74 %	74 %
Upplever att måltiderna alltid eller ofta är en trevlig stund på dagen	70 %	69 %	68 %	68 %
Rutin för genomförande av dygnets måltider	41 %	40 %	42 %	38 %
Andel personer med genomförandeplan för måltid	81 %	79 %	82 %	81 %

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

Av de som bor i särskilt boende har 81 procent en aktuell genomförandeplan som beskriver personens önskemål och behov i samband med måltider, tabell 16.

Livsmedelsverket har 2019 tagit fram ett informationsmaterial med generella råd för äldre för att bibehålla funktion länge i livet med hjälp av rätt fokus när det gäller maten och den fysiska aktiviteten, *Stor aptit på livet, men mindre aptit på maten?* [101].

RisKFörebyggande åtgärder inom områdena undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall

Undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall har betydelse för den äldres 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 undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall 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 [102].

Förebygga trycksår – en vinst för alla

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

Trycksårsförekomst hos äldre

Sedan 2013 har kvalitetsregistret Senior alert erbjudit samtliga kommuner att genomföra punktprevalensmätningar (PPM) av trycksår.²² Från och med

²² Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4; de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

mätningen 2017 används en annan metod²³ och resultat från tidigare mätningar är därmed inte helt jämförbara.

Andelen trycksår (grad 1–4) år 2019²⁴ var 7 procent inom kommunala verksamheter²⁵ och 4 procent inom regionerna²⁶, drygt hälften av trycksåren var allvarliga (grad 2–4). En fjärdedel bedömdes ha risk för att få trycksår, tabell 17. Det var vanligast med trycksår på hälarna och i ryggslutet.

Tabell 17. Punktprevalensmätningar av trycksår i kommunal verksamhet

Punktprevalensmätningar av trycksår i kommunal verksamhet, 2013–2019, antal kommuner respektive antal och andel patienter.

	Höst 2013	Höst 2014	Höst 2015	Höst 2016	Höst 2017	Höst 2018	Höst 2019
Antal kommuner	61	196	143	124	286*	285**	285***
Antal personer i kommunal verksamhet	8 000	22 200	18 700	15 600	90 400*	90 500**	93 000***
Andel (%) med risk för trycksår	31	32	31	30	25	26	26
Andel (%) med trycksår	9	9	8	8	5	6	7

* I mätningen deltog även 19 regioner. Totalt deltog 110 500 personer varav 20 000 i regionsverksamhet.

** I mätningen deltog även 19 regioner. Totalt deltog 111 500 personer varav 21 000 i regionsverksamhet.

*** I mätningen deltog även 19 regioner. Totalt deltog 110 819 personer varav 17 807 i regionsverksamhet.

Källa: Senior alert 2019.

Av figur 31 framgår att förekomsten av trycksår varierade beroende på enhetstyp; förekomsten var högst på korttidsboenden – drygt 9 procent.

PPM 2019 visade att de två vanligaste *planerade* förebyggande åtgärderna för personer som bedömts ha risk för trycksår var bedömning av huden (61 procent) samt hudvård respektive mellanmål (51 procent vardera). Bruk av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 49 procent. Andelen *utförda* förebyggande åtgärder låg däremot på en väsentligt lägre nivå; bedömning av huden, 20 procent, och hudvård respektive mellanmål 16 procent. Bruk av tryckavlastande hjälpmedel registrerades för 15 procent. Andelen planerade respektive utförda förebyggande åtgärder har minskat jämfört med mätningen 2018 [103].

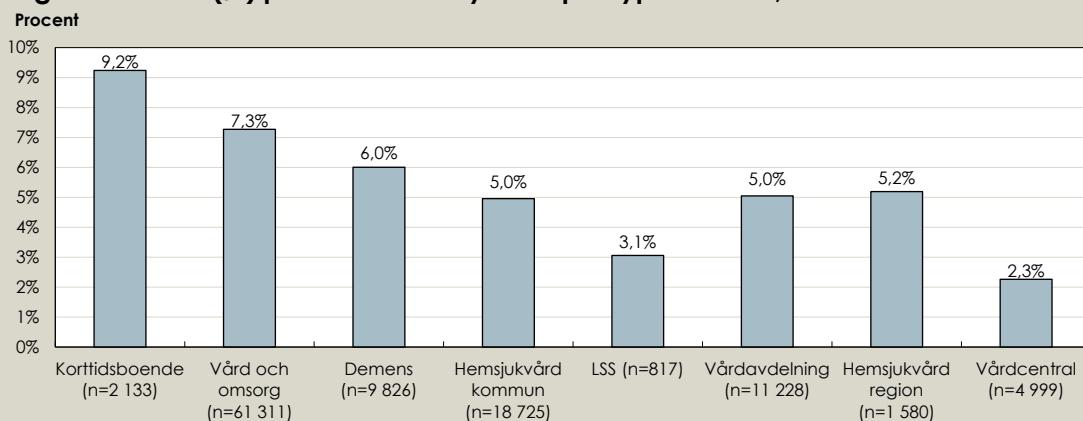
²³ Mätningen innebär att Senior alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna personer för samtliga enhetstyper inom kommunala verksamheter och regionsverksamheter för samtliga juridiska vårdgivare. Datauttaget görs på riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår. Hudbedömning görs på alla personer som är inskrivna på enheten det bestämda datumet för mätningen.

²⁴ Information fram till och med 13 november 2019.

²⁵ Inkluderade enhetstyper: demens, vård och omsorg, korttidsboende, hemsjukvård, LSS.

²⁶ Avdelningar, vårdcentraler och hemsjukvård i 19 regioner.

Figur 31. Andel (%) personer med trycksår per typ av enhet, 2019



Källa: Senior alert 2019.

Lägre andel trycksårsförebyggande åtgärder i ordinärt boende

Resultatet från Senior alert 2019 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 planerade, utförda och uppföljda åtgärder är lägre i ordinärt boende, tabell 18.

Tabell 18. Antal riskbedömningar samt planerade, utförda och uppföljda förebyggande åtgärder för trycksår i särskilt boende respektive ordinärt boende, 2019

Antal och andel (%) riskbedömningar 1 mars 2018–31 mars 2019. Andel (%) utförda och uppföljda åtgärder 1 mars 2018–30 september 2019.

Boendeform	Antal riskbedömningar med risk för trycksår*	Andel (%) riskidentifierade med någon planerad åtgärd	Andel (%) utförda åtgärder mot trycksår	Andel (%) med någon utförd åtgärd uppföljd inom	
				1–3 månader	4–6 månader
Särskilt boende					
Kvinnor	24 218	92	62	61	39
Män	10 931	92	61	64	36
Ordinärt boende					
Kvinnor	1504	86	48	58	42
Män	830	86	44	63	37

*Samma person kan vara riskbedömd flera gånger under perioden.

Källa: Senior alert 2019.

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. Det kan vara värt att uppmärksamma 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 19.

Tabell 19. De tio vanligaste trycksårsförebyggande åtgärderna

De tio vanligaste trycksårsförebyggande åtgärderna för identifierade och riskbedömda personer med risk för trycksår, 2019.*

Åtgärd	Andel (%) av alla utförda trycksårsförebyggande åtgärder
Mellanmål	13
Minskad nattfasta till högst 11 timmar	11
Bedömning av huden en gång per dag eller oftare	10
Näringsdryck	9
Användning av tryckavlastande hjälpmedel	8
Hudvård	7
Regelbundna lägesändringar	6
Kroppspositionering i säng eller stol	5
Beräkning av kost	5
Protein- och energirik kost	5

* 1 mars 2018–30 september 2019.
Källa: Senior alert 2019.

Säker vård och omsorg

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att patienterna skyddas från risken att drabbas av en vårdskada,²⁷ att socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och att vården och omsorgen ska vara trygg och säker.²⁸ I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen material som belyser olika aspekter av säker vård och omsorg.

Sammanfattande iakttagelser

- Förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer till personer 75 år eller äldre fortsätter att minska. Personer som är 75 år och äldre använder idag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel. Många äldre får läkemedel som kan orsaka livshotande hjärtrubbningar. Risken är liten, men läkare behöver ändå beakta den.
- 2013–2018 har andelen vårdtillfällen minskat med såväl skador (undvikbara och icke undvikbara skador) som vårdskador (undvikbara skador). Under samma period har även vårdrelaterade infektioner, överfyllnad av urinblåsan och svikt i vitala funktioner minskat signifikant.
- Vid 13,5 procent av de granskade vårdtillfällena under 2018 har patienten oplanerat återinskrivits i slutenvården inom 30 dagar. 75 procent av de patienter som återinskrivs är över 65 år.
- Av alla dödsfall, där vårdskador varit en bidragande orsak, drabbar 88 procent patienter som är 65 år och äldre. Det visar Socialstyrelsens analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus.
- Brister i kunskap och samordning kan bidra till att utsätta de äldre för vårdskador. Vård- och omsorgsgivarna behöver i högre grad integrera förbättringsarbetet i den ordinarie verksamhetsstyrningen och anpassa det efter de utmaningar och förutsättningar som verksamheterna har att förhålla sig till.
- Under 2019 inkom 1 200 lex Sarah anmälningar till IVO. Antalet beslutade ärenden var 1 168 varav 407 gällde äldreomsorg.
- 2 270 lex Maria-anmälningar kom in under 2019 till IVO, något fler än 2018. IVO fattade beslut i 2 110 ärenden varav 1 012 av besluten gällde personer 65 år och äldre. För äldreomsorgen beslutade IVO i 215 ärenden.

Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel [104]. Därtill medför den omfattande läkemedelsanvändningen, som äldre ofta har en ökad risk för läkemedelsbiverkningar och att läkemedel påverkar varandra (interagerar). Det finns

²⁷ Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada.

²⁸ Prop. 1996/97:124 s. 51–54

därför ett stort behov av att fördjupa kunskapen om hur omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

Figur 32. Äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt, 2018.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer som är 75 år och äldre använder idag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel [105]. Äldre som är multisjuka och äldre som bor i särskilt boende är på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar är de mest känsliga för läkemedel. Dessa grupper använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel [106]. Förskrivningen av olämpliga läkemedel²⁹ och läkemedelskombinationer till personer 75 år och äldre har emellertid minskat sedan 2005, figur 33. Socialstyrelsen har mätt förändringen med hjälp av fem olika indikatorer. Samtidigt har den totala användningen av läkemedel ökat. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel hade under perioden 2005–2017 ökat med 27 procent. Den senaste mätningen visar ett något lägre värde än för 2017, men det är för tidigt att bedöma om detta är ett trendbrott.

Mellan 2005 och 2018 har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt. Dels har användningen av olämpliga läkemedel minskat med 59 procent. Dels har användningen av antikolinerga³⁰ läkemedel minskat med 36 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 indikatorerna, med 25 procent under perioden.

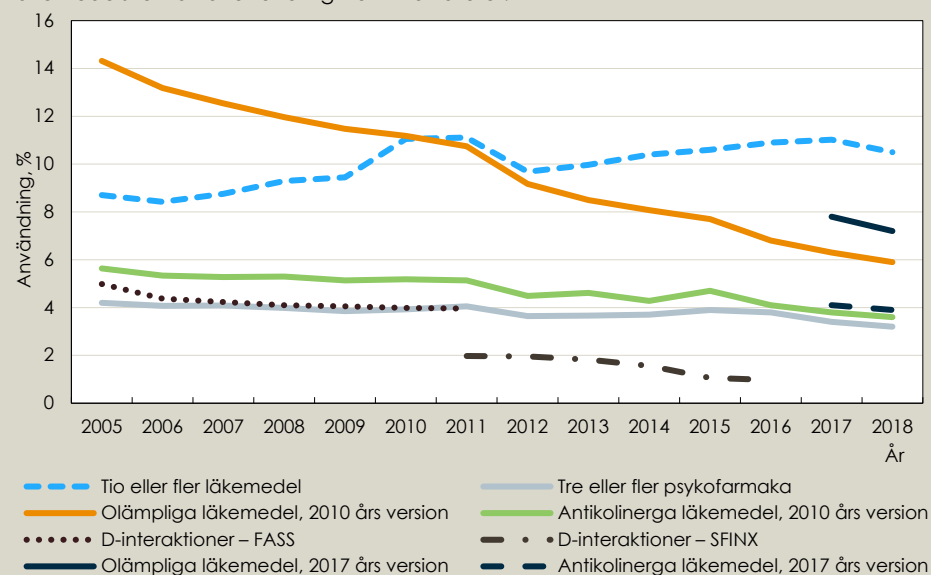
I och med den nya versionen av Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*, som publicerades 2017, har indikatorn för olämpliga läkemedel för äldre förändrats. Dels har listan över läkemedel med antikolinerga effekter reviderats. Dels har två nya läkemedel klassificerats som olämpliga – det smärtstillande läkemedlet kodein och diabetesmedlet glibenklamid. Det har inneburit en ökning av förekomsten av såväl olämpliga läkemedel som antikolinerga läkemedel, men båda indikatorerna visar en fortsatt minskning: från 7,8 till 7,2 procent respektive 4,1 till 3,9 procent.

²⁹ 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).

³⁰ Antikolinerga läkemedel 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. Risker 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.

Figur 33. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos personer 75 år och äldre, 2005–2018

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



* 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 mätningarna baserades på den interaktionskälla som användes i Fass, sjönk förekomsten med 21 procent. Från och med 2011 baseras mätningarna på källan SFINX, numera *Janusmed interaktioner*, tillgänglig i flertalet patientjournalssystem. Värdena för indikatorn ligger med denna interaktionskälla generellt lägre, men har fortsatt att sjunka påtagligt, med 49 procent under 2011–2016. Denna minskning kan dock delvis förklaras av att några av de läkemedelskombinationer som tidigare klassificerats som D-interaktioner under senare tid har omklassificerats till C-interaktioner.

Läkemedel som kan orsaka allvarliga rubbningar i hjärtats rytm

Socialstyrelsen har 2019 kartlagt förskrivningen av läkemedel som kan ge en ökad risk för att drabbas av en speciell typ av rubbning i hjärtats rytm, så kallad Torsades de Pointes, TdP [107].

Kartläggningen visar att nästan 500 000 svenskar 65 år och äldre har läkemedel där TdP är en möjlig biverkning. Omkring hälften av dessa läkemedel är antidepressiva.

Studien visar vidare att äldre personer har en ökad risk för TdP. I tre av fyra TdP-fall som registrerats i patientregistret var personen äldre än 62 år. Antidepressiva var i särklass den enskilt vanligaste läkemedelsgruppen som förskrivits till personer med TdP-diagnos, följt av antiarytmika (läkemedel mot rytmrubbningar) urologiska (främst medel mot inkontinens) och antipsykotiska medel. I studien undersöktes också överrisken för död hos äldre som förskrivits antidepressiva och antipsykotika. Även om det inte går att fastställa orsakssamband, visade resultaten en ökad risk för överdödlighet, som i likhet med risken för TdP, korrelerade väl med TdP-riskklassningen, även efter justering för ett stort antal möjliga påverkande faktorer, exempelvis ålder, kön, sjuklighet, demens, palliativ diagnos och andra förskrivna läkemedel.

Sammantaget visar studien att den utbredda förskrivningen av TdP-klassade läkemedel till äldre, är en angelägen fråga som behöver uppmärksammas mer. Andelen äldre personer som får mediciner med TdP-risk är hög, speciellt gäller detta antidepressiva läkemedel och de allra äldsta.

I dagsläget saknas vägledning vad gäller förskrivning av läkemedel med TdP-risk till äldre i nationella behandlingsrekommendationer.

Agera för säker vård

Regeringen har sett behov av en nationell kraftsamling för ökad patientsäkerhet, och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i landet och ta fram en nationell handlingsplan.³¹ Handlingsplanen ska stärka huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador [108].

För att ta nästa steg behöver det fortsatta arbetet bygga vidare på det goda arbete som redan bedrivs och samtidigt kraftsamla inom ett antal områden. I handlingsplanen betonas bland annat att kunskapen om patientsäkerhet inom vården behöver öka, det förebyggande arbetet utvecklas liksom arbetet med att identifiera, utreda och analysera såväl inträffade vårdskador som risker. Lärandet av det som brister behöver stärkas, liksom av det som går bra i hälso- och sjukvården [109].

Samverkan kring genomförandet av de nationella åtgärderna i handlingsplanen behöver ske i ett nationellt råd för patientsäkerhet. Rådet behöver ha representanter från berörda myndigheter, organisationer och huvudmän. Socialstyrelsen kommer att ta initiativ till en sådan samverkan.

Webbplatsen för patientsäkerhet har nylanserats

Webbplatsen Samlat stöd för patientsäkerhet lanserades 2017 och samlar det nationella arbetet inom patientsäkerhet och vänder sig till hela hälso- och sjukvården. Målet med stödet är att förebygga att patienter drabbas av vårdskador genom att öka kunskapen och medvetenheten inom området och framhålla vikten av att arbeta förebyggande.

³¹ Handlingsplanen har utvecklats i nära samråd med berörda myndigheter, företrädare för huvudmännen, nationella organisationer, professionsföreningar, företrädare för patienter och närstående, studenter samt experter inom patientsäkerhetsområdet.

Webbplatsen nylanseras i slutet av första kvartalet 2020 med en ny innehållsstruktur och design som är ännu mer anpassad efter användarnas behov och med information om vårdskador inom flera vårdområden.

Ny handbok i systematiskt patientsäkerhetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete trädde i kraft den 1 september 2017. I syfte att stödja implementeringen har en handbok till föreskriften tagits fram. Handboken publicerades i juni 2019 och vänder sig till vårdgivare som har ansvaret att leda och fördela arbetet, utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt göra lex Maria-anmälningar.

Handbok om föreskrift om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

Läkemedelsfel är en ledande orsak till skador och undvikbara skador i sjukvården över hela världen. WHO:s tredje globala patientsäkerhetskampanj, *Medication without harm* lanserades i mars 2017 [110]. Utmaningen fokuserar på att förbättra läkemedelssäkerheten med målet att minska allvarliga, undvikbara skador med 50 procent på 5 år.

En handbok har tagits fram för att stödja implementeringen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Handboken riktar sig i första hand till vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa föreskrifterna och de allmänna råden. Handboken publicerades i juni 2019 [111].

I föreskrifterna ställs krav på att personer över 75 år med minst fem ordinerade läkemedel ska erbjudas en läkemedelsgenomgång, där det kartläggs vilka läkemedel patienten är ordinerad och använder. Om det efter genomgången finns kvarstående problem ska patient erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång. Socialstyrelsen har följt upp och utvärderat hur läkemedelsgenomgångar används [112].

Utvärderingen visar att det finns regionala skillnader gällande både hur och i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar registreras. Dock går det inte att uttala sig om antalet av genomförda läkemedelsgenomgångar, eftersom underrapporteringen sannolikt är stor på många platser i landet. Utvärderingen visar vidare att väl fungerande läkemedelsgenomgångar i vissa former och i vissa sammanhang kan bidra till en förbättrad läkemedelsanvändning.

Internationellt och nationellt arbete inom patientsäkerhetsområdet

Enligt WHO är skador på grund av bristande patientsäkerhet den 14:e största hälso- och sjukvårdsbördan. Bristande patientsäkerhet leder till ett stort lidande för de som drabbas och får betydande ekonomiska konsekvenser; OECD har uppskattat att bristande patientsäkerhet står för 15 procent av

sjukvårdens budget. Uppskattningsvis bedömdes nära 50 procent av de inträffade skadorna som undvikbara [113].

