

Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2022



Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2022

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 978-91-7555-585-0
Artikelnummer 2022-3-7791

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2022

Förord

Socialstyrelsen lämnar varje år lägesrapporter för olika områden inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom vård och omsorg för personer som är 65 år och äldre.

Rapporten har utarbetats av Michaela Prochazka. I projektgruppen har Anders Bergh, Lena Jönsson, Andreas Kroksgård, Martin Lindblom, och Camilla Bucht ingått. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Pandemins påverkan på äldre	7
Säkrare vård och omsorg	8
Risk för ökade bestående skillnader i munhälsa på grund av covid-19-pandemin	8
Inflyttningen till särskilt boende för äldre ökar	9
Användningen av välfärdsteknik och digital kommunikation fortsätter att öka	10
Inledning	12
Rapportens upplägg	12
God vård och omsorg	12
Agenda 2030	12
Datakällor	13
Aktuell utveckling	14
Sammanfattande iakttagelser	14
Demografi	15
Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård	17
Covid-19-pandemin	18
Munhälsa hos äldre	32
Fysisk aktivitet främjar hälsan	38
Pensionärernas inkomster blir allt bättre	44
Resurser för vård och omsorg	47
Sammanfattande iakttagelser	47
Kostnader för kommunernas vård och omsorg för äldre	47
Omställningen till god och nära vård	52
Personal inom vård och omsorg för äldre – utmaningar och möjligheter	53
Kommunal hälso- och sjukvård	59
Sammanfattande iakttagelser	59
Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer	59
Samverkan – information om samordnad individuell plan	62
Det strategiska patientsäkerhetsarbetet och patientmedverkan kan utvecklas	63
Systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling i äldreomsorgen kan utvecklas	64

Kunskapsbaserad vård och omsorg.....	66
Sammanfattande iakttagelser	66
Socialstyrelsens enkätundersökning om kommunal äldreomsorg för nationella minoriteter	67
En bättre vård och omsorg för personer med demenssjukdom	67
Vård av äldre med psykisk sjukdom	72
Ensamhet bland äldre	76
Palliativ vård ger bättre livskvalitet	77
Säker vård och omsorg	83
Sammanfattande iakttagelser	83
Öka kunskap om inträffade vårdskador	84
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	93
Säker vård här och nu	95
Stärka analys, lärande och utveckling	95
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	100
Tillgänglig vård och omsorg	101
Sammanfattande iakttagelser	101
Allmänhetens förtroende för äldreomsorgen.....	101
Socialtjänstinsatser för äldre personer.....	102
Boendesituationen för äldre	112
E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen	113
Rollatorer är det vanligaste hjälpmedlet.....	120
Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller	122
Bilaga 2. Särskild demenspopulation.....	123
Antal bekräftat smittade	123
Antal inskrivna i slutenvård	123
Referenser	125

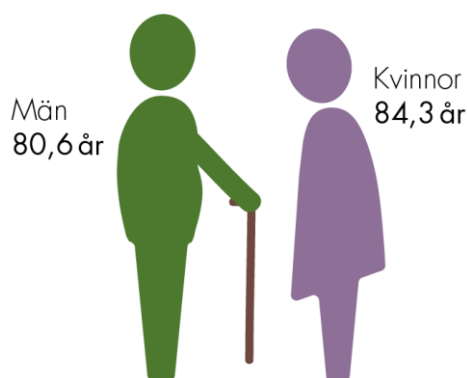
Sammanfattning

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

Pandemins påverkan på äldre

Under pandemin har äldre personer drabbats särskilt hårt av covid-19. Fram till den 10 januari 2022 hade 2 537 män och 3 261 kvinnor över 70 år på särskilt boende för äldre, och 1 975 män och 1 724 kvinnor över 70 år med hemtjänst i ordinärt boende, avlidit i covid-19. Under år 2020 och den första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. Den återstående medellivslängden har stadigt ökat sedan 1970. På grund av många dödsfall bland äldre i covid-19 minskade medellivslängden 2020.

Medellivslängd för kvinnor och män i Sverige, 2020



Covid-19 har inneburit stora utmaningar för samhället och satt kommunernas krisberedskap på prov. Andelen kommuner som år 2020 uppgav att de hade en aktuell kontinuitetsplan för de verksamheter som socialtjänsten bedriver eller ansvarar för och som avser särskilt sårbara grupper var för samtliga verksamheter sedan högre än 2019. Knappt hälften av kommunerna hade aktuella kontinuitetsplaner för särskilt boende för äldre, hemtjänst samt kommunal hälso- och sjukvård. Inom övriga verksamheter var andelen lägre.

Socialstyrelsen har analyserat pandemins eventuella påverkan på vårdkonsumtion hos personer 70 år och äldre. Trots ett upplevt behov avstod en av fem personer från att söka vård under våren 2020. Äldre var den grupp som i störst utsträckning kände oro och undvek att söka vård. Bland personer i åldern 70–84 år var det ungefär 60 procent som angav att de var oroliga för att inte få vård under pandemin.

Under pandemin har många äldre drabbats på olika sätt. De kan ha råkat ut för sjukdom eller förlorat anhöriga, varit isolerade, känt oro och ensamhet. Ensamhet har stor betydelse för enskilda personers livskvalitet. Ökad psykisk ohälsa samt besvär av ensamhet och isolering har uppmärksammats av ett an-

tal kommuner och i flera rapporter som publicerats om pandemins konsekvenser. Kommunerna uttrycker särskilt stark oro för isolering bland äldre som inte bor på äldreboenden, och då specifikt de som bor på landsbygden.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2020 till 135 miljarder kronor, vilket är en ökning med 1,6 procent jämfört med året innan. Särskilt boende för äldre (SÄBO) stod för den största andelen av kostnaden (57 procent) följt av hemtjänst för personer i ordinärt boende (42 procent).

Ökningen beror på att kostnaden per hemtjänsttagare och kostnaden per person på SÄBO har ökat. År 2020 innebar merkostnader till följd av pandemin, vilket är en möjlig förklaring till kostnadsökningarna.