Under 2019 fattade Världshälsoförsamlingen beslut om nya resolutioner kring patientsäkerhet och en ”Global Action on Patient Safety” [114]. Gemensamma mötesarenor har skapats i form av ”Global Ministerial Summit of Patient Safety” där beslutsfattare och experter gemensamt tar sig an frågorna kring patientsäkerhet för att öka medvetenheten kring de utmaningar som finns.

Socialstyrelsen deltar aktivt i det internationella patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom att medverka i expertgrupper, stödja WHO:s resolutionsarbete inom Global Action on Patient Safety i arbetet med de globala patientsäkerhetsmålen (Rena händer, Säker kirurgi och Halvera läkemedelsrelaterade skador) och genom att uppmärksamma internationella patientsäkerhetsdagen.

Viss minskning av vårdskador i somatisk sjukhusvård

Markörbaserad journalgranskning (MJG) används för att identifiera skador och vårdskador och ge underlag till det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Under 2013–2018 har 88 638 vårdtillfällen på akutsjukhus granskats.³²

Resultaten visar att det har skett en statistiskt säkerställd minskning av andelen vårdtillfällen med såväl skador (undvikbara och icke undvikbara skador) som vårdskador (undvikbara skador). Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI), överfyllnad av urinblåsan och svikt i vitala funktioner minskade signifikant 2013–2018 [115].

Vårdskador vanligare hos dem som återinskrivs i slutenvård

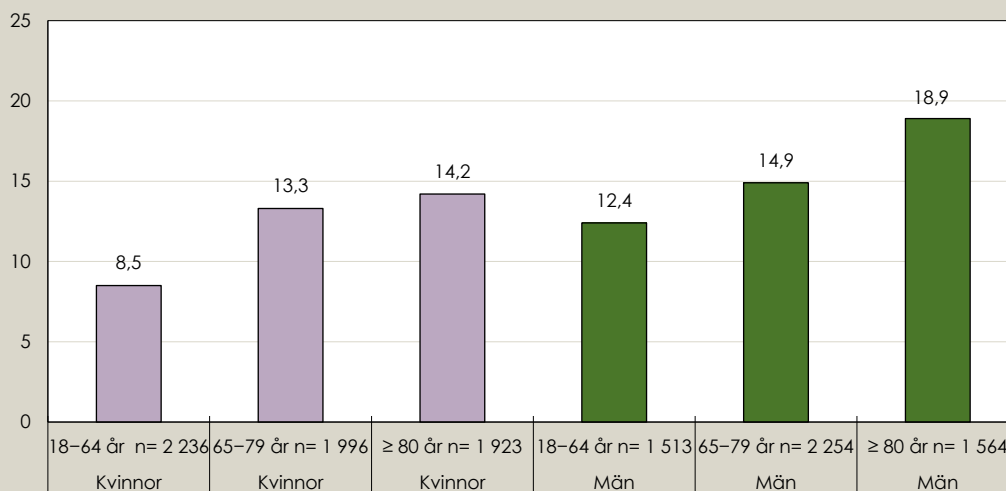
Vid 13,5 procent av de granskade vårdtillfällena 2018 har patienten oplanerat återinskrivits i slutenvård inom 30 dagar. 75 procent av de patienter som återinskrivs är över 65 år. Andelen återinskrivningar ökar med stigande ålder. En fjärdedel av de patienter som 2018 återinskrevs oplanerat inom 30 dagar, hade skador (män 25 procent, kvinnor 23 procent) [115].

³² Somatisk slutenvård för vuxna.

Figur 34. Andel (%) vårdtillfällen där patienten blev oplanerat återinskriven inom 30 dagar efter avslutat slutenvård

Markörbaserad journalgranskning i somatisk vård för vuxna 2018. Fördelat på kön och ålder.

Procent



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

Vårdskador ger allvarliga konsekvenser

2019 visade Socialstyrelsens analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus att vid 0,1 procent (213 patienter, 98 kvinnor och 115 män) av de granskade vårdtillfällena 2013–2018 bedöms en vårdskada ha bidragit till att patienten avlidit [116]. På nationell nivå innebär det att vårdskador bidrar till att cirka 1 200 patienten årligen avlider. Medelåldern för dem som avled där en skada (oberoende av om den var undvikbar eller inte) var orsak eller bidrog var cirka 10 år högre än för patienter som fick en skada utan att avlida. Vid de vårdtillfällen där skadan bidrog till dödsfall var 88 procent 65 år och äldre och drygt 1 procent 18–49 år. Av dessa vårdtillfällen hade 85 procent inletts akut. Vid 53 procent av vårdtillfällena hade patienten genomgått ett kirurgiskt ingrepp. Vid 9 procent av vårdtillfällena hade patienten under hela eller delar av vårdtillfället vårdats på utlokaliserad vårdplats [116].³³

Vårdtiden för vårdtillfällen, där en vårdskada bidrog till dödsfall var för patienter 65 år eller äldre i median 9 dagar (8 för kvinnor, 10 för män) och för yngre patienter i median 13 dagar. De vårdskador som krävde livsuppehållande åtgärder inom en timma drabbade i 70 procent av fallen patienter 65 år och äldre. Vårdtiden var i median 13 dagar (14 för kvinnor, 12 för män) utan större skillnad mellan åldersgrupperna. De vårdskador som bidrog till att patienten fick bestående men drabbade i 69 procent av fallen patienter från 65 år och äldre. Vårdtiden vid dessa vårdskador var i median 13 dagar utan skillnad mellan könen eller olika åldersgrupper. De vårdskador som bidrog till förlängd vårdtid drabbade i 68 procent av fallen patienter som var 65 år och äldre [116].

³³ Inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Markörbaserad journalgranskning visar en minskning av vårdrelaterade infektioner i somatisk vård

Med markörbaserad journalgranskning (MJG) mäts incidensen, som generellt sett är ett bättre sätt att mäta VRI eftersom man där relaterar förekomsten av infektioner över tid till något mått på vårdproduktionen. Vanliga mått är att mäta förekomst per 1000 patientvård dagar eller per 100 vårdtillfällen [117].

MJG³⁴ visar en statistisk säkerställd minskning av VRI 2013–2018 från 5,2 till 4,4 procent. Andelen vårdtillfällen med skadetyper urinvägsinfektion, postoperativ sårinfektion, ventilatorassocierad pneumoni och övrig infektion har minskat signifikant.

Omräknat till nationell nivå innebär det att 57 000 patienter varje år får en VRI. I cirka 1 300 fall per år är en VRI en bidragande faktor till att patienten avlider. Granskningsteamet bedömde att mellan en tredjedel och hälften av alla VRI skulle kunna förebyggas. Där VRI bidrog till dödsfall var vårdrelaterad sepsis och vårdrelaterad pneumoni de vanligaste skadetyperna. Mellan en tredjedel och hälften av dödsfallen skulle kunna undvikas.

Patienter över 80 år hade signifikant högre andel vårdtillfällen med VRI än patienter under 80 år. Detta gällde för alla granskade år utom 2018. Patienter över 80 år med VRI hade även fler övriga skador, exempelvis trycksår och kirurgiska skador och i denna åldersgrupp bidrog VRI i högre utsträckning till att patienten avled. I likhet med punktprevalensmätningar är det vanligare med VRI hos patienter som genomgått ett kirurgiskt eller invasivt ingrepp. Vårdrelaterade urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner var vanligast [118].

Låg förekomst av vårdrelaterade infektioner inom särskilt boende

Under 2016–2017 koordinerade Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) europeiska punktprevalensmätningar av VRI på sjukhus och särskilda boenden där Sverige bidrog med HALT-data. På äldreboenden hade 3,9 procent en vårdrelaterad infektion och 4,9 procent behandlades med antibiotika den dagen mätningen gjordes [119, 120]. ECDC har även gjort en sammanfattning som visar att på en given dag i EU har 1 av 24 vårdtagare på särskilda boenden en VRI, motsvarande 124 000 personer per dag. ECDC:s beräkningar visar att 8,8 miljoner VRI uppstår varje år i Europa, varav hälften på särskilda boenden [121].

I 2018 års nationella HALT-mätning³⁵ ingick 23 022 personer från 142 kommuner. Totalt 1,3 procent hade en vårdrelaterad infektion och 2,8 procent behandlades med antibiotika [122]. Mätningen visade även att

- personer med trycksår löper fyra gånger högre risk att drabbas av en vårdrelaterad hud- och mjukdelsinfektion jämfört med personer utan trycksår.

³⁴ Totalt 88 638 somatiska vårdtillfällen vid akutsjukhus i Sverige har granskats med metoden markörbaserad journalgranskning under perioden 2013–2018.

³⁵ Healthcareassociated infections and antimicrobial use in long-term care facilities (HALT). En evidensbaserad metod som bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll för mätning av VRI och antibiotikaanvändning inom vårdboenden. HALT är en punktprevalensmätning och genomförs under en dag på respektive boende.

- personer med urinkateter har fyra gånger högre risk för en vårdrelaterad urinvägsinfektion jämfört med personer utan kateter.

Personer med någon av ovanstående riskfaktorer behandlas med antibiotika i högre utsträckning än personer utan någon riskfaktor. Hos personer som hade en eller flera riskfaktorer var behandling med antibiotika nästan lika vanlig som förekomsten av VRI [122].

Få kommuner mäter basala hygienrutiner och klädregler

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

I den årliga nationella punktprevalensmätningen av personalens följsamhet till hygien- och klädreglerna³⁶ 2019 deltog 73 kommuner, 10 fler än 2018, och drygt 10 100 medarbetare observerades. Följsamheten till samtliga 8 steg har förbättrats och var cirka 51 procent jämfört med 2018 då den var knappt 49 procent. Andelen som följde korrekta klädregler var 84 procent och andelen som följde korrekta hygienrutiner var 56 procent. Att följsamheten är högre till klädreglerna är en bild som även framkommer i regionernas resultat.

Spridningen mellan kommunerna har ökat gällande följsamhet till samtliga åtta steg; 24–82 procent år 2018 till 10–98 procent år 2019. Det är stor skillnad i följsamhet mellan yrkesgrupper. Högst följsamhet hade sjuksköterskor 67 procent. Undersköterskornas följsamhet var 51 procent och gruppen *övriga* där bland annat vårdbiträden ingår hade lägst följsamhet, 43 procent.³⁷

Det största enskilda förbättringsområdet var, precis som tidigare år, desinfektion före patientnära arbete, där följsamheten var 66 procent. Det resultatet har ökat något jämfört med mätningen 2018 då den var 64 procent, men var ändå lägre jämfört med mätningen 2015 då den var 69 procent.

Det går inte att dra några generella slutsatser av utvecklingen av följsamheten i kommunal hälso- och sjukvård, eftersom endast cirka en fjärdedel av landets kommuner deltog i mätningen. Dessutom varierar antalet observationer mellan kommunerna stort [123]. Det är önskvärt att fler kommuner deltar i mätningen.

³⁶ Mätningen genomförs vid 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.

³⁷ Läkare ingår i totalresultatet men särredovisas inte pga. att gruppen endast bestod av 32 stycken.

Klagomål och anmälningar inom vården och omsorgen om äldre

I följande avsnitt beskrivs dels klagomål till patientnämnderna³⁸ och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på hälso- och sjukvården och omsorgen, dels anmälningar till IVO.^{39, 40}

Utveckling av klagomålshanteringen

Socialstyrelsen har gjort en förstudie⁴¹ om hur patienter och närstående ska kunna anmäla klagomål och synpunkter på ett enkelt, enhetligt och säkert sätt, och hur systemet kan möjliggöra lärande utifrån aggregerade data på regional och nationell nivå. Därefter har Socialstyrelsen haft ett fortsatt uppdrag att stödja utvecklingen av klagomålshanteringen. Socialstyrelsen har bland annat

- gjort en förstudie om möjligheterna att införa en svensk motsvarighet till *Care opinion*, *Tyck om vården*, som visade att befintliga regelverk inte stödjer ett sådant införande.⁴²
- samordnat insatser för att skapa förutsättningar för en enhetlig väg in till vårdgivaren via 1177 Vårdguiden i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR),⁴³ och tillsammans med IVO, patientnämnder och vårdgivare undersökt möjligheter till hur de skulle kunna samverka på nationell nivå för att information och innehåll i klagomålen kan leda till ökat lärande och ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsens slutsats är att en fortsatt dialog är nödvändig för att stärka förutsättningarna för en nationell analys av klagomålen.⁴⁴

Behovet av fortsatt utvecklingsarbete understryks också av Statskontoret som i sin utvärdering konstaterar att reformen⁴⁵ ännu inte lett till förväntade effekter för patienter och patientsäkerheten i alla avseenden.⁴⁶

³⁸ Siffrorna för patientnämnderna avser 2018.

³⁹ Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, enligt 3 kap. 5 § PSL.

⁴⁰ Anmälningsskyldighet till IVO vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden enligt 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS, (Se även SOSFS 2011:5, 6 kap. samt 7 kap. 1 § och delar av de allmänna räden i 7 kap.)

⁴¹ Förstudie om klagomålshantering i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2018-06-30.

⁴² Fördjupad förstudie om ett svenskt Care Opinion "Tyck om vården", Socialstyrelsen 2019-02-01.

⁴³ Överenskommelse mellan staten och SKR, Insatser för ökad tillgänglighet inom barnhälsovården m.m. (punkt 4.2)

⁴⁴ Stöd i utvecklingsarbetet om att skapa en enkel, enhetlig och säker klagomålshantering för både patienter och närstående samt vårdgivare, slutredovisning; Socialstyrelsen, promemoria 2019-12-18.

⁴⁵ Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet. 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. Enligt lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) är patientnämndernas huvudsakliga uppgift att hjälpa och stödja patienter att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna. Det nya systemet innebär en begränsning av IVO:s utredningsskyldighet i klagomålsärenden. IVO är numera endast skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

⁴⁶ Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården, slutrapport, Statskontoret 2019:18.

Den förväntade ökningen av klagomål till patientnämnderna uteblev

IVO sammanställer årligen de klagomål som inkommit till patientnämnderna. Resultatet för 2018⁴⁷ visar att klagomål från patienter och närstående har minskat något från tidigare år. Under 2018 tog patientnämnderna emot 35 482 klagomål, vilket är ungefär 3 procent mindre än 2017 [124]. Drygt 18 procent kom från personer 70 år och äldre, 3 739 kvinnor och 2 799 män.

I likhet med tidigare år var vård och behandling det största klagomålsområdet 2018. Många återkommande synpunkter rör kommunikation om exempelvis kallelser, provsvar och remittering. Ibland har hälso- och sjukvårdspersonalen inte försäkrat sig om att patienten har förstått informationen.

Klagomål på primärvården stod för ungefär en tredjedel av det totala antalet klagomål. Drygt 46 procent av alla klagomål gällde somatisk specialistsjukvård, knappt 13 procent psykiatrisk vård, 3 procent tandvård och drygt 1 procent kommunal hälso- och sjukvård. Kvinnor i åldersgruppen 50–59 år stod för flest klagomål, vilket har varit oförändrat de senaste åren [124].

Klagomålen på hälso- och sjukvården till IVO

Från och med den 1 januari 2018 är IVO:s utredningsskyldighet av klagomål begränsad, vilket innebär en förväntad minskning av antalet ärenden under det första året med de nya bestämmelserna. Antalet inkomna ärenden ökade dock igen under 2019. Av de klagomål som avslutades 2019 var det cirka 30 procent som utreddes i sak. En vanlig orsak till att ärendet inte utreddes var att det inte längre tillhör IVO:s utredningsskyldighet eller att den som klagade inte först varit i kontakt med vårdgivaren eller patientnämnden.

År 2019 inkom 6 014 klagomål och IVO fattade beslut i 5 792 ärenden. Av dessa utreddes 1 677 i sak och 862 ärenden avslutades med kritik. För personer 65 år och äldre utreddes 522 ärenden, varav 286 ärenden avslutades med kritik.⁴⁸ Ärendena gällde framför allt vård och behandling följt av diagnostisering.

Inom vården om äldre utreddes 92 ärenden, varav 53 avslutades med kritik, figur 35. En majoritet av de utredda ärendena gällde vård och behandling och de flesta ärenden gällde särskilt boende. Inom hemsjukvård i ordinärt boende utreddes 41 ärenden, varav 20 avslutades med kritik, figur 36.

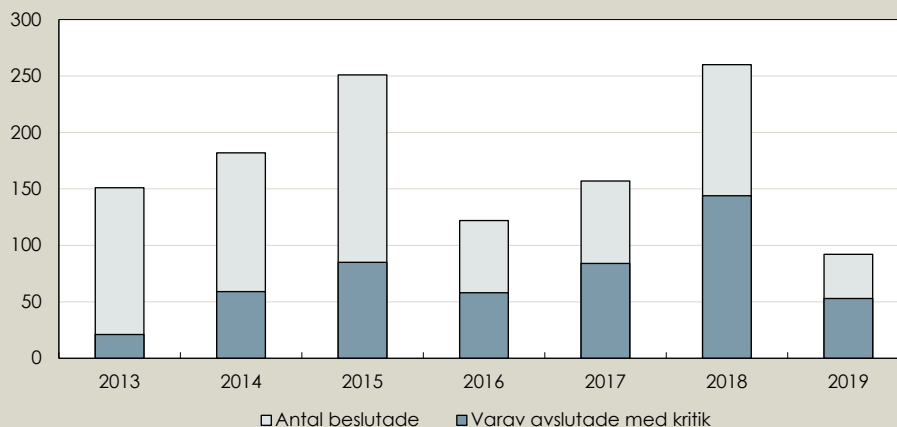
⁴⁷ Data för 2019 är inte sammanställda och det är inte möjligt att uttala sig om huruvida den förmodade ökningen till patientnämnderna utifrån ändringarna i klagomålssystemet har skett under det andra året med det regelverket.

⁴⁸ Ett klagomål kan gälla en eller flera åldersgrupper; det finns även 16 ärenden där ålder inte är specificerat.

Figur 35. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) i äldreomsorgen

Antal beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen, utredda i sak samt antal avslutade med kritik inom äldreomsorgen, 2013–2019.

Antal

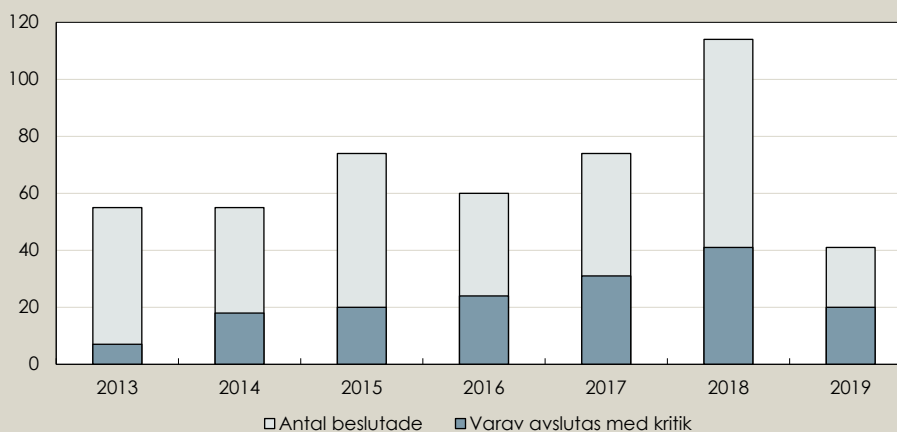


Källa: IVO.

Figur 36. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PLS) inom hemsjukvård i ordinärt boende

Antal beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen, utredda i sak samt antal avslutade med kritik inom hemsjukvård i ordinärt boende, 2013–2019.

Antal



Källa: IVO.

Klagomålen inom socialtjänstens äldreomsorg

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. År 2019 beslutade IVO i 808 ärenden som gällde klagomål på socialtjänstens äldreomsorg, vilket är en minskning från 2018 då beslut togs i 628 ärenden. Av de ärenden som beslutades ledde 179 till fortsatt tillsyn i nytt ärende, jämfört med 171 ärenden 2018.

Lex-Sarah anmälningar

Under 2019 inkom 1 200 lex-Sarah anmälningar till IVO, en ökning med 31 ärenden jämfört med 2018.⁴⁹ Antalet anmälningar 2019 är i nivå med de senaste åren med undantag för år 2017 då antalet anmälningar var något högre,

⁴⁹ Avser alla inkomna anmälningar. Enbart äldreomsorg kan inte specificeras.

1294 stycken. Antalet beslutade ärenden var 1 168 stycken varav 407 gällde äldreomsorg.

Anmälan av allvarliga vårdskador, lex Maria

Vårdgivarnas lex Maria-anmälningar minskade stort mellan 2018 och tidigare år. En orsak till minskningen är en förändrad anmälningsskyldighet som trädde i kraft 1 september 2017.⁵⁰

Under 2019 kom 2 270 lex Maria-anmälningar in till IVO, det är något fler än 2018. År 2019 fattade IVO beslut i 2 110 ärenden, och 1 012 beslut gällde personer 65 år och äldre.⁵¹ För äldreomsorgen beslutade IVO i 2015 ärenden.

Tillsyn visar att vården och omsorgen inte är tillräckligt samordnad

Flera av IVO:s iakttagelser för verksamhetsåret 2019 liknar tidigare år med brister i kompetensförsörjning och samordning, vilket tyder på att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inte fungerar tillfredsställande.

När samordningen brister saknas det ofta ett helhetsgrepp om hur olika insatser ska utföras och av vem, hur uppföljningar ska göras, vilka åtgärder som ska utföras och hur utvärderingar ska ske. Att samordningen inte fungerar beror ofta på att rollerna är otydliga. Det kan också bero på att det finns organisatoriska mellanrum, som uppstår när en verksamhets ansvar och befogenheter tar slut utan att en annan verksamhet tar vid.

Brister i kunskap och samordning bidrar till att utsätta de äldre för vårdskador. Det kan vara att personalen inte lagt märke till symtom på skador eller sjukdomar, eller inte tagit sådana tecken på allvar, framför allt när det handlar om personer som har en demenssjukdom, psykisk ohälsa, multisjuklighet eller kommunikationssvårigheter. IVO ser också att personalen kan sakna kunskap om förflyttningsteknik och användning av välfärdsteknik som finns, men också ha språkliga brister. Bristande dokumentation och hög arbetsbelastning är ytterligare faktorer som bidrar till risker för patientsäkerheten. Det finns även en underrapportering av avvikelser som rör insatser enligt socialtjänstlagen. Det rör exempelvis fall där personalen förbiser en äldre persons behov av dubbelbemanning eller en missad matleverans.

Vård- och omsorgsgivarna behöver enligt IVO i högre grad integrera förbättringsarbetet i den ordinarie verksamhetsstyrningen och anpassa det efter de utmaningar och förutsättningar som verksamheterna har att förhålla sig till [42].

⁵⁰ Fram till den 1 september 2017 förelåg enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 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.

⁵¹ Det är 101 ärenden som inte är specificerade på ålder.

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen olika aspekter av jämlik vård inklusive äldres munhälsa och kommunal hälso- och sjukvård.

Sammanfattande iakttagelser

- Förlorade tänder ersätts allt mer sällan av avtagbara proteser och allt oftare med avancerade fastsittande konstruktioner, som implantat. Dessa ersättningar ställer större krav på god egenvård och förebyggande tandvård.
- Med ökande ålder förlorar många äldre personer regelbundna tandvårds-kontakter. Ofta möter de inte tandvården förrän flera år senare när omsorgsberoendet blivit så stort att de är berättigade till det särskilda tandvårdsstödet. Det finns dock stora svårigheter att tillämpa tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget.
- Det särskilda tandvårdsstödet uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård når främst de omsorgsberoende äldre i särskilt boende och i mindre grad de som bor kvar hemma med hjälp av hemtjänst och närstående.
- Drygt 236 100 personer 65 och äldre fick någon gång under 2018 kommunalt finansierad hemsjukvård. Av dessa hade 57 procent av kvinnorna och 52 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser.
- Den kommunala hälso- och sjukvården upplever att samverkan fungerar väl för äldre som bor på särskilda boenden men sämre för äldre som bor i ordinärt boende.
- Ökad samverkan är ständigt aktuell. Med utvecklingen av hälso- och sjukvården mot en nära vård kommer samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård få en allt större betydelse för den äldre.
- Formen på dagverksamhet varierar men bör utformas så att verksamheten möter den äldres behov. Av de 17 700 personer 65 år och äldre som beviljats dagverksamhet under 2018 fick 68 procent av kvinnorna och 70 procent av männen insatser av den kommunala hälso- och sjukvården.
- Patienter som vårdas i livets slutskede finns i olika vårdformer inom regionen och kommunerna. Av samtliga avlidna personer 65 år och äldre inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, registrerades 25 800 personer i Svenska palliativregistret. Av dessa hade 74 procent av patienterna eller närstående fått möjlighet till ett brytpunktsamtal.
- 49 procent kommunerna, kan erbjuda en sammanhållen vård och omsorg till personer med demenssjukdom. 54 procent erbjuder multiprofessionella demensteam, vilket är 13 procent mer än 2018.

- 36 procent av besöken på akutmottagningar görs av personer som är 70 år eller äldre. Personer 80 eller äldre vistas längre på akuten än övriga patienter – 4 timmar och 10 minuter i median. Personer 80 år och äldre riskerar att få vänta längre bland annat eftersom de skrivs in i slutenvården oftare än yngre. Bristen på vårdplatser leder i sin tur till att de får vänta längre på akuten.

Munhälsa hos äldre

En frisk mun är idag vanligt bland äldre och är ett resultat av en positiv utveckling av tandhälsan i befolkningen. När hälsa och förmåga sviktar kan munhälsan snabbt försämrast och kontakten med tandvården förloras. Detta orsakar stora utmaningar för den personal som ansvarar för vård och omsorg för den sjuka äldre.

Socialstyrelsen har valt i årets rapport att göra särskild fördjupning inom området munhälsa hos personer 65 och äldre, i syfte att belysa utmaningar och utvecklingsområden för målgruppen.

Tandvård till äldre har utvecklats från avtagbara helproteser i tandlösa käkar till avancerade tandersättningar och egna tänder med stort behov av omvårdnad och egenvård. Tandvårdsbehovet har ökat bland de sjuka äldre och en ny tandläkarspecialitet har inrättats inom området orofacial medicin för patienter med komplicerade vårdbehov i samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård. De nya Nationella riktlinjerna för tandvård kommer också att innehålla flera rekommendationer som berör den äldre patienten. Socialstyrelsen publicerar en remissversion av riktlinjerna under 2021.

Det har gått cirka 20 år sedan det särskilda tandvårdsstödet med uppsökande⁵² och nödvändig tandvård⁵³ för gravt och långvarigt omsorgsberoende personer, däribland många äldre, trädde i kraft [125]. Under dessa år har medelåldern ökat, tandlösheten minskat och antalet kvarvarande tänder ökat hos de äldre [126]. Förlorade tänder ersätts i allt mindre grad av avtagbara proteser och allt oftare av avancerade fastsittande konstruktioner, däribland implantat [127]. Dessa ersättningar ställer större krav på god egenvård och förebyggande tandvård.

Tandvårdsstödet med uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är en unik reform som inte har sin motsvarighet någon annanstans i världen. Reformens syfte var att förbättra munhälsan hos de äldre med stora omvårdnadsbehov och med 20 års uppföljning är frågan om syftet uppnått: Att förbättra förmågan att äta och tala, eliminera smärta och sjukliga förändringar i munhålan hos de äldre. Socialstyrelsen har gjort en utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget och konstaterade att det finns stora svårigheter att tillämpa regelverket i förordningen. Socialstyrelsens bedömning är att tandvårdsförordningen behöver ses över och revideras för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård [128]. Regeringen tog beslut 9 januari 2020 om ett

⁵² 8 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

⁵³ 9 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

tilläggsdirektiv till utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02) [129]. Uppdraget till utredningen utvidgas därmed till att också utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser.

Kontinuitet i kontakten med tandvården

Det finns flera skäl till varför tandvårdskontakterna minskar med stigande ålder, men en fastställd orsak är demensdiagnos [130]. Här ses redan innan diagnosen sätts, att kontakterna minskar och tandhälsan försämras. Demens, eller kognitiva funktionsnedsättning, som det numera oftare uttrycks, är också en vanlig orsak till att plats på särskilt boende beviljas.

Med stigande ålder ökar behovet av tandvård i befolkningen. Uppgifter i tandhälsoregistret visar att åldersgruppen 70–79 år besökte tandvården i högst andel av befolkningen 2018 för att därefter minska i åldersgrupperna 80 år och äldre. Tandvårdsbehovet minskar dock inte efter 80 års ålder. Istället är det andra faktorer som spelar in i de äldres möjligheter att besöka tandvården. Studeras de äldres tandvårdsutnyttjande, ses ett mönster som består i att man med ökande ålder tenderar att förlora sina regelbundna tandvårdskontakter och inte möta tandvården förrän flera år senare när omsorgsberoendet blivit så stort att man blivit berättigad till det särskilda tandvårdsstödet. Detta antas följa ett mönster av tilltagande skörhet och riskerar att bli en ond cirkel där den bristande munhälsan också bidrar till den allmänna ohälsan.

I en pågående studie med samtliga individer 65 år och äldre i Västra Götalandsregionen som fått tandvård av Folktandvården eller en privat vårdgivare inom hemtandvård, ses att många äldre successivt förlorar sina tandvårdskontakter. Därefter kan det dröja flera år innan samma individer återfinns i SkaPa⁵⁴-registret. De har då blivit så omsorgsberoende att de är berättigade till nödvändig tandvård och behöver hemtandvård eftersom de har svårt att klara transporten till en tandvårdsklinik. Under denna period har tandvårdsbehovet ökat avsevärt [131].

Åtgärder för att förhindra förlorade tandvårdskontakter

Folktandvården i Halland observerade tidigt att sköra äldre försvann ur kallelsesystemet och tog fram en klinikrutin med målet att hindra förlorade kontakter hos äldre personer. Denna rutin har fått spridning till Folktandvårdsorganisationer i flera regioner [132].

En stor del av den äldre befolkningen går dock regelbundet till privat tandvård, figur 37. Privat tandvård har ofta goda förutsättningar för kontinuitet i vården med mindre personalomsättning än offentlig tandvård och följer patienten under lång tid i livet. I en undersökning av offentlig och privat tandvård från Uppsala hamnade var fjärde person över 75 år utanför tandvårdens kallelsesystem både hos Folktandvården och privat [133]. Detta resulterade i att Folktandvården Uppsala utsåg äldreombud vid samtliga 21 tandvårdskliniker. Ombuden har ansvar för att bevaka äldre personer som lämnar återbud till tandvården.

⁵⁴ SkaPa, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Vikten av regelbundna tandvårdskontakter och rutiner för att fånga upp sköra äldre som av olika anledningar får svårare med tandvårdsbesöken kommer att få ökad betydelse i framtiden. Sköra äldre har ett ökat behov av regelbunden tandvård med fler egna tänder, fastsittande tandersättningar och en längre tid med kroniska sjukdomar.

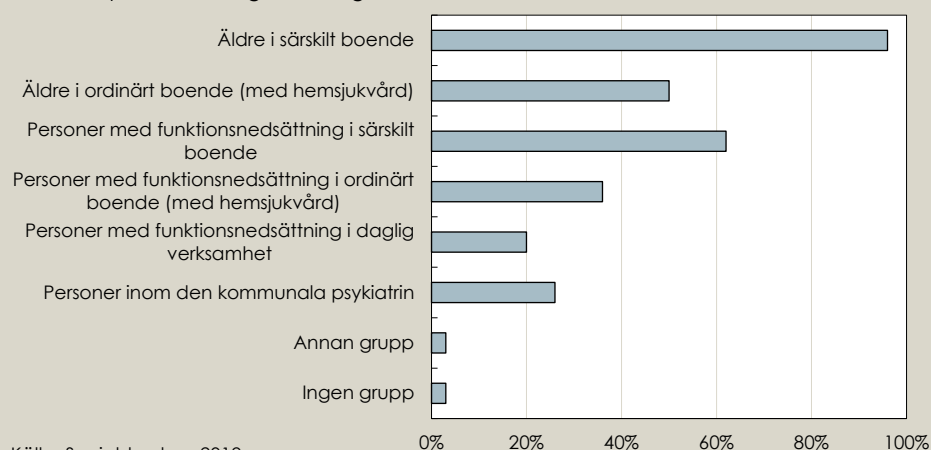
Samverkan kring äldres munhälsa får ökad betydelse

När den äldre går från ett oberoende till beroende av stöd för att upprätthålla hälsa och välbefinnande har ofta både allmän status och tandstatus nått ett stadium när det inte går att utföra så mycket tandbehandling. Det särskilda tandvårdsstödet för uppsökande och nödvändig tandvård når främst de omsorgsberoende äldre i särskilt boende och i mindre grad de som bor kvar hemma med hjälp av hemtjänst och anhöriga. Detta trots att vårdformer i eget boende alltmer prioriteras och antalet platser i särskilda boenden minskar. Därmed finns risk för att tandvården blir ojämnt och orättvist fördelad [128]. Sveriges Tandläkarförbund påtalar också vikten av samverkan kring äldres munhälsa och identifierar sköra äldre som en viktig målgrupp där munhälsan bör aktualiseras inom alla vårdprofessioner [134].

Socialstyrelsen genomförde nyligen en kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där äldre personers behov av samverkan särskilt belystes. Inom den kommunala hälso- och sjukvården förekommer samverkan med tandvården kring den äldre patienten i större utsträckning än i andra vårdsektorer. Den kommunala hälso- och sjukvården upplever att samverkan fungerar väl för äldre som bor på särskilda boenden men sämre när det gäller äldre som bor i ordinärt boende, figur 37.

Figur 37. Målgrupper i kommunal hälso- och sjukvård där samverkan med tandvården fungerar väl. N = 153

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ.



Källa: Socialstyrelsen 2019.

Under den period som tandvårdskontakterna minskar, ökar oftast kontakterna med andra vård- och omsorgsprofessioner. Det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, ett verktyg för att stödja vårdprevention och identifiera personer, från 65 år med risk för undernäring, fall, trycksår och inkontinens, inkluderar också munhälsa [135]. Risk för ohälsa i munnen bedöms med instrumentet ROAG-J för att tidigt upptäcka äldre i riskzonen [136].

Bedömningarna görs idag främst på särskilda boenden där personalen regelbundet erbjuds utbildning i munhälsa men det är önskvärt att fler bedömningar görs både inom primärvård och slutenvård däribland akutmottagningar [137, 138].

Ett tillstånd där munhälsan ofta försummas som tänkbar orsak, är när äldre personer lider av undernäring. Det finns många förklaringar till att munhälsa och undernäring påverkar varandra, åt båda håll. En bristande kosthållning ökar risken för kariesutveckling samtidigt som munslemhinnans hälsa och tandstatus påverkar förmågan att äta. Möjligheten att sköta till exempel den dagliga munhygien kan påverkas av ett generellt försämrat tillstånd såsom försämrad motorik eller kognitiv förmåga.

Att identifiera nutritionsrelaterade problem kan initialt göras med en riskbedömning av personens näringstillstånd. Riskbedömningen visar om en patients näringstillstånd och bakomliggande orsaker behöver utredas vidare så att förebyggande åtgärder kan sättas in för att undvika att tillståndet utvecklas till undernäring. En samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvården kan många gånger vara nödvändig. Försämrad mun- och tandstatus och tugg- eller sväljningssvårigheter är några av de faktorer som då behöver ingå i utredningen [94].

På olika vårdprofessioners grundutbildningsprogram undervisas munhälsa endast i mindre utsträckning [139, 140]. Remissgången mellan sjuk- och tandvård är också många gånger oklar, och trots remiss är patienten betalningsskyldig till tandvården om rätten till tandvårdsstöd för tandvårdskostnader inte klarlagts innan remissen skickats. Kunskapen om tandvårdsstöden är också bristfällig hos hälso- och sjukvården. Detta har identifierats som ett av hindren för samverkan mellan domänen.

Vårdplaneringsmötet vid en utskrivning är ett lämpligt tillfälle att undersöka om den äldre är berättigad till särskilt tandvårdsstöd och se till att munvård poängteras i den dagliga omsorgen. Nu får oftast munvård ingå i allmän hygien och med dagens komplicerade munstatus hos de äldre med egna tänder och avancerade tandersättningar, är detta en tidsödande aktivitet som kräver både anpassade munvårdshjälpmiddel och särskild kunskap och färdigheter [141].

Utvecklingsområden

Till viss del har de uteblivna tandvårdskontakterna kompensats av hemtandvård som numera är en etablerad vårdform. Det är dock fler på särskilt boende som fått ta del av denna service än de som bor kvar i sin ursprungliga bostad. Hemtandvård har mest utgjorts av konsultation och reparativ tandvård men den senaste tiden har visat på mer profylaktiskt inriktad mun- och tandvård, vilket är ett lämpligt område för hemtandvård. Det är främst denna typ av behandlingar som de äldre inte prioriterar för ett klinikbesök. Förbättrad munhygien har visat sig minska antalet lunginflammationer som kan uppstå hos sköra personer med ineffektiv sväljfunktion (dysfagi). Effekten ses främst när munvården utförs av tandvårdspersonal, vilket motiverar behovet av sådan verksamhet [142].

Behovet av ökad samverkan är ständigt aktuell. Men med den framtida utvecklingen av hälso- och sjukvården mot en nära vård med större fokus på

primärvårdens roll som spindel i nätet, kommer samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård få en allt större betydelse för den äldre individen.

Utvecklingen av välfärdsteknik som stöd för tandvård, hälso- och sjukvård och socialtjänst att bibehålla och förbättra munhälsan hos omsorgsberoende äldre är ett utvecklingsområde som ännu är oprövat. Frågor om etik och informationsöverföring kan vara hinder som behöver utredas eftersom verksamheterna styrs av olika lagrum. För den äldre och de närstående kan välfärdstekniken bidra till ökad trygghet, säkerhet och självständighet. Professionen kan uppleva mindre stress och verksamhetens effektivitet kan öka.

Sjukdomspanorama

Munsjukdomar hos äldre personer anses som ett globalt folkhälsoproblem [143]. Med stigande ålder ökar risken att få karies, främst rotkaries. Rottorna blottläggs då tandköttet drar sig tillbaka – ett åldersfenomen - och rotcementet är mindre motståndskraftigt än emaljen. Är personen ifråga också muntorr, vilket ofta är fallet, minskar salivens skydd. Muntorrhet hos äldre är främst läkemedelsorsakad men bara en del förskrivare informerar sina patienter om att tänderna kan ta skada och rekommenderar tandvårdsbesök.