Säkrare vård och omsorg

Under covid-19-pandemin har mycket fokus hamnat på den kommunala hälso- och sjukvårdens viktiga roll i sjukvårdssystemet. Den kommunala vården omfattar allt fler äldre med komplexa vårdbehov. Idag har närmare 90 procent av äldre personer som bor på SÄBO behov av hälso- och sjukvård. Utvecklingen går mot allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser som ställer krav på personalresurser och kompetens och samordnade insatser från flera utförare. Tillgänglighet och kompetens för avancerad vård behöver öka i samma takt. Fler hälso- och sjukvårdsinsatser av legitimerad personal av olika yrkeskategorier som t. ex. sjuksköterskor, läkare, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter behövs i äldreomsorgen. Dock fortsätter antalet specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården att minska. Från 2015 till 2019 hade antalet minskat från 28 till 24 per 100 000 invånare 65 år och äldre. Även antalet sjuksköterskor inom vård och omsorg för äldre har minskat något sedan 2015, men låg ungefär på samma nivå de senaste två åren.

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av kommunernas och regionernas arbete med lokala handlingsplaner för patientsäkerhet och i vilken utsträckning de använder de verktyg som tagits fram för att implementera handlingsplanen. Resultatet visar att av 230 kommuner som svarade hade 145 kommuner inte någon handlingsplan. Enbart 29 kommuner hade en handlingsplan för patientsäkerhet och därutöver hade 56 kommuner ett beslut att ta fram en handlingsplan. Majoriteten av dessa kommuner svarade att de hade utgått från den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet i sitt arbete.

Risk för ökade bestående skillnader i munhälsa på grund av covid-19-pandemin

Tandvården har påverkats av covid-19-pandemin på flera sätt, visar Socialstyrelsens analyser. Tandvårdsbesöken minskade i alla åldersgrupper under pandemins första månader, och särskilt bland äldre personer med sämre munhälsa. Därmed finns risk för uppdämda tandvårdsbehov hos de grupper som behövde mycket tandvård redan före pandemin. Det uppdämda tandvårdsbehovet som troligen har uppstått under pandemin gör att det är extra viktigt att

tandvården erbjuder olika insatser för vuxna som behöver särskilt stöd på grund av till exempel kognitiv svikt, psykisk ohälsa, skörhet eller andra funktionsnedsättningar och sjukdomar.

Bland annat kan äldre personer på vård- och omsorgsboenden behöva stöd i sin dagliga munvård. I de nya Nationella riktlinjerna för tandvård finns rekommendationer om att vård- och omsorgspersonalen bör få utbildning från tandvården i att ge sådant stöd.

Inflyttningen till särskilt boende för äldre ökar

Sedan 2014 har andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg minskat. Även omfattningen av socialtjänstinsatser till gruppen 80 år och äldre har minskat, trots att åldersgruppen har blivit större. Covid-19-pandemin har på olika sätt bidragit till en fortsatt minskning av socialtjänstinsatser under 2021, dels eftersom rädsla för smitta har gjort många äldre tveksamma till att använda omsorgsinsatser, dels eftersom vissa insatser har dragits in under pandemin.

Socialstyrelsen har analyserat hur covid-19-pandemin har påverkat personer i gruppen 70 år och äldre att söka socialtjänstinsatser. Under pandemin har betydligt färre äldre än vanligt sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången. Minskningen var tydligast under månaderna april till juni 2020, jämfört med motsvarande period 2019, och gick från 320 till 242 personer per 100 000 invånare. I juli 2020 började andelen personer med hemtjänst öka igen, och i oktober–november 2021 låg den på samma nivå som medelvärdet för motsvarande period 2019. Däremot valde fler personer att avsluta sin hemtjänst. För perioden juli–november 2021 låg andelen personer som avslutade hemtjänstinsatser högre 2021 än 2020 och 2019.

En liknande effekt av pandemin som sågs i hemtjänsten märktes även på SÄBO. En klar minskning konstaterades när tecken på allmän smittspridning började visa sig. Minskningen var från 186 personer per 100 000 invånare under perioden januari–juni 2019 till 169 personer per 100 000 invånare under motsvarande period 2020. Under 2021 började andelen personer som flyttade in på SÄBO att öka igen, och under perioden oktober–november 2021 låg den på en högre nivå än motsvarande period 2019.

Fler flyttar in på särskilt boende för äldre

Antal personer per 100 000 invånare inflyttade okt–nov 2019–2021.



Samtidigt minskade väntetiden för flytt till SÄBO mellan 2020 och 2021: från 63 dagar till 44 dagar. Väntetiden skiljer sig dock mycket mellan kommunerna. Fler kommuner än tidigare uppger att de har balans i utbudet av särskilda boenden för äldre. Effekter av covid-19-pandemin och ett ökat byggande av specialbostäder kan vara förklaringar. År 2020 var antalet färdigställda specialbostäder genom nybyggnad det största på över 20 år.

Medianvistelsetid på SÄBO varierar mellan kommunerna. En längre medianvistelsetid innebär i regel att fler platser krävs, eftersom de äldre bor där en längre tid. Medianvistelsetid för alla personer 65 år och äldre på SÄBO i riket är 25 månader. För personer med demenssjukdom är medianvårdtiden 30 månader, och för personer utan demenssjukdom 21 månader. Dessa medianvårdtider är beräknade för personer som flyttade in på SÄBO under åren 2015–2018. Kvinnor är som regel äldre än män vid flytt till SÄBO. På riksnivå är kvinnor 85,4 år och män 83,3 år gamla i genomsnitt. Män utan demenssjukdom flyttar i genomsnitt knappt två år senare än de med demenssjukdom, och för kvinnor är skillnaden nästan tre år. Medelåldern skiljer sig mycket mellan länen: nästan fyra år mellan länen med högst och lägst medelålder. Medelåldern vid flytt till SÄBO samvarierar med hälsoläget i befolkningen, såsom självrapporterad hälsa och förväntad medellivslängd.

Användningen av välfärdsteknik och digital kommunikation fortsätter att öka

Cirka 87 procent av kommunerna uppger idag att personer som bor på SÄBO för äldre har tillgång till internet i sina bostäder. Cirka 76 procent av kommunerna har infört digital natttillsyn i ordinärt boende, att jämföra med 37 procent 2016.

Välfärdsteknik såsom digitala larm, digitala lås och medicinpåminnare kan påverka äldres känsla av att vara trygga och säkra i sitt hem. I en enkätundersökning svarade nästan 7 av 10 att de känner sig mer trygga och säkra till följd av tekniken. Däremot visar studien inte på någon tydlig positiv effekt av tekniken på de äldres självständighet eller delaktighet.

Många tjänster ställer idag krav på tillgång till internet och Mobilt BankID. Äldre åldersgrupper kan ha större behov av dessa tjänster, men har oftare svårigheter att använda dessa och behöver oftare hjälp. Av dem som är födda på 1920- och 1930-talet använder 4 av 10 inte internet, och drygt 3 av 10 behöver digital hjälp. Sammanfattningsvis riskerar 8 av 10 av de äldsta ett digitalt utanförskap och därmed sämre tillgång till vissa välfärdstjänster.

Åtta av tio födda på 20- och 30-talet riskerar digitalt utanförskap



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 för äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård (6 a § förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen).

Syftet med denna lägesrapport är att presentera en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen för 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 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 fram områdena munhälsa bland äldre och covid-19-pandemin.

God vård och omsorg

Socialstyrelsens samlade bedömning i rapporten utgår från målen för god vård och omsorg. Begreppet *god vård* utgår från bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, samt 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

När Agenda 2030 och de 17 globala målen antogs av Förenta Nationerna lovade världens länder inte bara att avskaffa extrem fattigdom, att lösa klimatkrisen och att främja fred och rättvisa, utan också att minska ojämlikheter och orättvisor i världen [3]. De globala målen omfattar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: den ekonomiska, den sociala och den miljömässiga. För att det ska vara möjligt att uppfylla målen, spelar näringsliv och offentlig verksamhet samt deras arbete i hållbarhetsfrågor en central roll.

I denna rapport belyses Agenda 2030 och de globala målen, framför allt 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

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå, och berör bara till viss del regionala och kommunala skillnader. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser år 2021 eller senast tillgängliga år.

Rapportens analyser och slutsatser bygger på flera källor, såsom:

- bearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, tandhälsoregister, officiell statistik över insatser enligt SoL, nationella kvalitetsregister samt internationell statistik
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- Kommun- och regionsdatabasen, Kolada
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- SmiNet, Folkhälsomyndigheten (Fohm)
- Statistiska centralbyråns (SCB) register över kommunernas och regionernas räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, t.ex. den nationella väntetidsdatabasen och den nationella patientenkäten
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO): resultat som gäller klagomål, lex Sarah- och lex Maria-anmälningar.

Aktuell utveckling

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för den äldre befolkningens aktuella demografiska utveckling, covid-19-pandemins påverkan på vård och omsorg för äldre, munhälsa hos äldre samt hälsofrämjande åtgärder för äldre. Därefter behandlas pensionärernas inkomster.

Sammanfattande iakttagelser

- Kvinnornas medellivslängd 2020 minskade med 0,4 år jämfört med 2019 till 84,3 år. Samtidigt minskade männens medellivslängd med 0,7 år till 80,6 år. Minskningen berodde på ett stort antal dödsfall i covid-19 under 2020, främst bland äldre personer.
- Under pandemin har äldre personer drabbats särskilt hårt av covid-19. Fram till den 10 januari 2022 hade 2 537 män och 3 261 kvinnor över 70 år på särskilt boende för äldre, och 1 975 män och 1 724 kvinnor över 70 år med hemtjänst i ordinärt boende, avlidit i covid-19. Under år 2020 och den första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige.
- I början av januari 2022 var cirka 95 procent av personer 65 år och äldre som bodde på särskilt boende för äldre vaccinerade mot covid-19 med två doser, och 87 procent med tre doser. Motsvarande uppgifter för personer i ordinärt boende med hemtjänst var drygt 90 procent med två doser och 80 procent med tre doser.
- Covid-19 har inneburit stora utmaningar för samhället och satt kommunernas krisberedskap på prov. Andelen kommuner som uppger att de har en aktuell kontinuitetsplan för de verksamheter som socialtjänsten bedriver eller ansvarar för och som avser särskilt sårbara grupper har ökat för samtliga verksamheter sedan 2019. Knappt hälften av kommunerna hade aktuella kontinuitetsplaner för särskilt boende för äldre, hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.
- Trots ett upplevt behov avstod en av fem personer 70 år och äldre att söka vård under våren 2020. Äldre är den grupp som i störst utsträckning kände oro och undvek att söka vård. Bland personer i åldern 70–84 år var det ungefär 60 procent som angav att de var oroliga för att inte få vård under pandemin.
- Närståendes¹ insatser har ökat under pandemin. Detta som en konsekvens av bl.a. inställda aktiviteter (t.ex. dagverksamheter) och rädsla för att bli smittad. Rädslan för smitta gäller både den enskilde och den närstående.

¹ Begreppen anhörig respektive närstående används inte konsekvent i olika lagar och inom olika områden. I Socialstyrelsens termbank definieras anhörig som ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna”. Med närstående avses enligt Socialstyrelsens termbank: ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”. Denna rapport följer huvudsakligen begreppsanvändningen där den som ger omsorg, stöd eller vård benämns närstående.

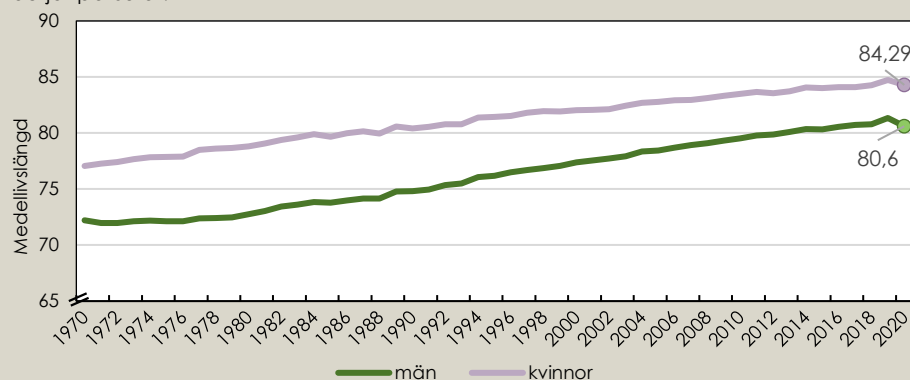
- Covid-19-pandemin har påverkat hur personer i gruppen 70 år och äldre har sökt och fått socialtjänstinsatser verkställda. Under pandemin har betydligt färre äldre än vanligt sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången. Minskningen var tydligast under månaderna april till juni 2020, jämfört med motsvarande period 2019, och gick från 320 till 242 personer per 100 000 invånare. I juli 2020 började andelen personer med hemtjänst öka igen, och i oktober–november 2021 låg den på samma nivå som medelvärdet för motsvarande period 2019. Fler personer valde också att avsluta hemtjänst. Vid jämförelse av uppföljningsperioden, juli–november 2021, så ligger andelen personer som avslutade hemtjänstinsatser högre 2021 jämfört med både 2020 och 2019.
- En liknande effekt av pandemin som sågs i hemtjänstens märktes även på särskilt boende för äldre (SÄBO). En klar minskning konstaterades under ungefär samma period, när tecken på allmän smittspridning började visa sig. Under 2021 började andelen personer som flyttade in på SÄBO att öka igen, och under perioden oktober–november 2021 låg den på en högre nivå än motsvarande period 2019. Samtidigt minskade väntetiden för flytt till SÄBO mellan 2020 och 2021: från 63 dagar till 44 dagar. Väntetiden skiljer sig dock mycket mellan kommunerna.
- Personer 70 år och äldre med det statliga tandvårdsstödet återgick under 2021 till ett normalt besöksmönster till tandvården, liknande året före pandemin. För personer som bedömts vara beroende av särskilt stöd för sin tandvård har situationen med tandvårdsbesök ännu inte normaliserats, vilket innebär ett ökat ansvar för närstående eller vård- och omsorgspersonal att upprätthålla en god munhälsa hos dem som inte klarar detta själva.
- 2021 kom Nationella riktlinjer tandvård ut i en ny och uppdaterad version med rekommendationer bl.a. för att främja sköra äldres munhälsa. Socialstyrelsen tog också fram en webbaserad utbildning om munhälsa och munvård samt en vägledning inriktad på munhälsan hos personer med demenssjukdom. Cirka 2 200 personer genomgick utbildningen under de sex första månaderna efter dess publicering.
- Svenska pensionärs inkomster blir allt högre: de har i snitt 75 procent av den tidigare inkomsten att röra sig med, och var fjärde pensionär fick det ekonomiskt bättre ställt när de gick i pension. En starkt bidragande orsak till det är att dagens seniorer i allmänhet är piggare, friskare och starkare än de som var i samma ålder för 10–20 år sedan och fortsätter att förvärvsarbeta efter 65-årsdagen.