Äldre personer med diabetes och tandlossning är en särskilt utsatt grupp där behovet av samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är stor. Båda tillstånden ökar hos äldre och har ett bidirektionellt förhållande, där personer med diabetes har tre gånger högre risk att utveckla tandlossning och personer med tandlossning har högre risk att utveckla diabetes. European Federation of Periodontology har tagit fram informationsmaterial till tandvårdspersonal som också översatts till svenska [144]. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tidigare tagit fram liknande information till både tandvårdspersonal och patienter. Informationsmaterial till hälso- och sjukvårdspersonal saknas, men Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för diabetesvård rekommenderar att patienter bör ha kontakt med tandvården vid risk för tandlossningssjukdom [145].

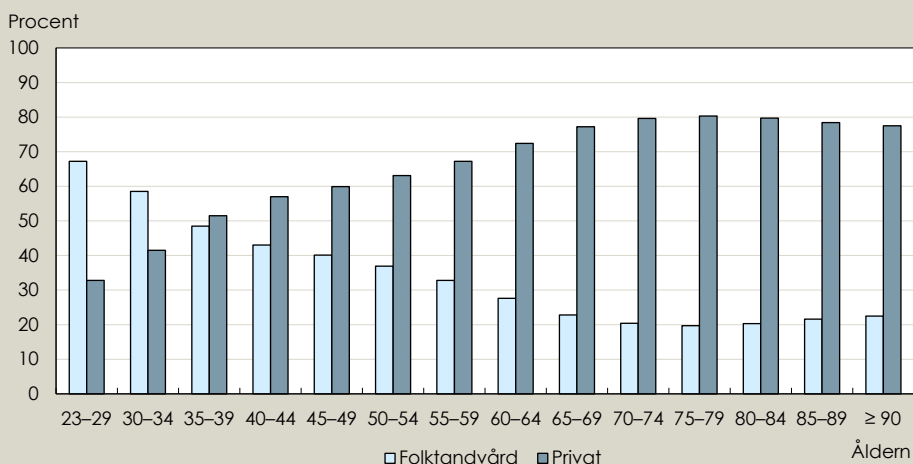
Framtidsscenario

Det är svårt att förutse hur de äldres tandstatus och tandvård utvecklas i framtiden. Sannolikt fortsätter utvecklingen där äldre har kvar fler egna tänder och implantatersättning. Tandvårdsmarknaden förändras och både tekniska lösningar och it-baserat stöd utvecklas. Förhoppningsvis kommer kunskapen om effektiva profylaxprogram att öka. Dagens situation där många äldre får sin tandvård av privata tandvårdsgivare kan komma att förändras, både inom det statliga (figur 38) och det regionala tandvårdsstödet, figur 39. Kommande generationer har sedan unga år vana av offentlig tandvård eller större tandvårdskedjor i privat regi. Tandhygienisten blir kanske den första kontaktpersonen i tandvårdsteamet, men kontakterna mellan den enskilda behandlaren och patienten kanske blir mindre regelbundna. Det finns också begränsad kunskap om hur de äldre själva ser på sin munhälsa och tandvård och vad som prioriteras. Mun- och tandhälsa behöver ses som en allmän hälsofråga,

och stödsystemen för tandvård och munhälsa kan behöva revideras för att underlätta samarbetet mellan tandvård och hälso- och sjukvård och styra mot en kunskapsbaserad, jämlik och effektiv tandvård [128].

Figur 38. Tandvård inom det statliga tandvårdsstödet

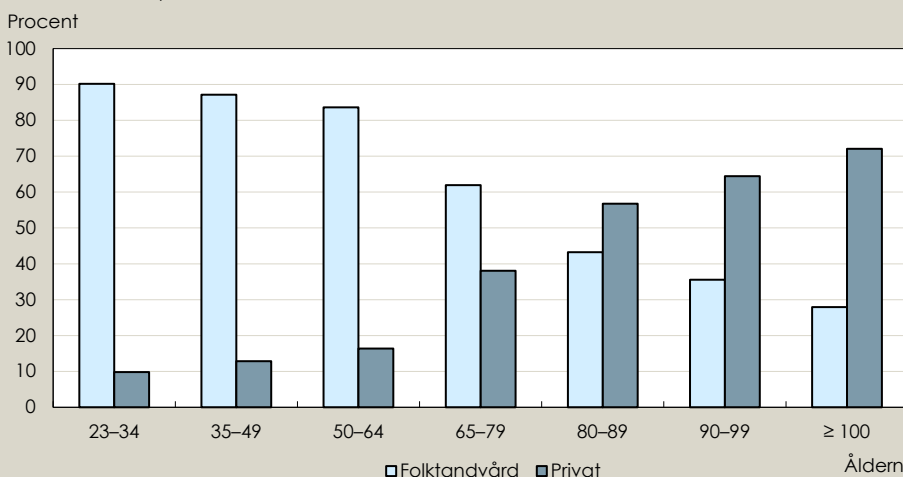
Procentuell (%) fördelning av vårdgivarkategori för senaste basundersökningen 2018, efter ålder.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Figur 39. Tandvård inom det regionala tandvårdsstödet

Procentuell (%) fördelning av vårdgivarkategori för tandvårdsbesök inom nödvändig tandvård 2018, efter ålder.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Idag finns en generation av unga personer som till stora delar vuxit upp utan tandproblem – undantaget behov av tandreglering eller behandling vid olika trauman – och vi vet inte hur tandvårdsmedvetna de kommer att vara. En god tandhälsa i hög ålder är ett kvitto på att individen ända sedan unga år tagit väl hand om sina tänder och varit huvudsakligen frisk [146].

Den svenska befolkningen utgörs idag också av en växande grupp med utlandsfödda svenskar. De äldre i den gruppen har inte haft samma möjligheter till tandvård som i Sverige. Många söker tandvård endast vid akuta problem

och har aldrig vant sig vid ett förebyggande tänkande runt tandhälsa med ansvar för egenvård, kostmedvetenhet och regelbundna tandvårdskontakter. Ett sådant förhållningssätt kan också ses hos utlandsfödd personal som arbetar inom vården. Det svenska tandvårdssystemet har skapat ett förhållningssätt till mun- och tandhälsa som inte är självklart hos alla [146].

Kommunal hälso- och sjukvård

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är omfattande och expanderar, eftersom allt fler får vård och omsorg i ordinärt boende. Den kommunala hemsjukvården omfattar allt fler äldre med komplexa vårdbehov och alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser, bland annat till följd av att patienter skrivs ut snabbare från sjukhusen och de tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet har ökat [147]. En sådan utveckling där personalen utför mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser ställer krav på personalresurser och kompetens. Dessutom är behoven av samordnade insatser från flera utförare vanliga, vilket medför krav på samverkan med både socialtjänst och regioner. Alla regioner utom Stockholm har överenskommelser om att kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende (Region Stockholm har en överenskommelse med Norrtälje kommun).

Kommunen ska erbjuda god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter som

- särskilt boende, korttidsplats, bostad med särskild service och dagverksamhet i enlighet med SoL^{55, 56}
- bostad med särskild service för vuxna, barn och ungdomar samt daglig verksamhet i enlighet med LSS^{57, 58}

Därutöver kan kommunen erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i ordinärt boende, alltså det egna hemmet, om regionen och kommunen kommit överens om att kommunen övertar ansvaret för hemsjukvården. För biståndsbedömt trygghetsboende erbjuds antingen regionalt- eller kommunalt finansierad hemsjukvård om patienten behöver stöd med sin egen vård.⁵⁹

Fördelningen av ansvar mellan regionen och kommunerna regleras via överenskommelser och omfattar bland annat ansvarsfördelning av sjukvårdsinsatser, mekanismer för samverkan, målgrupper och principer för vem som bedöms behöva hemsjukvård. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar inte insatser av läkare, utan de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård ska regionen avsätta till kommunerna.⁶⁰ Den kommunala hälso- och sjukvården kan bedrivas av privata vårdgivare i enlighet med LOV.⁶¹

Under 2018 fick nästan 409 500 personer insatser av den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var 60 procent kvinnor och 40 procent män.

⁵⁵ 12 kap 1 § HSL

⁵⁶ 3 kap. 6 § SoL och 5 kap. 5, 7 §§ SoL

⁵⁷ 9 § punkt 8-10 LSS

⁵⁸ Prop. 1992/93:159, s.182

⁵⁹ 12 kap. 2 § HSL och 14 kap. 1 § HSL

⁶⁰ 12 kap. 3 § HSL och 16 kap. 1 § HSL

⁶¹ Lag (2008:962) om valfrihetssystem

De flesta patienter som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser är äldre. Inom målgruppen 65 år och äldre fick drygt 340 300 personer vård under 2018, varav 62 procent var kvinnor och 38 procent män. Det är cirka 7 100 personer fler än 2017. Åldersfördelning och antal personer som någon gång fått kommunal hälso- och sjukvård under 2018 visas i tabell 20.

Tabell 20. Personer som får kommunal hälso- och sjukvård

Antal personer som någon gång erhöll kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under 2018, fördelat efter kön och ålder.

Kön	0–17 år	18–64 år	65–74 år	75–84 år	85–94 år	≥ 95 år	Totalt patienter
Kvinnor	740	34 130	32 630	70 420	88 520	18 370	244 810
Män	1020	33 280	30 000	50 160	44 340	5 860	164 660
Samtliga	1 760	67 410	62 630	120 580	132 860	24 230	409 470

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019, Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvård i olika boendeformer och verksamheter

Kommunalt finansierad hemsjukvård i ordinärt boende

Drygt 283 100 personer (alla åldersgrupper) fick någon gång under 2018 kommunalt finansierad hemsjukvård. Totalt 236 100 personer var 65 år och äldre, varav 60 procent var kvinnor och 40 procent män. Av dessa hade 57 procent av kvinnorna och 52 procent av männen både hemsjukvård⁶² och hemtjänstinsatser,⁶³ tabell 21.

Tabell 21. Personer 65 och äldre med kommunal hemsjukvård

Antal och andel (%) personer 65 och äldre som någon gång under 2018 fick kommunal hemsjukvård, fördelat efter kön.

Hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård)	Antal och andel (%)
Kvinnor med hemsjukvård	141 800
varav med hemtjänstinsats/-er*	81 200 (57 %)
Män med hemsjukvård	94 300
varav med hemtjänstinsats/-er	49 100 (52 %)

* Avser bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande.

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019, Socialstyrelsen.

Kommunal hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer

Enligt socialtjänstlagen ska kommunen inrätta särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer.⁶⁴ Kommunen ska också erbjuda bostad med särskild service för vuxna och till barn och ungdomar enligt LSS.⁶⁵

Under 2018 beviljades särskilt boende för drygt 111 000 personer 65 år och äldre på ungefär 2 285 särskilda boenden runt om i Sverige [28]. Av

⁶² Hälso- och sjukvård i eget hem, dvs. ordinärt boende.

⁶³ Avser bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande.

⁶⁴ 5 kap. 5 § och 7 § SoL.

⁶⁵ 9 § punkt 8 och 9 LSS.

dessa fick 92 procent av både kvinnor och män insatser av den kommunala hälso- och sjukvården, tabell 22. Drygt 21 200 kvinnor och 19 300 män 65 år och äldre beviljades under 2018 korttidsplats enligt SoL ⁶⁶, en tillfällig insats som ingår i det vidare begreppet särskilt boende med avsikt att ge vård och omsorg dygnet runt för till exempel rehabilitering efter sjukhusvård, växel-vård eller avlösning för närstående. Av dessa fick 95 procent av kvinnorna och 93 procent av männen hälso- och sjukvårdsinsatser.

Tabell 22. Kommunal hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer

Antal och andel (%) personer 65 och äldre som får kommunal hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, 2018.

Hälso- och sjukvård (HSL) i särskilt boende för äldre	Antal och andel (%)
Kvinnor med beviljat särskilt boende	73 200
varav med kommunal hälso- och sjukvård	67 000 (92 %)
Män med beviljat särskilt boende	37 700
varav med kommunal hälso- och sjukvård	34 600 (92 %)
Hälso- och sjukvård (HSL) på korttidsplats för äldre	
Kvinnor med beviljad korttidsplats	21 200
varav med kommunal hälso- och sjukvård	20 100 (95 %)
Män med beviljad korttidsplats	19 300
varav med kommunal hälso- och sjukvård	18 000 (93 %)

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänstregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019, Socialstyrelsen.

Kommunal hälso- och sjukvård i dagverksamhet

Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats som består av sysselsättning, behandling eller rehabilitering på en plats utanför den egna bostaden. Formen på dagverksamhet varierar men bör utformas så att verksamheten möter de enskildas behov.⁶⁷ Dagverksamhet kan också fungera som en indirekt insats riktad till närstående som vårdar en anhörig.⁶⁸ För personer som behöver hjälp med sin vård erbjuds stöd av den kommunala hälso- och sjukvården i dagverksamheten. Av 17 700 personer 65 år och äldre som beviljats dagverk-samhet under 2018 fick 6 900 (68 %) kvinnor och 5 400 (70 %) män insatser av den kommunala hälso- och sjukvården.

⁶⁶ Bästplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt.

⁶⁷ Nationella riktlinjer för personer med demenssjukdom.

⁶⁸ 5 kap. 10 § SoL.

Vanliga diagnoser vid sjukhusinläggning, vårdkontakt med akutmottagning och öppen specialiserad vård

Sjukhusinläggning

Enligt patientregister är hjärtsjukdomar, lunginflammation, stroke, KOL.⁶⁹ fraktur på höft och lår och artros några exempel på vanliga diagnoser vid inläggning på sjukhus för patienter 65–79 år ”inskrivna” i kommunal hälso- och sjukvård. För patienter 80 år och äldre tillkommer urinvägsinfektioner.

Vårdkontakt med akutmottagning eller öppen specialiserad vård

Vid besök på akutmottagning eller i öppen specialiserad vård för patienter 65–79 år med kommunal hälso- och sjukvård är hjärtsjukdomar, maligna tumörer i matsmältningsorganen, sjukdomar i ögats lins, diabetes och artros exempel på vanliga diagnoser och orsaker till vårdkontakt enligt patientregister.

För patienter 80 år och äldre är hjärtsjukdomar, höft- och lårfraktur, skallskador, tumörer och olika typer av ögonsjukdomar vanligaste diagnoserna vid vårdkontakt på akutmottagning eller i öppen specialiserad vård. Därutöver sker ofta vårdkontakter till följd av allmänna symtom eller sjukdomstecken från cirkulations- och andningsorganen, undersökningar och utredningar samt på grund av speciella vård- och behandlingsåtgärder. För patienter 80 år och äldre tillkommer vårdkontakt till följd av symtom eller sjukdomstecken från matsmältningsorganen och buken.

Palliativ vård

Med palliativ vård avses hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvalitet för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. I Sverige beräknas att omkring 80 procent av samtliga som avlider under ett år, dör en förväntad död och skulle kunna erbjudas allmän palliativ vård [148]. Patienter som vårdas i livets slutskede finns i olika vårdformer inom regionen och kommunerna, och det palliativa vårdbehovet kan tillgodoses med hjälp av allmän eller specialiserad palliativ vård. En förutsättning för palliativ vård är ett palliativt förhållningssätt. Det innebär att en professionell bedömning av patientens tillstånd, behov och önskemål görs utifrån en helhetssyn med utgångspunkt i fysiska, psykologiska, sociala och existentiella perspektiv [149].

Kvalitetsregistret Svenska palliativregistret innehåller resultat från nationella indikatorer för ”god palliativ vård i livets slutskede” redovisade på verksamhets-, kommun-, regions- eller riksnivå. Olika typer av verksamheter från regionen och kommunerna finns representerat i registret; särskilt boende och korttidsplats för äldre, ordinärt boende med hemsjukvård eller enbart hemtjänst, sjukhus, specialiserad palliativ vård, medicinklinik och onkologisk klinik. Antal vårdgivare som var registrerade i Svenska palliativregistret ökade under 2018 med drygt 8 procent till totalt 4 622 enheter jämfört med 2017. Däremot sjönk täckningsgraden, beräknat på

⁶⁹ Kroniskt obstruktiv lungsjukdom

samtliga dödsfall till 61 procent. Det är en försämring med drygt 2 procent jämfört med år 2017.

Av samtliga avlidna personer 65 år och äldre inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, registrerades 25 800 personer (47 procent) i Svenska palliativregistret.⁷⁰ Av dessa hade 74 procent av patienterna eller de närstående fått möjlighet till ett brytpunktssamtal, 73 procent av kvinnorna och 75 procent av männen. Andelen patienter som fick dokumenterad smärtskattning vid något tillfälle med Visuellt analog skala (VAS), Numerisk skala (NRS) eller ett annat smärtskattningsinstrument under sista veckan var 50 procent, 50 procent av kvinnorna och 49 procent av männen. Drygt 13 900 personer erhöll dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan, 55 procent av kvinnorna och 52 procent av männen.

En god palliativ vård inkluderar också att erbjuda efterlevandesamtal till närstående efter någons bortgång. Andelen avlidna patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården vars närstående erbjöds efterlevandesamtal var 72 procent. I tabellen 23 visas 2018 års resultat av tre palliativa indikatorer för patienter 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i särskilt och ordinärt boende samt på korttidsplats som registrerats i Svenska palliativregistret under 2018.

Tabell 23. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer som registrerats i Svenska palliativregistret

Antal och andel (%) personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i särskilt och ordinärt boende samt på korttidsplats som registrerats i Svenska palliativregistret och fått brytpunktssamtal, smärtskattning respektive munhälsobedömning i livets slutskede, uppdelat på kön, 2018.

Indikator	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt n (%)
Brytpunktssamtal	73	75	19 120 (74 %)
Smärtskattning	50	49	12 830 (50 %)
Munhälsobedömning	55	52	13 900 (54 %)

Källa: Svenska palliativregistret, hämtad 2019-12-15.

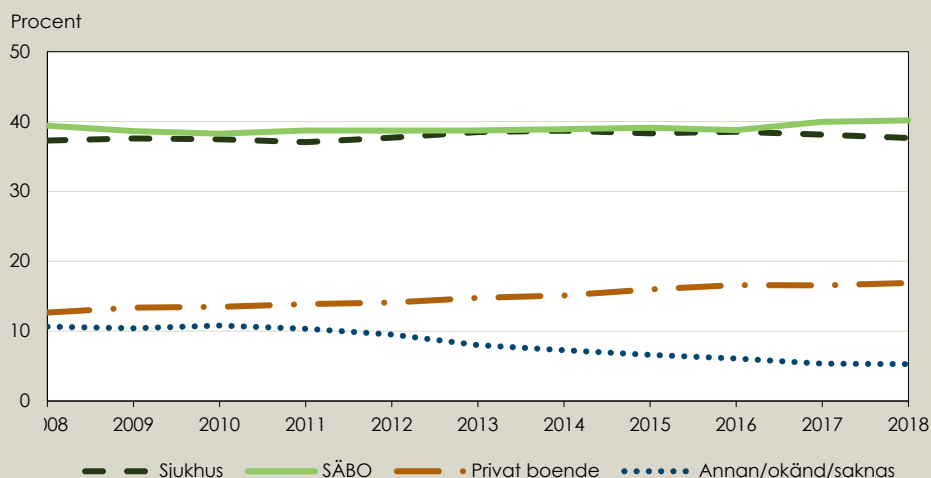
År 2018 avled drygt 92 250 personer i Sverige.⁷¹ Antalet döda under ett år beror till stor del på hur många personer det finns i de äldsta åldersgrupperna. Av alla som avled 2018 var 59 procent 80 år och äldre. Av kvinnorna som dog var 67 procent 80 år och äldre, medan 51 procent av männen var 80 år och äldre. De flesta avled på ett sjukhus eller på ett särskilt boende (SÄBO), figur 40.