Demografi

I Sverige har medellivslängden för både kvinnor och män ökat stadigt sedan mitten av 1800-talet. Mellan 1861 och 2020 ökade medellivslängden från knappt 49 år till drygt 84 år för kvinnor, och från 45 år till knappt 81 år för män [4]. År 2020 skedde dock en tydlig nedgång, till följd av många extra dödsfall i covid-19, främst hos personer över 64 år. År 2020 var medellivslängden därför tillbaka på samma nivå som år 2017 för kvinnor, och som år 2015 för män (figur 1).

Figur 1. Medellivslängd från födseln per år från 1970

Återstående medellivslängd efter kön, ålder och år. Observera att grafens y-axel börjar på 65 år.



Källa: Sveriges officiella statistik, befolkningsstatistik. SCB 2021.

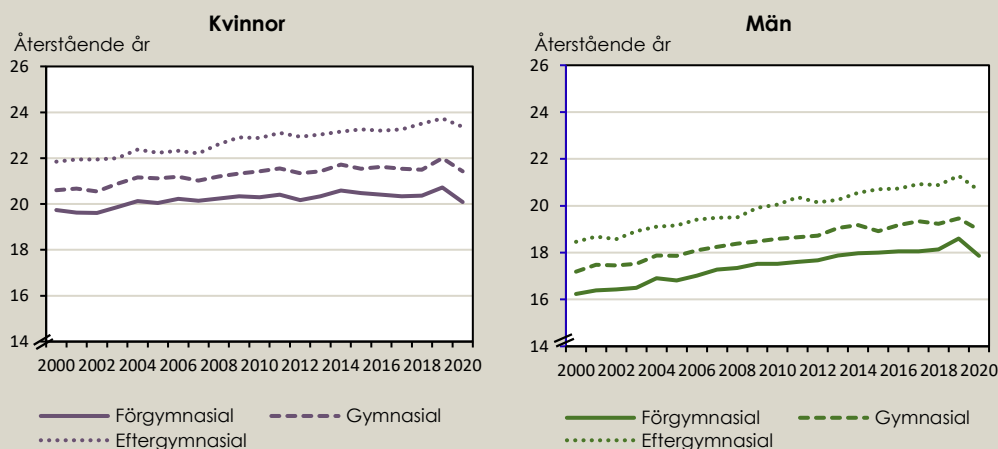
Demografiska utmaningar

Den demografiska utvecklingen, som innebär att antalet barn, unga och äldre ökar i betydligt högre takt än antalet i yrkesverksam ålder, har återkommande uppmärksammats som en av välfärdssamhällets främsta utmaningar. Utmaningen ligger dels i att färre arbetande ska försörja allt fler, dels i att gruppen äldre lever längre med omfattande vård- och omsorgsbehov [5].

Under 2020-talet förväntas andelen personer över 80 år öka särskilt snabbt, eftersom stora barnkullar som föddes på 1940-talet träder in i den åldern. Att denna demografiska förändring väntas öka trycket på välfärdens verksamheter kan illustreras med att antalet personer över 80 år förväntas öka från dagens 510 000 till 900 000 år 2040. Det är en ökning med 76 procent. Det kan jämföras med att antalet personer i yrkesverksamma åldrar ökar med endast 9,4 procent. Den så kallade försörjningskvoten, som anger hur många yngre och äldre en person i yrkesverksam ålder (25–64 år) måste försörja inklusive sig själv, förväntas mellan år 2017 och 2040 öka från 1,75 till 1,84 [6].

Det kan också konstateras att överlevnaden till högre åldrar är selektiv. Män har högre dödlighet än kvinnor [4]. Dessutom är dödligheten ojämlikt fördelad mellan olika socioekonomiska grupper – individer som har en hög utbildning, goda arbetsvillkor och en hög inkomst tenderar, i genomsnitt, att leva längre och friskare liv än individer med sämre socioekonomiska resurser och förutsättningar (figur 2). Till exempel finns ett tydligt mönster av ojämlikhet i medellivslängd mellan utbildningsgrupper. På sin 30-årsdag kunde personer med förgymnasial utbildning förvänta sig att leva ytterligare 51 år, medan denna siffra var 56 år för personer med eftergymnasial utbildning [4]. Dessa skillnader är stora och har dessutom ökat sedan i början av 1990-talet [7, 8].

Figur 2. Återstående medellivslängd vid 65 års ålder efter utbildningsnivå 2000–2020



Källa: Sveriges officiella statistik, befolkningsstatistik. SCB 2021.

Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Covid-19 har inneburit stora utmaningar för samhället och satt kommunernas krisberedskap på prov. Socialtjänsten behöver kunna bedriva sin verksamhet med god kvalitet även vid en kris eller en allvarlig händelse. Socialtjänsten har en viktig roll vid en kris genom att se till att de ordinarie verksamheterna fortsatt fungerar med god kvalitet, men också genom att ha beredskap för att det kan uppkomma nya målgrupper eller nya behov hos individer som redan har kontakt med socialtjänsten.

Andelen kommuner som har aktuella kontinuitetsplaner har ökat

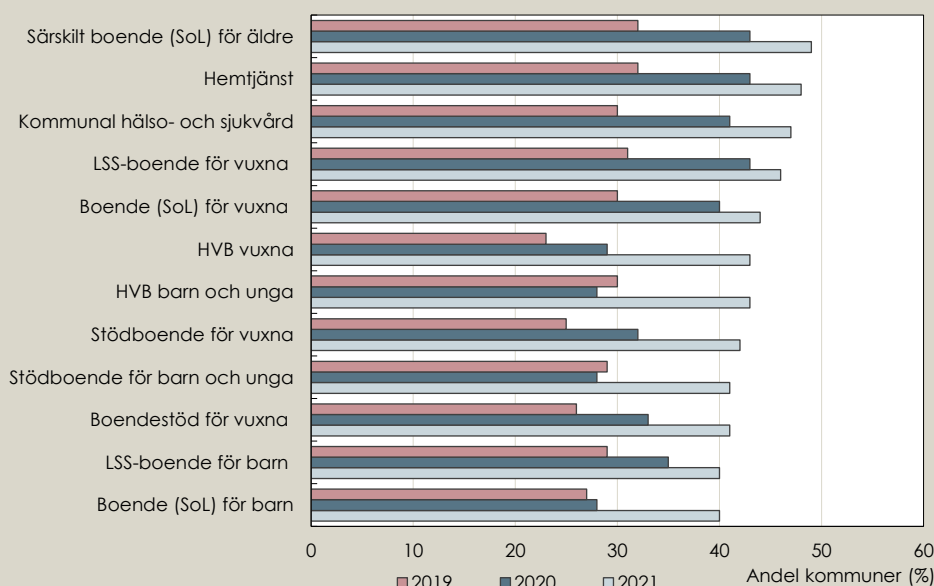
Kontinuitetshantering handlar om att planera för att upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för. Det kan exempelvis handla om personalbortfall, uteblivna leveranser av viktiga varor och tjänster, eller strömavbrott. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har olika stöd till kommunerna för arbetet med kontinuitetsplanering [9].

Andelen kommuner som 2021 uppgav att de hade en aktuell kontinuitetsplan för de verksamheter som socialtjänsten bedriver eller ansvarar för och som avser särskilt sårbara grupper visar på en positiv utveckling jämfört med föregående år, och en ökning ses för samtliga boendeformer (figur 3) [10].

Knappt hälften av kommunerna (49 procent), uppgav att de hade aktuella kontinuitetsplaner för särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre. Liknande resultat ses för hemtjänst i ordinärt boende samt för kommunal hälso- och sjukvård (48 respektive 47 procent av kommunerna).

Figur 3. Aktuell kontinuitetsplan för särskilt sårbara grupper

Andel kommuner, socialförvaltningar i Göteborg och stadsdelar i Stockholm som den 1 februari 2021 har en aktuell och beslutad kontinuitetsplan för de verksamheter som socialtjänsten bedriver eller ansvarar för som avser särskilt sårbara grupper, år 2019-2021, riket. Procent.



Källa: Enkät Öppna Jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, 2019, 2020, 2021, Socialstyrelsen.

Som beskrivits ovan är det vanligast att aktuella kontinuitetsplaner finns för särskilt boende för äldre, hemtjänst samt för kommunal hälso- och sjukvård. Det gäller oavsett kommunstorlek. En högre andel stora kommuner, sett till invånarantal, uppgav dock att en aktuell kontinuitetsplan fanns för dessa verksamheter jämfört med mindre kommuner [10]. Men en positiv utveckling ses då andelen mindre kommuner med aktuella kontinuitetsplaner för verksamheterna har ökat. Ökningen ses främst i kommuner med 15 000–29 999 invånare, där andelen kommuner som uppgav att aktuell kontinuitetsplan fanns ökade med 16–19 procentenheter för verksamheterna, jämfört med föregående år.

Covid-19-pandemin

Covid-19 har sedan mars 2020 medfört stora påfrestningar och utmaningar för både regioner och kommuner. Pandemin har satt strålkastarljuset på både styrkor och svagheter i det svenska vård- och omsorgssystemet. Personalens skicklighet och uthållighet, samt förmågan att växla upp den akuta vården tillhör styrkorna. De allvarliga bristerna på systemnivå i den medicinska vården och behandlingen av äldre tillhör svagheter [5, 11].

WHO och OECD har noterat att pandemin har lett till ett uppmärksammande av resursmässiga och organisatoriska brister inom äldreomsorgen, vilka påtalats under många år [12, 13]. I de flesta länder är äldreomsorgen underfinansierad, med personal som ofta arbetar underbemannat, med låg lön, osäkra anställningsförhållanden och otillräcklig utbildning.

I våra skandinaviska grannländer går det att se olika kombinationer av faktorer som försvårar respektive underlättar personalens möjligheter att utföra

sitt arbete. Även om olika aspekter av bemanning, kompetens, anställningsförhållanden och arbetsvillkor delvis pekar åt olika håll, är det troligt att personalen i svenska äldreboenden var sämre rustad när pandemin bröt ut i jämförelse med de andra nordiska länderna. Samtliga nordiska länders äldreomsorg har drabbats av pandemin, och infört restriktioner kring fysisk kontakt med de äldre. Detta har med all sannolikhet lett till sämre möjlighet till fysisk söka kontakt för vård och behandling, och därmed till ett dolt behov av undanträngd vård för de äldre [14].

Socialstyrelsen har med anledning av pandemin fått ett flertal regeringsuppdrag.² Det har bl.a. handlat om att upprätta nationella lägesbilder, löpande uppdatera regeringen, samordna intensivvård med mera. Myndigheten har även bidragit med kunskapsstöd till hälso- och sjukvård, tandvård samt socialtjänst.

Sammanfattningar av läget inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och för personer med funktionsnedsättning beskrivs i myndighetens övriga årliga lägesrapporter. Socialstyrelsen har regelbundet informerat verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, såväl i sociala medier som på övriga webbsidor, och deltar också på de myndighetsgemensamma pressträffarna.