⁷⁰ Antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i särskilt och ordinärt boende och på korttidsplats år 2018 som registrerades i Svenska palliativregistret, hämtad 191215.

⁷¹ Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 40. Plats för dödsfall för personer 65 år och äldre, 2008–2018

Plats för dödsfall för individer 65 år och äldre, andel (%) uppdelat på boendeform.



Av samtliga avlidna under 2018 var 81 600 personer 65 år och äldre. Av dessa var 57 000 personer inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården när de avled. Det är något färre än 2017, tabell 24. Drygt 3 700 personer 65 år och äldre som bodde i särskilt boende 2018 avled på sjukhus.

Tabell 24. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård som avled på sjukhus

Antal personer 65 år och äldre som avled på sjukhus eller i olika boendeformer med eller utan kommunal hälso- och sjukvård, 2017–2018.

Boendeform	Antal personer ≥ 65 år som avled 2017	Varav som avled på sjukhus	Antal personer ≥ 65 år som avled 2018	Varav som avled på sjukhus
Avliden med insatser från KHSV*	58 420	17 690	57 000	17 220
och som bodde i ordinärt bo- ende	32 240	13 660	31 760	13 460
och som bodde i särskilt bo- ende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS	26 180	4 030	25 240	3 760
Avliden utan insatser från KHSV	22 950	13 350	24 660	13 520

*Kommunal hälso- och sjukvård (KHSV).

Källa: Dödsorsaksregistret, registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019, Socialstyrelsen.

Öppna jämförelser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Under 2019 presenterades den kommunala hälso- och sjukvården för första gången som en egen öppen jämförelse med totalt sju indikatorer.⁷² Resultatet omfattar vård och omsorg vid demenssjukdom, diabetes, stroke och blåsdysfunktion.

Nästan hälften av kommunerna, 49 procent, kan erbjuda en sammanhållen vård och omsorg till personer med demenssjukdom. Drygt hälften, 54 procent, erbjuder multiprofessionella demensteam vilket är en förbättring med 13 procent jämfört med 2018. En fjärdedel av kommunerna kan erbjuda en sammanhållen vård och omsorg till personer med diabetes.

Fler kommuner och stadsdelar erbjuder idag enkel fotundersökning till patienter med diabetes typ 1 och typ 2 i ordinärt och särskilt boende inom den kommunala hälso- och sjukvården, tabell 25. Däremot erbjuder endast 16 procent av den kommunala hälso- och sjukvården i kommuner och stadsdelar enkel fotundersökning inom *samtliga* boendeformer.

Tabell 25. Enkel fotundersökning till personer med diabetes typ 1 och 2

Andel (%) kommuner som erbjuder enkel fotundersökning till personer med diabetes typ 1 och typ 2 inom den kommunala hälso- och sjukvården i socialtjänstens boendeformer, 2017–2019.

Erbjuder enkel fotundersökning inom socialtjänstens boendeformer	2017	2018	2019
Särskilt boende för äldre, permanent särskilt boende	27	24	30
Särskilt boende för äldre, korttidsplats	-	-	27
Bostad med särskild service (SoL)	-	-	21
Bostad med särskild service (LSS)	-	-	23
Ordinärt boende	21	20	26

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, 2017–2019, Socialstyrelsen.

Förekomst av urininkontinens ökar linjärt med stigande ålder. Att identifiera och utreda blåsdysfunktion har betydelse för den enskildes livskvalitet [150–152]. 24 procent av kommunerna och stadsdelarna uppgav 2019 att basal utredning av blåsdysfunktion erbjuds till äldre personer i särskilda boenden och hemsjukvården [93].

23 respektive 24 procent av kommunerna och stadsdelarna uppger att det finns styrdokument för samverkan mellan olika vårdnivåer, och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, för personer med diabetes och blåsdysfunktion inom den kommunala hälso- och sjukvården [93]. När det gäller styrdokument för samverkan inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten för personer med demenssjukdom inom landets kommuner och stadsdelar finns dokumentet i 49 procent av kommuner och stadsdelar.

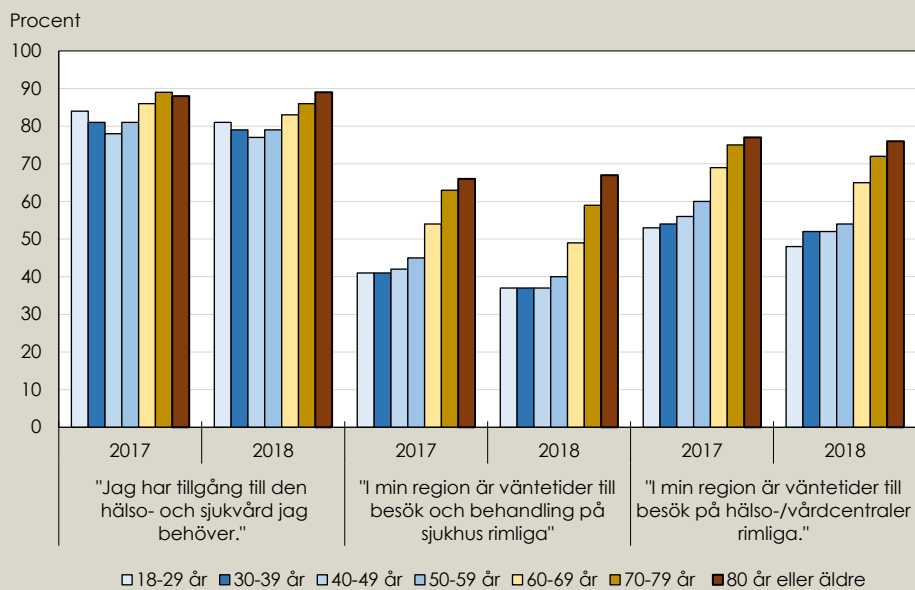
⁷² Socialstyrelsen presenterar resultat för sju indikatorer som bygger på uppgifter från kommunenkäten som skickades till kommunerna under februari–mars 2019. Indikatorerna belyser förutsättningar för kvalitet, och inte nödvändigtvis kvaliteten på själva hälso- och sjukvårdsinsatsen.

Äldre fortsätter vänta länge på landets akutmottagningar

De allra flesta invånare i Sverige anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver, även om andelen har sjunkit något under 2018 jämfört med 2017 visar SKR:s Hälso- och sjukvårdsbarometern [153]. Andelen som anser att väntetiderna till hälso- och vårdcentraler är rimliga ökar med stigande ålder. Bland 18–29-åringar är andelen lägst (48 procent) och bland de som är 80 år eller äldre är andelen högst (76 procent). Andelen instämmande har minskat i samtliga åldersgrupper sedan år 2017, figur 41.

De som är 60 år eller äldre är mer nöjda med tillgången till hälso- och sjukvård jämfört med de som är yngre. Andelen instämmande har sjunkit något i de flesta åldersgrupperna jämfört med 2017. Kvinnor och män uppger i ungefär lika stor utsträckning att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver.

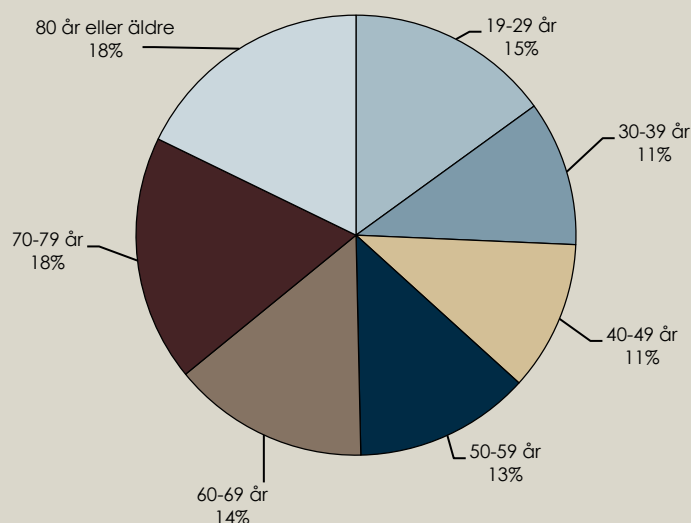
Figur 41. Befolkningens upplevelse av tillgång till och väntetider i hälso- och sjukvården, fördelat på ålder



Socialstyrelsens mätning av vistelsetiden på akutmottagningar för perioden 1 juni 2017 till 31 maj 2018 visar att i riket görs 18 procent av besöken av personer som är 80 år eller äldre, och 18 procent görs av personer 70–79 år, figur 42 [154]. Det innebär att 36 procent av besöken görs av personer 70 år och äldre.

Figur 42. Åldersfördelning i procent av akutbesöken

Åldersfördelning av de patienter 19 år och äldre som besökt en akutmottagning under perioden juni 2017–maj 2018.

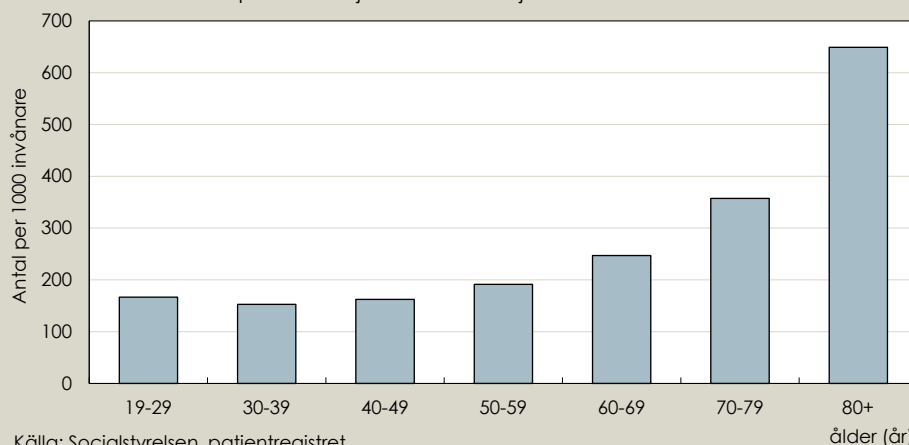


Källa: Socialstyrelsen, patientregistret.

Antalet akutbesök relaterat till befolkningens storlek visar att i åldersgruppen personer från 80 år och äldre görs cirka 650 besök per 1 000 invånare och i gruppen 70–79 år görs cirka 350 besök per 1 000 invånare, figur 43.

Figur 43. Antal akutbesök per 1 000 invånare

Totalt antal besök på akutmottagningar av vuxna patienter i olika åldersgrupper, per 1 000 invånare. Avser perioden 1 juni 2017–31 maj 2018.



Källa: Socialstyrelsen, patientregistret.

Personer 80 eller äldre vistas längre vid akutmottagningarna än övriga patienter. Medianväntetiden var 4 timmar och 10 minuter, jämfört med personer 19–79 år som fick vänta 3 timmar och 55 minuter. Vart tionde besök för patienter som var 80 år eller äldre varade i 8,5 timme eller längre. Medianväntetiden har ökat något (12 minuter) och medianväntetiden för den tiondel av besöken där patienten fick vänta längst har ökat med 27 minuter sedan föregående mätning, som gjordes 1 juni 2016 till 31 maj 2017. Väntetiderna på större akutmottagningar, med fler än 50 000 besök per år, är längre än det totala riksgenomsnittet för samtliga akutmottagningar.

Socialstyrelsen har tidigare visat att ålder utgör en speciell riskfaktor för långa vistelsetider på akutmottagningen [155, 156]. Personer 80 år eller äldre riskerar att få vänta längre på akutmottagningarna bland annat eftersom denna ålderskategori skrivs in i slutenvården oftare än yngre personer. Bristen på vårdplatser leder i sin tur till att patienterna får vänta längre på akuten.

Äldre med hiv

Hiv, humant immunbristvirus, är en diagnos som är relativt ny i samband med åldrande. Dagens effektiva medicinska behandling mot hivinfektion har medfört en betydande minskad sjuklighet och dödlighet hos personer som lever med hiv. Hiv är idag en kronisk sjukdom. De som levt länge med hiv kan ha medicinerat under många år och har sannolikt samsjuklighet associerad med behandlingen [157, 158].

Hiv och åldrande, en global trend

FN-organet UNAIDS, som arbetar globalt mot spridning av hiv och aids, pekar ut hiv och åldrande som en globalt signifikant trend med en allt större andel personer över 50 år som lever med hiv [157]. Denna trend kräver nya strategier vad gäller prevention, testning och behandling. UNAIDS lyfter tre orsaker till att andelen äldre med hiv ökar globalt [157]:

- effektiv behandling, vilket förlänger livet för personer som lever med hiv
- minskande antal fall av hiv bland unga vuxna vilket bidrar till en ökad andel äldre
- människor i åldrarna 50 år och äldre uppvisar många av de riskbeteenden som ses bland yngre.

Aktuell forskning visar att åldersrelaterade sjukdomar utvecklas tidigare bland personer som lever med hiv [159]. Personer med hiv riskerar i högre utsträckning att få åldersrelaterade sjukdomar, som njursjukdom, hjärtkärlsjukdom, olika cancerformer, diabetes, osteoporos (benskörhet) eller depression. De riskerar också att få det tidigare än personer som inte lever med hiv.

Allt fler äldre lever med hiv i Sverige

Äldre personer som lever med hiv i Sverige är en heterogen grupp, där hiv-status och den biologiska påverkan av hiv på åldrandeprocessen är gemensam. Drygt 7 900 personer lever i dag med hiv i Sverige och varje år diagnostiseras cirka 450 personer. Närmare hälften av dem som lever med hiv är 50 år och äldre. I Europa är var sjätte person som blir diagnostiserad med hiv över 50 år, jämfört med en av tio för tio år sedan [160]. Äldre som diagnostiseras med hiv har många gånger en sen diagnos med dåliga värden. Inom vården riskerar symtomen att tolkas som åldersrelaterade snarare än hivrelaterade. Det finns också ett utbredd riskgruppstänkande som inte inbegriper äldre, därför kan det dröja innan de erbjuds ett hivtest i vården.

I Sverige är 58 procent av hivdiagnoserna sena diagnoser, varav 27 procent har sökt sjukvård med hivassocierade symtom utan att hivtest tagits [161].

Uppdaterade kunskaper avgörande för att minska stigma och diskriminering

Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för antiviral terapi (RAV) har under 2019 uppdaterat kunskapsläget och rekommendationerna om smittsamhet [162]. Det innebär att personer som lever med hiv, och som uppfyller kriterierna för välinställd behandling, inte kan överföra hiv till någon annan vid vaginala och anala samlag. Det innebär också att vid de flesta kontakter inom hälso- och sjukvården samt inom tandvården saknas grund för beaktansvärd risk och personalen behöver inte informeras om patienten har en välinställd behandling [162]. Trots alla medicinska framsteg och all tillgänglig kunskap och information finns det fortfarande ett stigma kring sjukdomen. Uppdaterad information om hiv, smittsamhet och behandlingens effekter har inte fått brett genomslag i Sverige. Enligt Folkhälsomyndighetens livskvalitetsstudie bland personer som lever med hiv i Sverige under 2016 uttryckte 38 procent oro för att inte få vård och omsorg under ålderdomen [163].

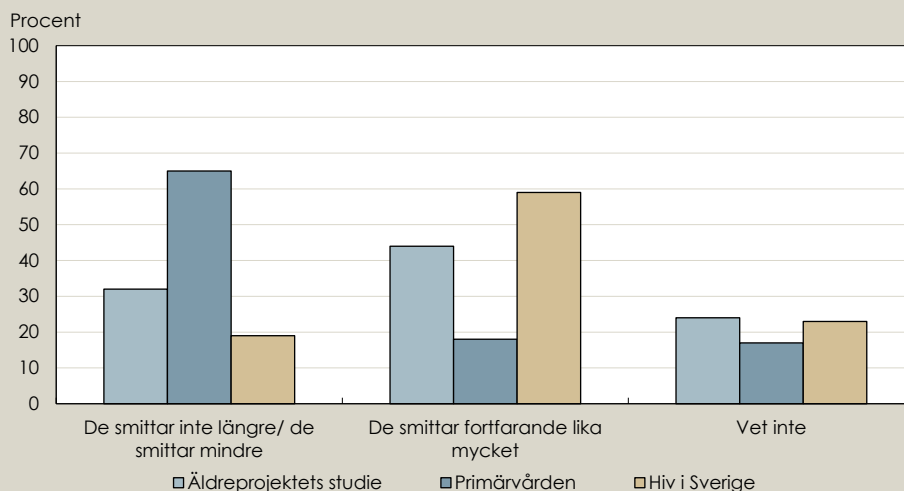
Under 2016–2019 genomfördes Äldreprojektet⁷³ – ett nationellt, treårigt projekt som genom ett målgruppsnära arbete tagit fram kunskapsunderlag att arbeta vidare med angående hiv och åldrande. I projektet framkom en uttalad oro för att åldras med hiv när det gäller bemötande och det medicinska omhändertagandet inom vård och äldreomsorg samt risken för samsjuklighet [164].

Inom ramen för Äldreprojektet har en studie genomförts om hivmedvetenhet i äldre- och funktionshinderomsorgen i Borlänge kommun. Resultatet visar att det behövs en uppdatering av den teoretiska kunskapen bland vårdpersonalen i denna verksamhet. Studien visar att uppdaterad kunskap kring smittsamhet och behandlad hiv inte har fått genomslag. Det är fortfarande många som antingen inte vet om behandlad hiv är smittsam eller inte, eller tror att behandlad hiv är lika smittsam som obehandlad, figur 44.

⁷³ Äldreprojektet är ett nationellt, treårigt projekt, 2016–2019 finansierat med medel ur Arvsfonden med Hiv-Sverige som huvudman. <https://www.hiv-sverige.se>

Figur 44. Äldreprojektets studie i jämförelse med Hiv-kunskaper och attityder inom primärvården* och Hiv i Sverige**

Fråga: Vad tror du detta har för betydelse för smittsamheten hos de som tar medicinerna?



Källa: * Hall I.E., Plantin L. (2017). Hiv - kunskaper och attityder inom primärvården. Malmö. Malmö universitet, Fakulteten för hälsa och samhälle.

** Folkhälsomyndigheten (2013). Hiv i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987–2011.

Vidare visar studien att vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen har otillräckliga kunskaper om hiv, men en relativt positiv attityd gentemot personer som lever med hiv. Kunskap är en färskvara och med uppdaterade kunskaper kan fördomar och felaktiga föreställningar minska och bidra till en normalisering av hiv, utan att förringa allvaret i diagnosen.

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 kapitlet belyser Socialstyrelsen tillgängligheten till vård och omsorg för personer 65 år och äldre med fokus på bland annat välfärdsteknik och boende.

Sammanfattande iakttagelser

- Användningen av välfärdsteknik har ökat. Inom äldreomsorgen har kommunerna dragit störst nytta av välfärdstekniken. Den största ökningen har skett inom GPS-larm till äldre och personer med funktionsnedsättningar samt nattillsyn med digital teknik. Utvecklingen är ojämn och de flesta kommuner gör test- och pilotprojekt med välfärdsteknik. Den teknik som flest kommuner arbetar med är elektroniska planeringsverktyg för hemtjänsten, vårdplanering med video, trygghetskameror och GPS-larm.
- Äldre får ofta vänta relativt länge på att flytta till ett särskilt boende. Väntetiden till särskilt boende efter bostadsbeslut har ökat med 14 dagar 2018–2019 och ligger på 67 dagar. Kvinnor får vänta i genomsnitt 3 dagar längre än män.
- Medianvårdtiden i särskilt boende varierar mellan kommuner. Medianvårdtiden för riket är 24 månader. En längre medianvårdtid innebär i regel att fler platser krävs på särskilda boenden eftersom de äldre bor där en längre tid.

Strategisk plan för omställning mot en god och nära vård

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ta fram en flerårig plan för hur myndigheten kan stödja omställningen mot en god och nära vård [165]. Utgångspunkten för planen är den målbild och färdplan som tagits fram av utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* (SOU 2018:39):

”Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.”⁷⁴

Socialstyrelsen har identifierat några viktiga utvecklingsområden och gett förslag på insatser som myndigheten kan bidra med:

- God och nära vård
- Samordnad vård och omsorg

⁷⁴ SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform, s. 281.

- Främja hälsa och förebygga ohälsa
- Patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- Primärvården i regionen är navet i vården och omsorgen
- Kompetensförsörjning
- Vision e-hälsa 2025

Den strategiska planen omfattar all nära vård oavsett om det är kommunen eller regionen som är huvudman. De insatser som Socialstyrelsen föreslår i planen är

- kunskapsstöd med fokus på primärvård, juridiska stöd och andra stöd för att utveckla samverkan mellan huvudmän och vårdgivare,
- analyser av hur digitaliseringen kan användas för att stödja en god och nära vård och stärka patientens delaktighet
- stöd för att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Planen innehåller även förslag till insatser för att stärka kompetensförsörjningen i den nära vården och stödja genomförandet av vision e-hälsa.

Genomförandet kommer att kräva ett nära samarbete med Sveriges kommuner och regioner och partnerskapen för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården respektive inom socialtjänsten [165].

E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) publicerade 2018 rapporten ”Going Digital in Sweden” [166]. I rapporten konstateras att Sverige är ett av de ledande länderna i OECD när det gäller spridning och användning av digitala tekniker. Tillgången till bredband är bland de bästa i OECD. En stor andel av befolkningen och företagen har tillgång till internet och använder detta frekvent. Det är mindre skillnader i internetanvändning beroende på ålder, utbildning, inkomst och företagens storlek än i de flesta andra länder. Det finns utrymme för utveckling inom en rad områden, exempelvis användning bland personer med lägre inkomster och lägre utbildning, eller att förbättra av digital offentlig service i glesbygd genom förstärkt kapacitet på lokal nivå och bygga på existerande initiativ under ”Digital first”-policyn.

European Parliamentary Technology Assessment (EPTA) publicerade under 2019 en rapport om teknikanvändning inom äldreomsorgen i Europa och några andra länder [167]. I rapporten exemplifieras några typer av teknik som kan komma till användning i äldreomsorgen, så som vård och omsorg på distans, välfärdsteknik och hjälpmedel som kan underlätta för den enskilde i vardagen och robotiserad teknologi som kan ge större självständighet. Robotar kan användas för såväl assistans i vardagen som sällskap för att motverka upplevd ensamhet.

EPTA-rapporten beskriver också utmaningar med teknikanvändning i äldreomsorgen. Bland annat att det krävs tillgång till internetanslutning för många typer av välfärdsteknik och kommunikationshjälpmedel, och att digital omognad kan vara en utmaning. Äldre personer kan ha svårare att ta till

sig nya tekniker. En annan utmaning kan vara att förlita sig på digitalt stöd som kan leda till ytterligare ensamhet bland äldre, eftersom kvaliteten på de sociala kontakterna kan minska med ökad teknikanvändning. Detta kan leda till ökad ensamhet och isolering för äldre personer. Investeringskostnaderna kan också bli ett hinder. Det kan behövas nya finansieringsmodeller för att säkra införande och drift med hjälp av digital teknik i hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Vidare är informationssäkerhet och integritet alltid en utmaning i digitaliseringen av vården och omsorgen [167].

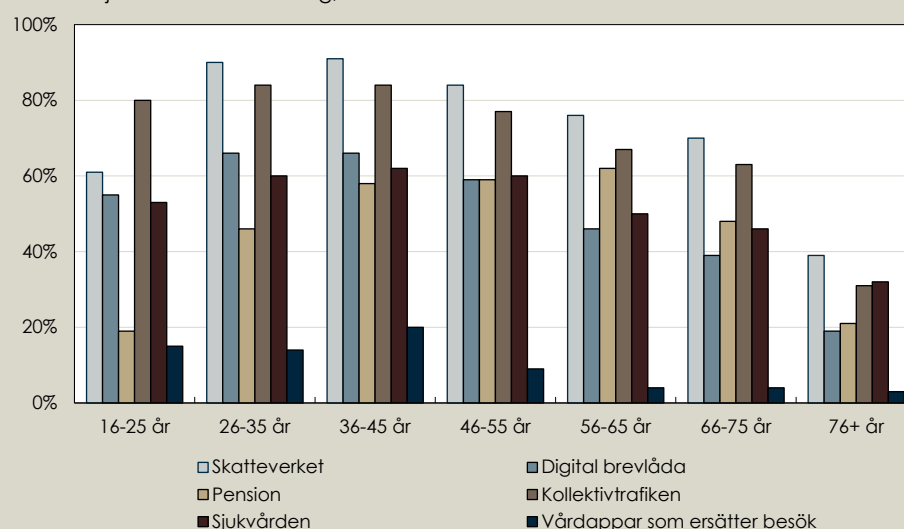
Utmaningar för äldre med teknikanvändning

Stor betydelse för vårdens och omsorgens kommande utmaningar har frågan om äldres utanförskap, och i så fall om utanförskapet ökar eller minskar. Anledningarna till att vissa grupper exkluderas från samhället kan vara många. Den som exempelvis förstår och klarar av att delta i samhället och dess situationer kommer med hög sannolikhet också att kunna klara sig själv och vara självständig längre än de som inte förstår hur samhället och dess krav fungerar. Digitalisering av samhället är ett område där utvecklingen går snabbt och där många äldre riskerar att hamna bredvid.

Dock brukar ny teknik i form av välfärdsteknik lyftas fram som en lösning på kommande utmaningar. Om perspektivet begränsas till de äldre personernas möjlighet att själva använda ny teknik för att klara sig mer självständigt så går det att hitta svårigheter. Ny teknik kan å ena sidan underlätta att exempelvis ha kontakt med läkare, handla hem mat, få påminnelser om vad man ska göra idag eller betala räkningar utan att besöka banken. Å andra sidan, kan tekniken lika effektivt utestänga och göra många äldre än mer beroende av stöd och hjälp. Den som inte kan hantera eller förstå hur tekniken fungerar kan behöva tidig hjälp. Nedanstående figur är hämtad från rapporten *Svenskarna och internet* [168].

Figur 45. Använder respektive digital samhällstjänst

Andel av befolkningen 16 år eller äldre som använder respektive digital samhällstjänst. Åldersfördelning, år 2019.



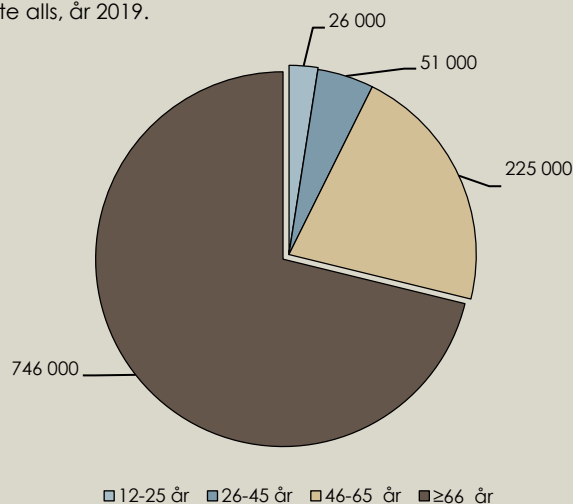
Källa: Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2019.

Ett skäl till att många äldre inte kan hantera tekniken är att de inte längre arbetar och därför delvis går miste om kunskap som om ny teknik många yrkesverksamma måste behärska. Ett annat skäl är att många äldre drabbas av kognitiva funktionsnedsättningar som gör det svårare att lära sig nya saker eller klara av det som är abstrakt. Hit hör till exempel att ta en nummerlapp i stället för att stå i en kö och själv skanna varorna i en butik i stället för att använda en kassa med personal. I vissa avseenden ställer samhället allt högre krav på både ny kunskap och kognitiv färdighet – därmed riskerar många att i förtid hamna bredvid och tidigt behöva hjälp med sådant som tidigare var enkelt – som att handla, betala räkningar, beställa en tågbiljett eller åka buss.

Figuren nedan visar att det är bland äldre som internet inte används lika självklart och kontinuerligt i vardagen.

Figur 46. Personer som inte använder internet dagligen eller inte alls

Åldersfördelning (antal) av personer 12 år och äldre som inte använder internet dagligen eller inte alls, år 2019.



Källa: Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2019.

Även om de äldre i åldersgruppen 66 – 75 år enligt rapporten allt mer börjar använda internet och digitala tjänster så är det många som inte gör det. När de äldre har kommit ikapp finns också risken att samhället har utvecklats i ännu någon riktning där de äldre hamnar bredvid. Inom exempelvis demensvården har denna utveckling uppmärksamats och man börjar tala om behovet av ett demensvänligt samhälle, alltså ett samhälle som utvecklas så att alla – även personer med en demenssjukdom och andra kognitiva funktionsnedsättningar – kan vara med [169, 170].

Utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Resultaten från Socialstyrelsens uppföljning i kommunerna angående e-hälsa och välfärdsteknik visar en ökad användning av digital teknik inom de flesta områden som undersökts [171]. Enkäten från 2019 visar att:

- Det är en mindre andel av kommunerna som har infört e-tjänster. De tjänster som ökar är webbaserade biståndsansökningar inom äldreomsorgen,

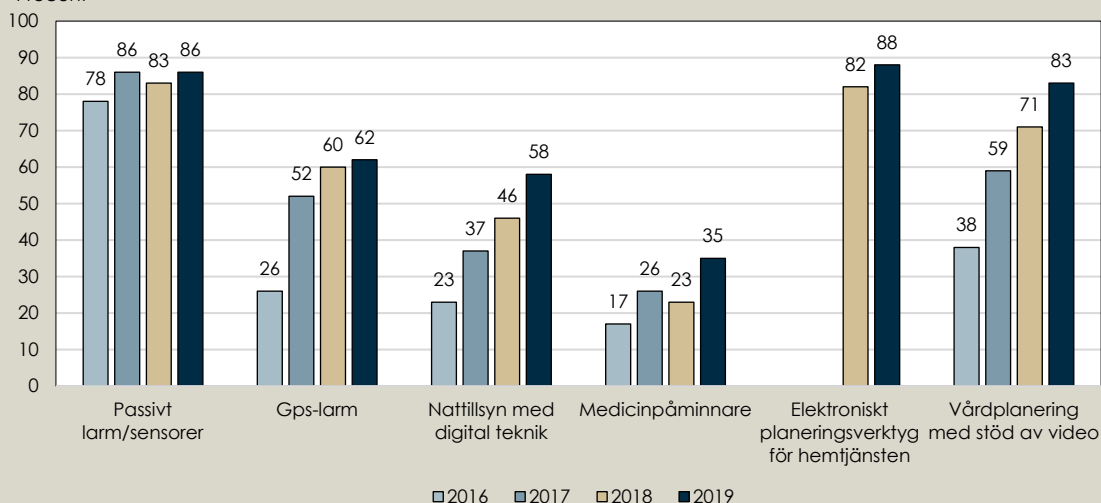
inom funktionshinderområdet och inom ekonomiskt bistånd. Sedan 2014 har andelen kommuner som har webbaserade ansökningar inom äldreomsorgen ökat från 7 till 27 procent 2019.

- Användningen av välfärdsteknik ökar. De vanligaste formerna av välfärdsteknik, förutom trygghetslarmen, är passiva larm och sensorer. Stöd till personalen i form av elektroniska planeringsverktyg och möjligheter att hålla vårdplaneringsmöten med hjälp av video finns i många kommuner.
- Jämfört med utvecklingen av annan välfärdsteknik inom socialtjänsten har digitaliseringen av trygghetslarm gått snabbt. I januari 2019 var 91 procent av alla trygghetslarm digitala mot 14 procent 2014..
- Användningen av Nationell patientöversikt (NPÖ) ökar. I januari 2019 hade 272 kommuner anslutit sig så att de kunde ta del av uppgifter, men endast 23 kommuner kunde dela uppgifter. NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med personens samtycke dela och ta del av journalinformation som registrerats hos regioner, kommuner eller privata vårdgivare.
- En begränsad andel av socialtjänstens personal har tillgång till säkra inloggningsmöjligheter i kommunernas verksamhetssystem.
- Andelen personal som kan läsa och dokumentera i verksamhetssystemen mobilt ökar. Inom hemtjänsten var det i januari 2019 i 50 procent av kommunerna som all hemtjänstpersonal kunde läsa mobilt i verksamhetssystemen. I 43 procent av kommunerna kunde all hemtjänstpersonal dokumentera mobilt.
- Vissa former av välfärdsteknik har utvecklats snabbt. Det är framför allt inom äldreomsorgen som kommunerna har dragit nytta av tekniken och där går det att se en snabbare utveckling än inom andra verksamhetsområden. Av figur 47 framgår utvecklingen sedan 2016. Den största ökningen har skett av andelen kommuner som erbjuder GPS-larm till äldre och till personer med funktionsnedsättningar och nattillsyn med digital teknik. Här har andelen kommuner mer än fördubblats 2016–2019. Det är dock ett begränsat antal personer som får del av tekniken. År 2019 var det cirka 1 000 personer som hade beviljats ett GPS-larm och cirka 1 300 personer som hade digital nattillsyn. Även vårdplanering med video har ökat kraftigt. Totalt 26 procent av kommunerna har angett att de har andra typer av välfärdsteknik än de som Socialstyrelsen frågade om i enkäten. Det handlar exempelvis om e-signering av läkemedel, digitala medicinskåp, robotkatter, inkontinenssensorer, upplevelsecykel, duschrobotar eller distansmöten.

Fiur 47. Utvecklingaen av välfärdsteknik i ordinärt boende

Andel (%) kommuner som erbjuder välfärdsteknik i ordinärt boende, 2016–2019.

Procent



Källa: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen ställde i enkäten till kommunerna frågan om särskilda boenden för äldre har tillgång till internet via wifi eller fiberuppkoppling. Det var 74 procent av kommunerna som uppgav att de gav denna möjlighet i minst ett boende. I Kommun- och regionsdatabasen, Kolada,⁷⁵ redovisas uppgifter om andelen boendeplatser i särskilda boenden där den äldre har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten. Uppgifter från 2018 visar att 53 procent av boendeplatserna i landet ger möjlighet till detta. Vidare var det 75 procent av kommunerna som uppgav att de gav möjlighet till internetuppkoppling i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar.

Socialtjänstinsatserna till äldre personer

Kommunernas ansvar innebär att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till insatser av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och 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.

Sedan 2010 minskade andelen personer med äldreomsorg i samtliga insatsformer, tabell 26. Minskningen av särskilt boende borde öka behoven av hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet, men så är inte fallet. Det innebär att insatsen hemtjänst minskar trots att andelen personer 80 år och äldre som tidigare bodde i särskilt boende men som nu bor längre tid i ordinärt boende ökat.

⁷⁵ Kommun- och regionsdatabasen (Kolada) är en databas med uppgifter om kommunernas och regionens verksamheter från år till år. Den ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Svenska staten och SKR är föreningens medlemmar.

För personer 65 år och äldre var 16,6 procent av hemtjänsten i ordinärt boende i enskild regi⁷⁶ 2019, jämfört med 15,5 procent 2010. Ungefär en femtedel av särskilda boenden var i enskild regi 2019, vilket är på samma nivå som 2010 [172].

Tabell 26. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen*

Andel (%) personer 65 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, 2010–2019.

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	3,6	5,3	0,7	0,8	0,7	0,8	0,6	0,7
2011	11,2	6,6	9,1	6,4	3,4	5,1	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7
2012	11,0	6,6	9,0	6,1	3,3	4,8	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5	0,6
2014	10,4	6,1	8,4	5,4	2,9	4,3	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
2015	10,5	6,2	8,5	5,3	2,9	4,2	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
2016	10,2	6,2	8,4	5,3	2,9	4,2	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
2017	10,1	6,2	8,3	5,2	2,9	4,1	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
2018	10,1	6,2	8,3	5,1	2,9	4,0	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
2019	10,1	6,3	8,3	4,9	2,8	4,0	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	0,5

* För åren 2010–2012 räknas antalet personer med beviljad insats följande mätdatum 2010-11-01, 2011-10-01, och 2012-10-01. Från och med år 2013 räknas antalet personer med pågående insats den 31 oktober. För alla år delas sedan antalet brukare över totalbefolkningen i samma ålder den 1 november samma år (SCB Matris BE0101A9). Till totalbefolkningen räknas bara de kommuner som rapporterat för den aktuella perioden.

Tidseriebrott år 2013; innan mättes beviljade insatser, sedan år 2013 mäts beviljade och verkställda insatser.

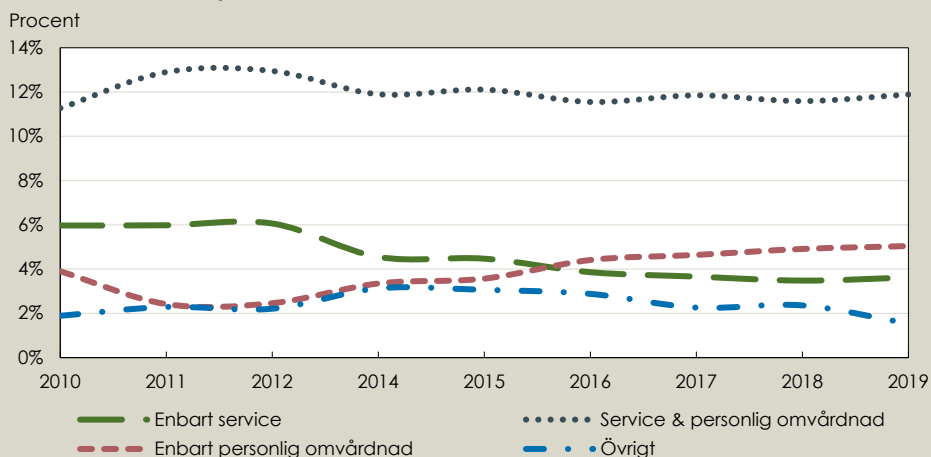
Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen samt Befolkningsregistret, SCB.

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, figur 48. Jämförelsen visar att andelen personer med enbart service minskat, samtidigt som det skett en liten förskjutning mot personlig omvårdnad. Parallellt har andelen med enbart trygghetslarm eller matdistribution ökat.

⁷⁶ Enskild regi – vård och omsorg som kommunen har det yttersta ansvaret för, men som utförs av annan än kommunen, t.ex. bolag (inkl. kommunala bolag), stiftelse eller kooperativ, på uppdrag av och mot ersättning av kommunen eller som kommunen köper platser i särskilt boende av.

Kommunal regi – vård och omsorg som utförs i huvudsak av kommunalt anställd personal.

Figur 48. Andel (%) olika typer av insatser bland personer 80 år och äldre med hemtjänst mellan 2010 och 2018*



* För åren 2010-2012 räknas antalet personer med beviljad insats följande mät datum 2010-11-01, 2011-10-01, och 2012-10-01. Från och med år 2013 räknas antalet personer med pågående insats den 31 oktober. För alla år delas sedan antalet brukare över totalbefolkningen i samma ålder den 1 november samma år (SCB Matris BE0101A9). Till totalbefolkningen räknas bara de kommuner som rapporterat för aktuell period.