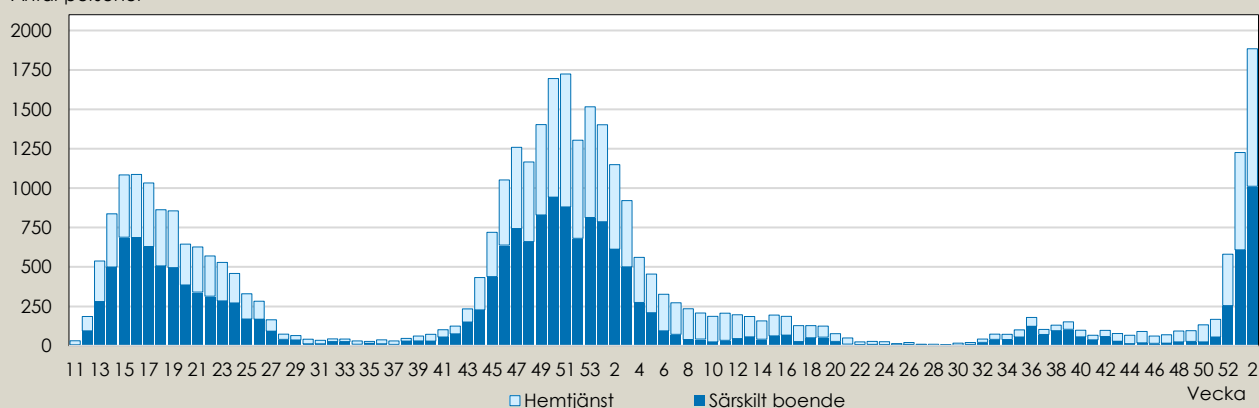
Pandemins utveckling

Under pandemin har äldre personer drabbats särskilt hårt av sjukdomen. Fram till den 10 januari 2022 hade cirka 16 400 personer över 70 år med hemtjänst (9 700 kvinnor och 6 700 män) och drygt 18 300 personer över 70 år på särskilt boende för äldre (12 000 kvinnor och 6 300 män) bekräftats smittade med covid-19 (figur 4).

Figur 4. Antal personer bekräftat smittade av covid-19 inom hemtjänst och särskilt boende för äldre

Antal personer 70 år och äldre bekräftat smittade av covid-19 enligt SmiNet fram till den 10 januari 2022.

Antal personer



Källa: registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen samt SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

Även om smittspridningen ökade under slutet av 2021 var beläggningen inom slutenvården betydligt lägre än under tidigare perioder av hög smittspridning under pandemin [15]. Den utvecklingen kan i första hand förklaras av den omfattande vaccinationsinsats som inleddes i början av 2021.

² Flertalet av dem hanteras i en särskild organisation som upprättades i början av 2020 internt.

Hög ålder och kroniska sjukdomar största riskfaktorerna för svår sjukdom

Den främsta riskfaktorn för att drabbas av allvarligare symptom vid smitta av coronaviruset är hög ålder. Därefter kommer underliggande sjukdomar, och Socialstyrelsen har identifierat ett flertal sådana. Dit hör exempelvis cancer-sjukdom, hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck och diabetes [16].

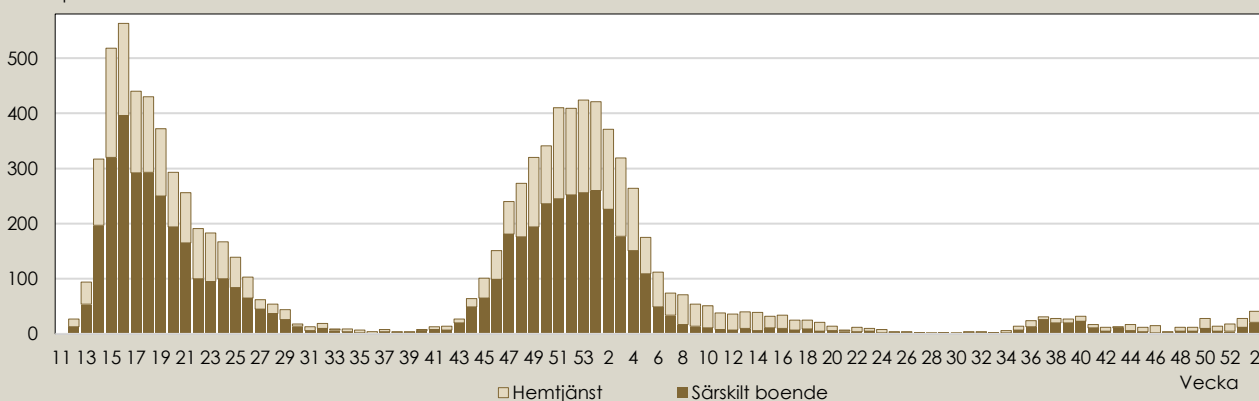
Dödligheten i covid-19 har minskat

Under år 2020 och den första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. Majoriteten av alla som avled i sjukdomen var över 70 år. Under andra halvan av 2021 minskade dödligheten i sjukdomen (figur 5). I åldersgruppen 70 år och äldre avled 2 537 män och 3 261 kvinnor på särskilt boende för äldre, och 1 975 män och 1 724 kvinnor med hemtjänst i ordinärt boende. Dessa siffror gällde den 10 januari 2022.

Figur 5. Antal avlidna i covid-19 inom hemtjänst och särskilt boende för äldre

Antal avlidna 70 år och äldre i covid-19 enligt dödsorsaksintyg inkomna fram till 10 januari 2022.

Antal personer



Källa: dödsorsaksintyg samt registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Ett omfattande vaccinationsarbete pågår

Sverige började vaccinera mot covid-19 i januari 2021. I slutet av augusti 2021 kom en rekommendation om att ge en extra dos vaccin till personer med immunbrist. I början av januari 2022 var cirka 95 procent av dem som var 65 år och äldre, och som bodde på särskilt boende för äldre, vaccinerade mot covid-19 med två doser, och 87 procent med tre doser. Motsvarande uppgifter för personer i ordinärt boende med hemtjänst var drygt 90 procent med två doser och 80 procent med tre doser [17]. Folkhälsomyndigheten rekommenderar nu en fjärde dos till personer som bor på SÄBO, har hemtjänst eller hemsjukvård samt till alla som är 80 år och äldre.³

³ Beslutsunderlag om rekommendation av en andra påfyllnadsdos (dos 4) av covid-19 vaccin — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)

Pandemin kan förstärka den ojämlika hälsan

Konsekvenserna av covid-19-pandemin och smittskyddsåtgärderna samspelar med sociala och ekonomiska förhållanden. De grupper som redan före pandemin hade förhöjd risk för ohälsa har drabbats mest [18, 19]. Det har även konstaterats att det finns ojämlikheter när det gäller sjukdom och dödlighet i covid-19. Vaccinationstäckningen är dessutom lägre bland personer 65 år och äldre som är födda i andra länder än Sverige [20, 21].

Samhällsåtgärder har ökat isoleringen

De samhällsåtgärder som har vidtagits på grund av pandemin har påverkat de flesta, men äldre och andra personer i riskgrupp för covid-19 har drabbats mer än andra [22, 23]. Bland annat har isoleringen ökat. Många kommuner har dragit ner på exempelvis daglig verksamhet för äldre. (Se även avsnittet *Det är främst dagverksamheterna enligt SoL som har ställts in.*)

Pandemins konsekvenser för äldre från de nationella minoriteterna

Många äldre från de nationella minoriteterna har under pandemin blivit isolerade till följd av besöksförbud och bortfall av kultur- och språkaktiviteter på äldreboenden. Besöksförbudet har även lett till att vissa äldre från de nationella minoriteterna har fått stora svårigheter att kommunicera sina behov.

Detta gäller särskilt dem som i olika utsträckning tappat svenskan (bl.a. personer med demenssjukdom) som sitt andraspråk. Det här framkommer i en rapport över minoritetspolitikens utveckling för 2020, *Covid-19-pandemins konsekvenser på det minoritetspolitiska arbetet*.⁴ I rapporten framkommer att många kommuner och regioner brister i sina åtaganden enligt minoritetslagstiftningen. Detta gäller särskilt i de kommuner som inte ingår i något av förvaltningsområdena för finska, meänkieli och samiska.

Uppdämda vårdbehov bland äldre

Covid-19 har sedan mars 2020 medfört stora påfrestningar och utmaningar för hälso- och sjukvården. Detta har inneburit inställda eller uppskjutna vårdbesök och vårdåtgärder, samt att regionernas förmåga att upprätthålla vårdgarantins tidsgränser har påverkats. Socialstyrelsen delrapporterade den 1 oktober 2021 sitt uppdrag om uppdämda vårdbehov [24-27]. I rapporten konstateras bl.a. att var femte person under våren 2020 avstod från att söka vård, trots ett upplevt behov. Rädslan för smitta har exempelvis gjort att äldre inte vågat åka kollektiva färdmedel och/eller besöka sin planerade vård.

Äldre är den grupp som i störst utsträckning känt oro och undvikit att söka vård. Bland personer i åldern 70–84 år är det ungefär 60 procent som anger att de varit oroliga för att inte få vård under pandemin. I den åldersgruppen uppgav 32 procent av de tillfrågade i maj 2020 och 21 procent i november 2020 att de undvikit att söka vård trots att de upplevt ett behov [24]. En uppföljande enkät visar att oron för att inte få vård minskade till 44 procent i maj 2021, och andelen äldre som undvikit att söka vård trots ett behov minskade från 32 till 18 procent [25].

⁴ <https://www.minoritet.se/6854>

Vårdkonsumtionen hos personer 70 år och äldre

Socialstyrelsens rapport *Uppdämda vårdbehov – Analys och förslag till insatser* visar att de fysiska besöken minskade kraftigt under pandemins olika vågor [28]. Besök inom primärvård har exempelvis minskat mest bland de äldre. Till viss del har de fysiska besöken ersatts av hembesök eller digital vård. Pandemin har synliggjort en digital klyfta, där svårigheterna varit tydligare för äldre.

Antalet nyupptäckta cancerfall minskade också under pandemins första år. Det är ännu för tidigt att avgöra vilka konsekvenser detta kommer att få för befolkningen, men det var diagnostiseringen av prostatacancer som minskade mest jämfört med tidigare år.

En analys av Socialstyrelsens patientregister visar att andelen vårdtillfällen i oplanerad och planerad slutenvård och öppenvård för personer 70 år och äldre minskade tydligt – med 10–14 procent – mellan helåren 2019 och 2020. Minskningen var mer uttalad hos kvinnor. Nedgången var mindre påtaglig hos de mest sjuka äldre. Ingen minskning av andelen vårdtillfällen sågs, i vare sig sluten- eller öppenvård, för personer på särskilt boende för äldre och för äldre med hemsjukvård.

De växande köer till vård och behandling som pandemin orsakar, exempelvis när det gäller operationer inom ortopedi, allmän kirurgi, tandvård och ögonsjukvård, drabbar också äldre.

Akut vård har upprätthållits medan den planerade har fått stå tillbaka

Efterlevnaden av vissa nationella riktlinjer har varit sämre under pandemin. Akut vård och behandling för hjärtinfarkt och stroke har utförts i ungefär lika stor utsträckning under som före pandemin. Samtidigt har årliga läkarbesök och kontroller för personer med astma och KOL minskat, liksom för personer med diabetes. Antalet demensutredningar har också minskat, och utredningstiden för demens har blivit längre [28]. (Se även avsnittet *En bättre vård och omsorg för personer med demenssjukdom*.)

Även inom tandvården har personer 70 år och äldre påverkats av pandemin i form av kraftigt minskade besök. Omfattningen av de uppdämda vårdbehoven ser olika ut i landets regioner. (Se även avsnittet *Munhälsa hos äldre*.)

Kommunernas utmaningar med uppdämda vårdbehov

Pandemin har inneburit att många av de utmaningar kommunerna hade tidigare inom hälso- och sjukvården nu har förstärkts. Utmaningar som har lyfts fram av kommunerna för att hantera nya, utökade och uppdämda vårdbehov är brist på läkarmedverkan och brist på medicinsk kompetens. Inom kommunal hälso- och sjukvård har riskförebyggande arbete, rehabiliteringsinsatser, förbättrings- och kvalitetsarbete samt utbildningsinsatser och kompetenshöjande insatser till stora delar prioriterats ner, pausats eller upphört under pandemin [29-31].

Socialstyrelsens bedömning är att brister i omvårdnaden kan ha påverkat hälsan och lett till ett uppdämt behov av framför allt rehabilitering hos patienterna. Sammantaget ses också en minskning av socialtjänstinsatser till

äldre, vilket kan komma att leda till såväl uppdämda som upptäckta vårdbehov som på sikt kan leda till negativa konsekvenser för individens hälsa om de inte omhändertas [28].