Tidsseriebrott år 2013; innan mättes beviljade insatser, sedan år 2013 mäts beviljade och verkställda insatser.

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

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 RUT-tjänster, får hjälpen via närstående eller väljer att inte ansöka om hjälp alternativt får avslag när det gäller små och tidiga insatser. (Läs mer i avsnittet *Stora utmaningar för vården och omsorgen*.)

Allt fler bor kvar i hemmet

Allt fler personer bor kvar i hemmet högre upp i åldrarna än tidigare. Detta är ett resultat av den förbättrade hälsan och funktionsförmågan bland äldre, och en medveten politik från samhällets sida att styra över vårdresurser från olika former av institutionsboenden till möjligheter att bo kvar i hemmet. Detta har skett genom att hemtjänsten utökas, men också genom att alltmer förlita sig på ett ökat stöd från närstående.

Andelen äldre med hemtjänst minskar, men antalet ökar. Andelen äldre med hemtjänst minskade från 9,1 procent 2010 till 8,3 procent 2019, tabell 26. Dock har antalet personer med hemtjänst ökat från knappt 160 000 år 2010 till drygt 172 000 personer år 2019. Att det är fler personer som får hemtjänstinsatser 2019 än 2010 beror på att antalet personer 65 och äldre har ökat från 1 751 080 år 2010 till 2 075 400 år 2019.

Allt fler personer med större behov av vård och omsorg bor kvar i hemmet, vilket har påverkat utvecklingen av den kommunala hemsjukvården. (Se även tidigare avsnitt *Kommunal hälso- och sjukvård*).

Färre äldre bor i särskilt boende

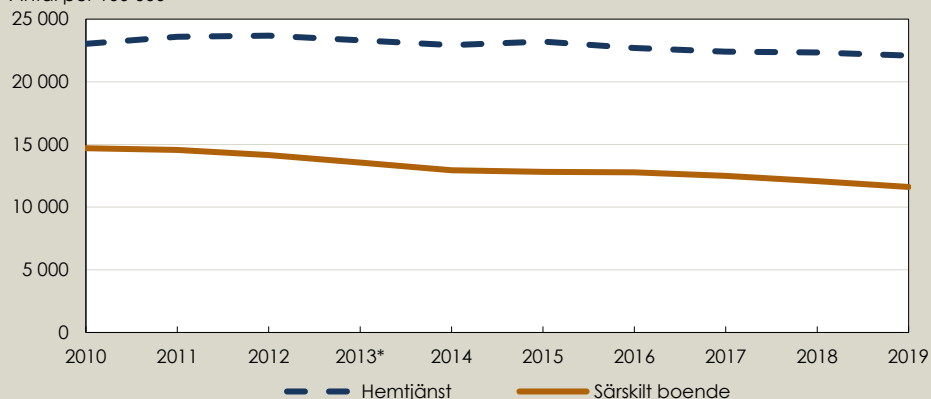
Kommunerna har enligt socialtjänstlagen ansvar för att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre människor som behöver särskilt stöd i vardagen. Den service och omvårdnad som behövs varierar beroende på den enskildes vårdbehov. Det har pågått en utveckling under lång tid mot att allt färre bor i äldreboende samtidigt som allt fler bor kvar i det egna hemmet och får hemtjänst.

Andelen äldre som bor på särskilt boende minskade från 5,3 procent 2010 till 4 procent 2019, tabell 26. 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 49 att antalet personer 80 år och äldre med beslut om särskilt boende fortsätter minska, sett till den ökande äldre befolkningen.

Figur 49. Utveckling av äldreomsorgens insatser

Andel personer i särskilt boende och med hemtjänstinsatser, 80 år och äldre mellan åren 2010–2019.

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.

Att andelen personer 80 år och äldre i särskilt boende minskar över en tioårsperiod, kan bero på att människor lever längre och håller sig friskare längre. Det ställer inte bara krav på kunskap och samverkan hos vård- och omsorgspersonal utan även på boende. (Se även tidigare avsnitt *Stora utmaningar för vården och omsorgen*.)

Tiden mellan beslut och verkställighet ökar

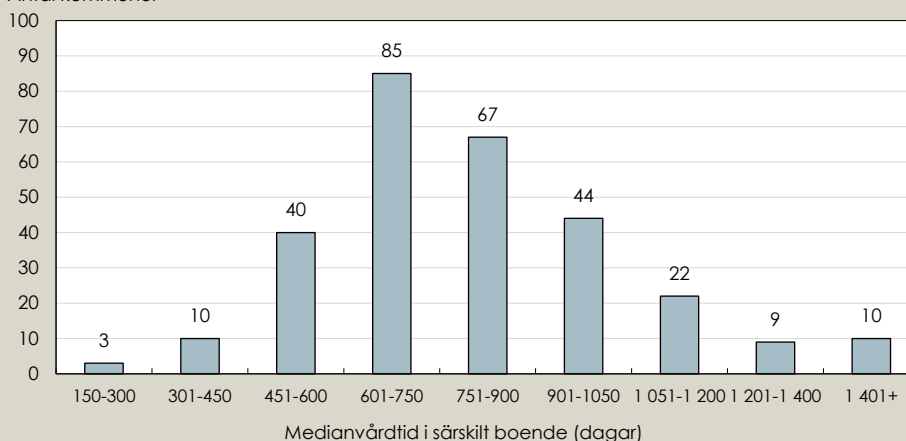
Den som beviljats ett särskilt boende ska inte behöva vänta för länge på erbjudande om att få plats på ett boende. En lång väntan kan få negativa konsekvenser för den äldres hälsa och även påverka de närstående negativt. Kommunerna har en skyldighet att, enligt SoL, omedelbart verkställa gynnande biståndsbeslut. IVO kan utkräva en särskild avgift från kommunen om väntetiden är oskäligt lång.

Under 2018 fick IVO in cirka 4 300 ärenden⁷⁷ av typen *ej verkställda beslut* där den äldre fått vänta mer än tre månader för att få plats på ett boende där hen faktiskt kan tänka sig att bo [42]. I drygt 40 procent av de ärenden som IVO har avslutat under 2018 har den äldre personens nekande till en beviljad plats bidragit till långa väntetider. Under 2018 var medianväntetiden fem månader.⁷⁸ Samtidigt är medianvårdtiden på ett särskilt boende ungefär två år, figur 50.

Figur 50. Medianvårdtid i särskilt boende

Medianvårdtid i särskilt boende, antal dagar, 2018.

Antal kommuner



Källa: Kolada.

Medianvårdtiden i särskilt boende varierar mellan kommuner. En längre medianvårdtid innebär i regel att fler platser krävs på särskilt boende eftersom de äldre bor där en längre tid. De tre kommunerna med kortast tid har en medianvårdtid på 150–300 dagar, figur 50. I de kommunerna med längst medianvårdtid är den över 1 401 dagar. De flesta kommuner har en medianvårdtid på 601–750 dagar. Medianvårdtiden för riket är 720 dagar.

Väntetiden till särskilt boende har ökat med 14 dagar 2018–2019 och ligger på 67 dagar, figur 51. Spridningen mellan kommunerna har varit stor. År 2019 rapporterade Bodens kommun flest dagar av samtliga kommuner i undersökningen. Där fick en person vänta 250 dagar på att få ett erbjudande om inflyttning, efter att kommunen beviljat ansökan om särskilt boende. Sedan 2015 finns information om väntetider könsuppdelad. År 2015–2019 fick kvinnor i genomsnitt vänta 60 dagar jämfört med 57 dagar för män.

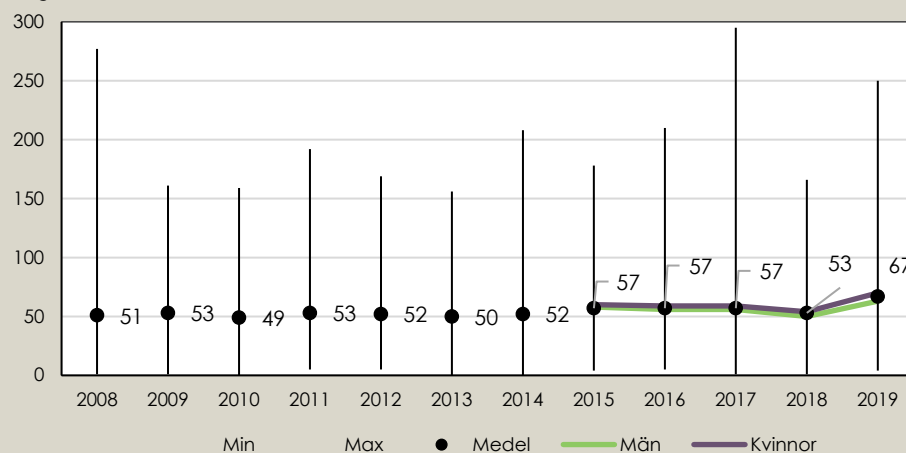
⁷⁷ Antal ärenden motsvarar i princip lika många individer.

⁷⁸ Medianväntetiden till särskilt boende är beräknad utifrån alla ärenden som har avslutats under 2018.

Figur 51. Väntetid från beslut om särskilt boende till erbjudande om inflyttning

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde. Riket samt spridning, år 2008–2019.

Dagar



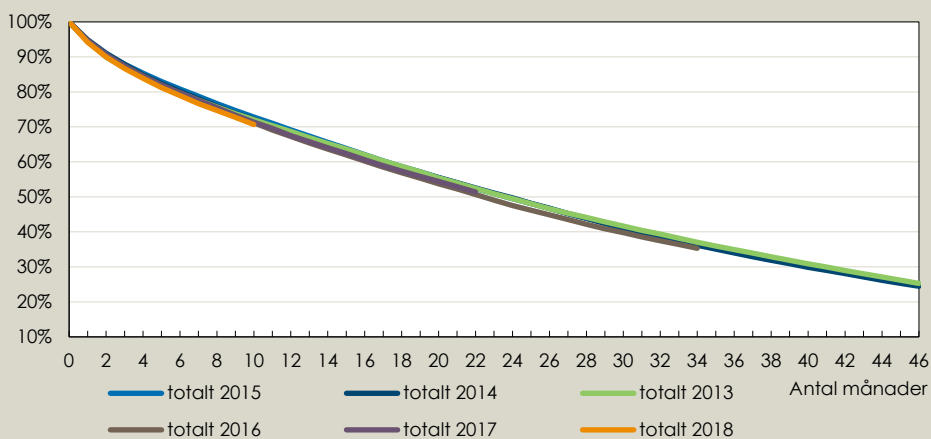
Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2020-01-28.

Ett halvt år efter inflyttningen till särskilt boende har i genomsnitt 20 procent av de nyinflyttade avlidit oavsett inflyttningsår (figur 52), 24 procent av männen och 18 procent av kvinnorna.

Figur 52. Vistelsetid på särskilt boende efter inträdesår

Andel (%) personer, 65 år och äldre, som flyttade in på särskilt boende under 2013–2018 som bor kvar, redovisat på antalet månader sedan inflyttning.

Procent

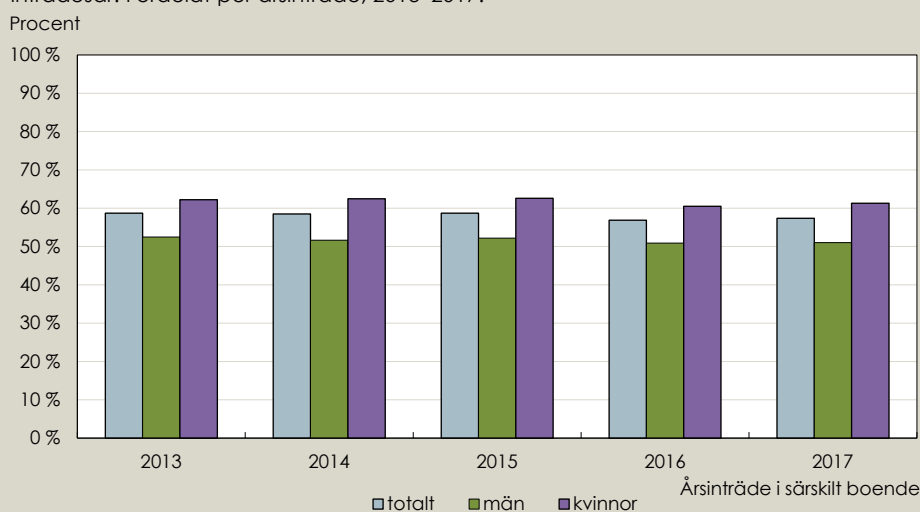


Källa: Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Arton månader efter inflyttningen bor 51 procent av männen och 61 procent av kvinnorna kvar på särskilt boende 2017, figur 53.

Figur 53. Vistelsetid på särskilt boende efter 18 månader

Andel (%) personer 65 år och äldre, som bor kvar på särskilt boende 18 månader efter inträdesår. Fördelat per årsinträde, 2013–2017.



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

I förhållande till de äldres behov och återstående livslängd får de vänta relativt länge på att flytta till ett särskilt boende. Äldre har ofta en hög ålder och en sviktande hälsa när de vill flytta. IVO har sett i sina ärenden att de äldre ibland avlider innan de får plats på ett boende där de vill bo, eller att de är så pass sjuka att de inte kan flytta när det väl är dags [42]. Deras behov av stöd och hjälp tillgodoses då genom ett korttidsboende eller utökade insatser i hemmet.

Bra boendeplanering allt viktigare

Även om andelen äldre ökar så är det stora flertalet allt friskare högre upp i åldrarna. Det är särskilt ökningen av de allra äldsta, de över 85 år, som påverkar vårdbehovet. Det faktum att medellivslängden under större delen av 1900-talet har ökat gör att de äldre blir ännu äldre, och även om de är friskare gör den ökande åldern att hälsotillståndet successivt försämras. Idag finns ett mycket begränsat utbud av bostäder och boendemiljöer som är väl anpassade till den äldre människans behov. Det finns brister i tillgänglighet inom det ordinarie bostadsbeståndet och ett antal kommuner saknar platser i särskilt boende [173]. Det kan öka en inlåsnings effekt för de äldre som vill flytta.

För att kunna erbjuda äldre personer bra boende krävs det att kommunen har en bra boendeplanering. Det handlar om att analysera och bedöma vilka förändringar som behövs i bostadsbeståndet till följd av hur kraven och önskemålen från befolkningen kommer att utvecklas. Ett bra underlag är avgörande för kvaliteten i planeringen. Att följa och analysera hur befolkningen förändras över tid är viktigt, men det handlar också om att inventera det nuvarande bostadsbeståndet och skaffa sig en bild av hur olika hushåll bor idag.

Underskott på särskilda boendeformer för äldre har ökat

Boverket genomför årligen en bostadsmarknadsenkät som speglar kommunernas bedömning av utvecklingen på den lokala bostadsmarknaden [173]. I 2019 års enkät uppger 268 kommuner att det finns drygt 86 000 bostäder som är klassade som särskilda boendeformer för äldre. Det finns fler bostäder i de kommuner som inte har uppgett något antal bostäder, vilket innebär att det faktiska antalet är större än drygt 86 000. De kommuner som uppger att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre har ökat från 116 till 127 kommuner. Antalet kommuner som bedömer att de har balans i utbudet av särskilda boendeformer för äldre har minskat med nio kommuner sedan 2018.

Tidigare har läget ofta varit bättre i kommuner utanför storstadsområdena och med litet invånarantal, men under senare år har underskottet spridit sig relativt jämnt, runt 40 procent, till samtliga kommuntyper. I Storstockholm uppger ungefär hälften av kommunerna att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. 70 procent av kommunerna bland högskoleorter med färre än 75 000 invånare uppger att det saknas tillräckligt med särskilda boendeformer.

Totalt 64 procent av de kommuner som har besvarat frågan bedömer att behovet av särskilda boendeformer kommer att vara täckt om två år. På fem års sikt räknar 71 procent av kommunerna med att behovet av denna boendeform kommer att vara täckt [173].

Kommunerna i gruppen ”övriga kommuner med mindre än 25 000 invånare” är de som planerar för flest bostäder. De förväntar sig påbörja cirka 1 800 bostäder under de närmaste två åren. Kommungruppen omfattar 60 procent av landets kommuner, men 20 procent av landets befolkning. Den här kommungruppen har en äldre befolkning än vad storstadsområdena och högskolekommunerna har.

Biståndsbedömt trygghetsboende

En ny biståndsbedömd särskild boendeform infördes i april 2019, biståndsbedömt trygghetsboende för äldre [174]. Insatsen syftar till att öka tryggheten för äldre personer som inte är trygga med att bo kvar hemma. Målgruppen behöver inte vård och omsorg dygnet runt, utan insatsen syftar till att bryta isoleringen och öka tryggheten genom bland annat gemensamma måltider och aktiviteter.

Den 31 december 2019 hade det till IVO kommit in åtta ansökningar om tillstånd för biståndsbedömt trygghetsboende. En av dessa har fått beslut om bifall och resterande sju utreds fortfarande.⁷⁹

⁷⁹ E-post, IVO. Dnr. 23638/2019.

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. United Nations. World Population Prospects 2017. 2017.
5. SCB. Människorna i Sverige. 2019. Hämtad 2019-12-06 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>
6. Gustafsson, C. Äldre invandras levnadsförhållanden i Sverige [Elektronisk resurs] : En bakgrund inför framtida forskning. Umeå: Umeå universitet; 2016.
7. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
8. Linné, S. Jag förstår inte vad dom säger [Elektronisk resurs] : äldre invandrare i Malmö berättar om vård och omsorg. Malmö: Malmö FoU-enhet för äldre; 2005.
9. På väg mot en god demensvård [Elektronisk resurs] : samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer ; 2003.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 [Elektronisk resurs] : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
12. Svensk kataraktkirurgi. Svensk kataraktkirurgi. Årsrapport 2018: Svensk kataraktkirurgi; 2018.
13. höftprotesregistret, S. Svenska Höftprotesregistret. Årsrapport 2018: Svenska höftprotesregistret; 2019.
14. Kunskapsguidenteman, äldre, tema_folkhälsa. 2020. Hämtad 2020-02-06 från: <https://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/folkhalsa/Sidor/default.aspx>
15. Kunskapsguidenteman, levnadsvanor, vanligaste sjukdomarna hos äldre. 2020. Hämtad 2020-02-06 från: [Äldre/teman/levnadsvanor/vanligaste sjukdomarna hos äldre](https://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/levnadsvanor/vanligaste-sjukdomarna-hos-aldre)
16. Fratiglioni, L. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år [Elektronisk resurs] en systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård : en rapport. Stockholm: Fritze; 2010.

17. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
18. Boverket. Äldres boendekonomi [Elektronisk resurs]; 2018.
19. Pensions at a glance 2019: OECD and G20 indicators. Paris: OECD Publishing; 2019.
20. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. 2019. Hämtad 2019 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
21. Skatteverket. Så här fungerar rot- och rutavdraget. 2020. Hämtad från:
<https://www.skatteverket.se/privat/fastigheterochbostad/rotochrutarbete/saharfungerarrotochrutavdraget.4.d5e04db14b6fef2c866097.html>
22. Jarl, J, Johansson, P, Eriksson, A, Eriksson, M, Gerdtham, UG, Hemstrom, O, et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2008; 9(4):351-60.
23. Lim, SS, Vos, T, Flaxman, AD, Danaei, G, Shibuya, K, Adair-Rohani, H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet (London, England). 2012; 380(9859):2224-60.
24. Agardh, EE, Danielsson, AK, Ramstedt, M, Ledgaard Holm, A, Diderichsen, F, Juel, K, et al. Alcohol-attributed disease burden in four Nordic countries: a comparison using the Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors 2013 study. Addiction (Abingdon, England). 2016; 111(10):1806-13.
25. Guttormsson, U. Befolkningens självrapporterade alkoholvanor 2004–2018 [Elektronisk resurs]; 2019.
26. Socialstyrelsen. Förstudie om behov av stöd till socialtjänsten om äldre med risk- eller missbruk av alkohol. Dnr: 34171/2018: Socialstyrelsen; 2019.
27. Socialstyrelsen. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2017: Socialstyrelsen; 2017.
28. Socialstyrelsen. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Öppna jämförelser 2019: Socialstyrelsen; 2019.
29. SKR. Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
30. Arbetsförmedlingen. Var finns jobben? Bedömning för 2019 och på 5 års sikt: Arbetsförmedlingen; 2019.
31. SCB. Arbetskraftsbarometern. 2019. Hämtad 2019-12-26 från:
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/analyser-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/arbetskraftsbarometern/>

32. Strandell, R. Care workers under pressure - A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. *Health & social care in the community*. 2020; 28(1):137-47.
33. Socialstyrelsen. Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen. Uppföljning av 2015–2018 års medel. 2019.
34. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Social kompetens. Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten: Vårdanalys; 2019.
35. Universitetskanslersämbetet; Socialstyrelsen. Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov; 2019.
36. Socialstyrelsen. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående. Lägesbeskrivning 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
37. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående : lägesbeskrivning 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
38. Sundström, G. Mer familj, mer omsorg. Svenska familjeband under senare år – särskilt 1985-2015: Familjen Först; 2019.
39. Socialstyrelsen. Anhöriga som ger omsorg till närstående: omfattning och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
40. L. Magnusson, E. Sennemark, E. Hanson. Rapport om nationell anhörigstrategi– några konkreta förslag: Nka; 2018.
41. Magnusson, L, al, e. Anhörigskap, anhörigomsorg och anhörigstöd, en nationell kartläggning 2018: Nationellt kompetenscentrum anhöriga; *Manus*.
42. IVO. Vad har IVO sett 2018? [Elektronisk resurs]: Inspektionen för vård och omsorg; 2019.
43. Regeringen. Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Diarienummer: S2019/04223/FST. 2019. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/4ad5d0/contentassets/7594cb6dc150426ea7bb069fdafe9e87/uppdrag-att-ta-fram-ett-underlag-for-en-nationell-strategi-for-anhoriga-som-vardar-eller-stodjer-narstaende-aldre-personer.pdf>
44. 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.
45. 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.
46. SCB. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). 2019. Hämtad 2019-12-06 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/>
47. Lennartsson, C, Agahi, N, Hols-Salen, L, Kelfve, S, Kareholt, I, Lundberg, O, et al. Data resource profile: The Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD). *International journal of epidemiology*. 2014; 43(3):731-8.

48. PRO SKPF SPF Seniorerna. Tillsammans mot ensamhet. 2019. Hämtad från: <https://www.pro.se/tillsammansmotensamhet/>
49. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
50. Folkhälsomyndigheten. Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer [Elektronisk resurs]; 2019.
51. Hegeman, JM, Kok, RM, van der Mast, RC, Giltay, EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2012; 200(4):275-81.
52. Borjesson-Hanson, A, Waern, M, Ostling, S, Gustafson, D, Skoog, I. One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2011; 19(3):284-91.
53. Socialstyrelsen. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamhet och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
54. Socialstyrelsen. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
55. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
56. FORTE. Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre. [Elektronisk resurs]. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2017.
57. Våga tala om psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
58. Folkhälsomyndigheten. Kartläggning av insatser som syftar till att minska stigma om psykisk ohälsa [Elektronisk resurs]; 2019.
59. Adams RJ, Smart P, AS, H. Shades of grey: guidelines for working with the grey literature in systematic reviews for management and organizational studies. *International Journal of Management Reviews*. 2017; 2017; 19(4):432-54.
60. Karolinska institutets universitetsbibliotek. Grå litteratur. Hämtad 2020-02-12 från: <https://kib.ki.se/soka-vardera/gra-litteratur>
61. Karlsson Ingvar, Skoog Ingmar. Psykisk sjukdom hos äldre vanligare än demens. *Lakartidningen*. 2013; 2013;110:CHYE.
62. Fassberg, MM, Cheung, G, Canetto, SS, Erlangsen, A, Lapierre, S, Lindner, R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & mental health*. 2016; 20(2):166-94.
63. Mellqvist Fassberg, M, Ostling, S, Braam, AW, Backman, K, Copeland, JR, Fichter, M, et al. Functional disability and death wishes in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014; 49(9):1475-82.
64. Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

65. Skoog, I. Psychiatric disorders in the elderly. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2011; 56(7):387-97.
66. Gum, AM, King-Kallimanis, B, Kohn, R. Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2009; 17(9):769-81.
67. Andreescu, C, Lee, S. Anxiety Disorders in the Elderly. *Advances in experimental medicine and biology*. 2020; 1191:561-76.
68. Castro-Costa, E, Dewey, M, Stewart, R, Banerjee, S, Huppert, F, Mendonca-Lima, C, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007; 191:393-401.
69. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
70. Byers, AL, Yaffe, K, Covinsky, KE, Friedman, MB, Bruce, ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2010; 67(5):489-96.
71. Preville, M, Boyer, R, Grenier, S, Dube, M, Voyer, P, Punt, R, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2008; 53(12):822-32.
72. Skoog, I, Nilsson, L, Landahl, S, Steen, B. Mental disorders and the use of psychotropic drugs in an 85-year-old urban population. *International psychogeriatrics*. 1993; 5(1):33-48.
73. Wolitzky-Taylor, KB, Castriotta, N, Lenze, EJ, Stanley, MA, Craske, MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and anxiety*. 2010; 27(2):190-211.
74. Åsbrig, N. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Lakartidningen*. 2014; 41:111.
75. Henderson, M, Glozier, N, Holland Elliott, K. Long term sickness absence. *BMJ (Clinical research ed)*. 2005; 330(7495):802-3.
76. Nordstrom, A, Bodlund, O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nordic journal of psychiatry*. 2008; 62(3):250-5.
77. Socialstyrelsen. Vård vid depression och ångestsyndrom: huvudrapport med förbättringsområden: Nationella riktlinjer - utvärdering 2019. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
78. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
79. WHO. Preventing suicide: A global imperative: Genève: World Health Organization; 2014.
80. Organization, WH. Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025; 2017.
81. Demenscentrum, S. Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar. 2016. Hämtad 2016-12-29 från:

- <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Nollvision--for-en-demensvard-utan-tvang-och-begransningar1/>
82. Svenskt Demenscentrum. Om demens för polis och ordningsvakter. 2018.
 83. Molin, K. En bok för dig med demenssjukdom Stockholm: Svenskt Demenscentrum; 2017.
 84. GBD. Global Burden of Disease Compare Data Visualization 2019. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
 85. Socialstyrelsen. Kampanj och stödmaterial för att förhindra fallolyckor - Balansera mera. 2019. Hämtad från: Kampanj och stödmaterial för att förhindra fallolyckor - Balansera mera
 86. Socialstyrelsen. Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor 2019. Hämtad från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/17/Ettfall%C3%B6rteamet-enutbildningomatt%C3%B6rebyggafallolyckor>
 87. Socialstyrelsen. Vård vid rörelseorganens sjukdomar: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 88. Folkhälsomyndigheten. Statistik för influensavaccinationer. 2019. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-influensavaccinationer/>
 89. Folkhälsomyndigheten. Vaccinationstäckning bland personer 65 år och äldre, per region och nationellt, säsongen 2018–2019. 2019. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/fd95add32f77479bac3ca61934527008/vaccinationstackningen-influensa-2018-2019.pdf>
 90. OECD. State of Health in the EU. Sverige. Landprofil hälsa 2017; 2017.
 91. Socialstyrelsen. Utvärdering av vården vid stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 92. Socialstyrelsen. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register.: Socialstyrelsen; 2018.
 93. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2019 – Kommunal hälso- och sjukvård. 2019. Hämtad 2020-01-26 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/kommunal-halso--och-sjukvard/>
 94. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjuk-vård och socialtjänst Socialstyrelsen; 2019.
 95. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2018 - Enhetsundersökningen äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018.
 96. 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). 2019; 38(1):10-47.
97. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
 98. WHO. World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
 99. Bauer, J, Biolo, G, Cederholm, T, Cesari, M, Cruz-Jentoft, AJ, Morley, JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. Journal of the American Medical Directors Association. 2013; 14(8):542-59.
 100. Livsmedelsverket. Bra måltider i äldreomsorgen: Råd för ordinära och särskilda boenden–hemtjänst och äldreboenden; 2018.
 101. Livsmedelsverket. Stor aptit på livet, men mindre på maten? Råd om bra mat för äldre: Livsmedelsverket; 2019.
 102. 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.
 103. Senior alert. Punktprevalensmätningen (PPM) 2019. 2019. Hämtad från: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43943>
 104. 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.
 105. Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
 106. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör Socialstyrelsen; 2012.
 107. Socialstyrelsen. Läkemedel som kan orsaka allvarliga rubbningar i hjärtats rytm. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 108. Regeringen. Uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. S2018/04111/FS (delvis) 2018-07-12:
 109. Socialstyrelsen. Framtagande av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Rapportering av regeringsuppdrag S2018/04111/FS (delvis): Socialstyrelsen; 2020.
 110. WHO. The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. 2019. Hämtad från: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>
 111. Socialstyrelsen. Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 112. Socialstyrelsen. Läkemedelsgenomgångar. En uppföljning och utvärdering av Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar i 11 kap. HSLF-FS 2017:37. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

113. Slawomirski, L, Auraaen, A, Klazinga, N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level: OECD; 2017.
114. WHO. Patient safety. Global action on patient safety. 25 March 2019:A72/26
115. SKL. Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 – december 2018, nationell nivå: SKL; 2019.
116. Socialstyrelsen. Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
117. World Health Organization. Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide: World Health Organization; 2011.
118. SKR. Vårdrelaterade infektioner- kostnader och konsekvenser. En kunskapssammanställning baserad på markörbaserad journalgranskning 2013–2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
119. Ricchizzi, E, Latour, K, Karki, T, Buttazzi, R, Jans, B, Moro, ML, et al. Antimicrobial use in European long-term care facilities: results from the third point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. Euro surveillance : bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin. 2018; 23(46).
120. Suetens, C, Latour, K, Karki, T, Ricchizzi, E, Kinross, P, Moro, ML, et al. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. Euro surveillance : bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin. 2018; 23(46).
121. ECDC. Infographic: Healthcare-associated infections – a threat to patient safety in Europe. 2018. Hämtad 2019-12-13 från: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe>
122. Folkhälsomyndigheten. Infektioner och antibiotika hos äldre på särskilt boende – resultat från Svenska HALT 2018. 2019. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/i/infektioner-och-antibiotika-hos-aldre-pa-sarskilt-boende/?pub=62717>
123. SKR. Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler. 2019. Hämtad från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner.2277.html>
124. IVO. Sammanställning av enskildas klagomål på vården som inkommit till Patientnämnderna 2018: Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2019.
125. Vårdguiden. Tandvård om du har stort omvårdnadsbehov i dagliga livet. 2019. Hämtad 2019-12-12 från: <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/kostnader-och->

- ersattningar-inom-tandvard/tandvard-om-du-har-stort-omvarnadsbehov-i-dagliga-livet/
126. Socialstyrelsen. Statistik om tandhälsa 2018 [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2019.
 127. SKaPa. Årsrapport (SKaPa). Karlstad: Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit; 2018.
 128. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 129. Socialdepartementet. Utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02); 2020.
 130. Fereshtehnejad, SM, Garcia-Ptacek, S, Religa, D, Holmer, J, Buhlin, K, Eriksdotter, M, et al. Dental care utilization in patients with different types of dementia: A longitudinal nationwide study of 58,037 individuals. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2018; 14(1):10-9.
 131. Sjögren, P, Wårdh, I, Zimmerman, M, Gahnberg, L. In manuscript. 2019.
 132. Folktandvården Sverige. Rutin och checklista då äldre patienter ringer återbud till planerat besök. 2017. Hämtad 2019-12-12 från: <http://www.folktandvarden.se/PageFiles/11826726/Klinikrutin%20f%c3%b6r%20att%20f%c3%b6rhindra%20f%c3%b6rlorad%20tandv%c3%a5rdskontakt.pdf>
 133. Catarina Derblom, M-LHG, Pia Gabre. Regelbundna tandvårdsbesök hos sköra äldre – förekomst, hinder och möjligheter. 2016. Hämtad 2019-12-12 från: <http://www.lul.se/Global/FTV/Verksamhet/derblom%20slutversion%20.pdf>
 134. Sveriges Tandläkarförbund. Om sköra äldres munhälsa – insatserna kommer för sent! 2015. Hämtad 2012-12-12 från: <https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/det-ar-for-sent-nar-systemet-tar-vid-rapport-aldre-juni2015-fin-1.pdf>
 135. Johansson, I, Jansson, H, Lindmark, U. Oral Health Status of Older Adults in Sweden Receiving Elder Care: Findings From Nursing Assessments. *Nurs Res*. 2016; 65(3):215-23.
 136. Rantzow, V, Andersson, P, Lindmark, U. Occurrence of oral health problems and planned measures in dependent older people in nursing care. *J Clin Nurs*. 2018; 27(23-24):4381-9.
 137. Socialstyrelsen. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, Slutrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 138. Sveriges Tandläkarförbund. Munnen är allas ansvar! Ett handlingsprogram för sköra äldres munhälsa. 2016. Hämtad 2012-12-12 från: <https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/handlingsprogram-skora-aldre-fin-1.pdf>
 139. Socialstyrelsen. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Delrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

140. Mehl, AE, Ellingsen, OG, Kjeksrud, J, Willumsen, T. Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. *Gerodontology*. 2016; 33(2):233-9.
141. Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet. Vårdförbättring. Forskningsartiklar kring vårdförbättring och en summering av de etiska aspekterna; 2017.
142. Sjogren, P, Wardh, I, Zimmerman, M, Almstahl, A, Wikstrom, M. Oral Care and Mortality in Older Adults with Pneumonia in Hospitals or Nursing Homes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(10):2109-15.
143. Peres, MA, Macpherson, LMD, Weyant, RJ, Daly, B, Venturelli, R, Mathur, MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet (London, England)*. 2019; 394(10194):249-60.
144. Periodontologi, EFO. Parodontit och diabetes – råd till tandvårdspersonal. *Tandläkartidningen*. 2019; 12:52-7.
145. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning: Socialstyrelsen; 2018.
146. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård: lägesrapport 2019. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
147. Socialstyrelsen. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
148. Svenska Palliativregistret. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2018: Svenska Palliativregistret; 2019.
149. Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp [Elektronisk resurs]. 2018.
150. Chen, JS, March, LM, Schwarz, J, Zochling, J, Makaroff, J, Sitoh, YY, et al. A multivariate regression model predicted falls in residents living in intermediate hostel care. *Journal of clinical epidemiology*. 2005; 58(5):503-8.
151. Snowden, MB, Steinman, LE, Bryant, LL, Cherrier, MM, Greenlund, KJ, Leith, KH, et al. Dementia and co-occurring chronic conditions: a systematic literature review to identify what is known and where are the gaps in the evidence? *International journal of geriatric psychiatry*. 2017; 32(4):357-71.
152. Hellström, A-L, Lindehall, B. Uroterapi [Elektronisk resurs]. Lund: Studentlitteratur; 2010.
153. Sveriges Kommuner och Regioner. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018. Befolkningen attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Stockholm: SKR; 2019.
154. Socialstyrelsen. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019.: Socialstyrelsen; 2019.
155. Socialstyrelsen. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården och tandvården: rapport februari 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
156. Socialstyrelsen. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport februari 2017. Stockholm; 2017.
157. UNAIDS. Hiv and aging. A special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.: UNAIDS / JC2563/1/E; 2013.

158. Hall, IE, Plantin, L, Tornberg, J. HIV: kunskaper och attityder inom primärvården. Malmö: Malmö universitet, Fakulteten för hälsa och samhälle; 2017.
159. Aguiar, C, Antela, A, al, e. Going beyond undetectable: a review of the unmet long-term health needs of people living with HIV. *Key Opinions in Medicine*. 2015; 1(2).
160. Tavoschi, L, Gomes Dias, J, Pharris, A. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004-15: an analysis of surveillance data. *The lancet HIV*. 2017; 4(11):e514-e21.
161. Brannstrom, J, Svedhem Johansson, V, Marrone, G, Wendahl, S, Yilmaz, A, Blaxhult, A, et al. Deficiencies in the health care system contribute to a high rate of late HIV diagnosis in Sweden. *HIV medicine*. 2016; 17(6):425-35.
162. Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion [Elektronisk resurs]: Folkhälsomyndigheten; 2019.
163. Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv i Sverige : en studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016.
164. Åberg, L, Castoriano, M. Leva livet : att åldras med hiv. Stockholm: HIV-Sverige; 2018.
165. Socialstyrelsen. Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård: Socialstyrelsen; 2019.
166. OECD. OECD reviews of digital transformation: going digital in Sweden. Paris: OECD Publishing; 2018.
167. EPTA. Technologies in care for older people. Stockholm: European Parliamentary Technology Assessment (EPTA) 2019.
168. Davidsson, P, Palm, M, Melin Mandre, Å. Svenskarna och internet 2018: IIS, Internetstiftelsen i Sverige; 2018.
169. Jönsson, A. En bättre plats att åldras på: Arbete för åldersvänliga städer i Norden. Stockholm: Nordic Centre for Welfare and Social Issues; 2017.
170. Ekman Aldén, M. Ett demensvänligt samhälle. 2016. Hämtad från: <http://www.mfd.se/om-mfd/gd-bloggar/ett-demensvanligt-samhalle/>
171. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
172. Socialstyrelsen. Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2019: Socialstyrelsen; 2020.
173. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten 2019. 2019. Hämtad från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten/>
174. Socialdepartementet. Bistånds bedömt trygghetsbostäder för äldre. Prop. 2017/18:273. 2018. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/06/prop.-201718273/>

Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller

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

Tabell 1a. Kostnader för vård och omsorg om äldre

Miljarder kronor i löpande priser

	Kostnader, miljarder kronor					Andel 2018	Förändring 2014–2018 Miljarder kronor (%)
	2014	2015	2016	2017	2018		
Total kostnad vård och omsorg om äldre	109,2	113,6	117,4	121,7	126,3	100	17,1 (15,7 %)
<i>Årlig förändring</i>	<i>4,1 %</i>	<i>4,0 %</i>	<i>3,3 %</i>	<i>3,7 %</i>	<i>3,8 %</i>		
Verksamhetsområde							
Särskilt boende	62,8	64,5	66,9	69,3	71,8	57	9,0 (14,4 %)
Ordinärt boende	44,9	47,6	48,9	50,7	52,8	42	7,9 (17,6 %)
Hemtjänst	35,6	38,1	39,4	40,9	42,9	34	7,3 (20,4 %)
Korttidsboende	6,4	6,6	6,7	6,7	6,7	5	0,3 (5,3 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	2,9	2,9	2,9	3,2	3,2	3	0,3 (10,4 %)
Öppen verksamhet	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1	0,2 (9,6 %)

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018.

Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020
(artikelnr 2020-3-6603) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se