Vidare visar rapporten ett ökat antal personer som fått kommunal hälso- och sjukvård inom den kommunala hälso- och sjukvården som har genomgått infektion med covid-19 [28]. Behoven av rehabilitering har alltid varit stora i den kommunala hälso- och sjukvården, men ökar nu till följd av covid-19. Socialstyrelsens bedömning är att det finns ett uppdämt behov av rehabilitering bland de äldre. Minskningen av rehabiliterande insatser riskerar att leda till ökad fysisk och psykisk ohälsa samt förlorad aktivitets- och funktionsförmåga hos patientgruppen. Isolering samt minskad fysisk aktivitet och stimulans kan på kort sikt även innebära att individen inte kan leva ett självständigt vardagsliv och därmed får ett ökat vårdbehov.

Socialstyrelsens slutsats när det gäller de uppdämda vårdbehoven är att hälso- och sjukvårdens kapacitet, utöver att hantera pandemin, inte räckt till för att både återhämta den normala produktionen och ta hand om de uppdämda vårdbehoven [28].

Anhörigas situation under pandemin

Under 2021 hade Nationellt kompetenscenter anhöriga (NKA) i uppdrag att kartlägga hur anhöriga, personal som ger anhörigstöd och stödet till anhöriga påverkades av pandemin. I rapporten *Konsekvenser av covid-19-pandemin för anhöriga som ger vård, hjälp och stöd till en närstående* redovisas även förslag till åtgärder för att stödja anhörigstödet under pandemin och kommande kriser [27]. Resultaten bygger på två enkäter besvarade av anhöriga och anhörigkonsulenter.

Anhörigas insatser har ökat under pandemin. Detta som en konsekvens av bl.a. inställda aktiviteter (såsom dagverksamheter) och rädsla för att bli smittad. Rädslan för smitta gäller även anhöriga, som ofta känner en stor oro för att själva bli sjuka: ”Hur ska det då gå för den jag hjälper och vårdar?” Det finns exempel på hur man har hanterat rädslan för smitta genom att avvakta med att söka vård och omsorg, slutat använda hemtjänst och t.o.m. bestämt sig för att ta hem en närstående från särskilt boende [27].

Socialstyrelsen har löpande följt hur socialtjänstinsatser för äldre har förändrats under pandemin. Förändringen är mest markant gällande personer 80 år och äldre, för vilka det har skett en minskning av insatserna hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet (tabell 22). Även för gruppen 65 år och äldre har insatserna särskilt boende och dagverksamhet minskat i omfattning (tabell 21). (Se även avsnittet *Utveckling av olika kommunala insatser*.) I många fall innebär en minskning av offentliga insatser att anhöriga i stället får stå för omsorgen eller att de går miste om den avlösning som insatsen innebär. Många av de anhöriga som ger omsorg till äldre personer är själva äldre, eller har nedsatt hälsa eller funktionsförmåga av andra skäl. För dessa anhöriga innebär ett ökat omsorgsansvar en ytterligare belastning i en redan utsatt situation [32]. Mer än hälften av de anhöriga som ingick i NKA:s undersökning uppger att deras hälsa försämrats under pandemin. Det är vanligare att anhöriga kvinnor uppger att deras hälsa försämrats [27].

Ett större omsorgsansvar kan också innebära minskad inkomst eller ökade omkostnader för anhöriga, om de exempelvis behöver ta ledigt från arbetet eller resa till en annan ort för att hjälpa en äldre person. Pandemin har synliggjort att socialförsäkringssystemet inte är utformat för att kompensera för utebliven inkomst vid situationer där anhörigas omsorgsansvar plötsligt ökar [33].

På många håll i landet har anhörigstödet⁵ minskat under pandemin. Samtidigt har anhöriga avstått från anhörigstöd på grund av oron för att bli smittade. Vidare pekar NKA:s kartläggning på att kommunerna haft svårigheter att nå nya anhöriga med behov av stöd under pandemin. I kartläggningen påpekas samtidigt att situationen sett olika ut över landet beroende på lokala beslut, men också beroende på hur pandemin utvecklat sig lokalt [27].

Därtill har covid-19-pandemin medfört påfrestningar för många par- och familjerelationer, när människor tillbringat mer tid i hemmet för att undvika smitta, anhörigas omsorgsansvar har ökat och de samtidigt inte har fått den avlösning eller andra stödinsatser de behöver [27, 33].

Samtidigt som anhöriga har drabbats på olika sätt har det även skett en viss utveckling av verksamheter riktade till äldre och deras anhöriga under pandemin. Hit hör exempelvis inrättande av funktioner dit anhöriga och äldre kunnat vända sig för att få hjälp med inköp, digitala samtal, samtalsgrupper och mötesplatser, insatser från civilsamhället, ”walk and talk”-möten, telefonkontakter samt anhörigkonsulter som inrättat fasta mötesplatser i en park eller vid ett torg. En positiv aspekt på digitaliseringen av anhörigstödet är att fler kan nås. Via den digitala tekniken kan anhöriga över ett större geografiskt område delta i möten och utbildningar, och dessutom möjliggörs stöd för grupper som t.ex. talar ett annat språk eller har det gemensamt att de är anhöriga till någon med en ovanlig diagnos. En av riskerna med digitala lösningar är dock att de som inte har utrustning eller relevant kunskap riskerar att uteslutas [27].

Äldreomsorgslyftet

Utbrottet av sjukdomen covid-19 har synliggjort det rådande svåra bemanningsläget inom vård och omsorg, inte minst för äldre. Regeringen har gjort flera satsningar på äldreomsorgen, exempelvis Äldreomsorgslyftet, som pågår fram till 2023. Satsningen innebär bl.a. att staten står för finansieringen när ny och befintlig personal ges möjlighet att utbildas till vårdbiträde eller undersköterska på betald arbetstid. Även första linjens chefer som arbetar inom vård och omsorg för äldre ska få möjlighet att utbildas på arbetstid.

Socialstyrelsen fördelade statsbidrag för Äldreomsorgslyftet för första året 2020⁶. Statsbidraget lystes ut i juni 2020, och 250 kommuner rekviderade cirka 400 miljoner kronor av de 462 miljoner myndigheten hade att fördela.

Äldreomsorgslyftet bedöms ha bidragit till att höja kompetensen inom äldreomsorgen, även om endast cirka 125 miljoner kronor av de utbetalade medlen för 2020 förbrukades, dvs. 31 procent⁷. Av kommunernas redovisningar av användningen framgår att totalt 2 900 anställda påbörjade studier

⁵ Om stöd till anhöriga - Kunskapsguiden

⁶ Statsbidraget för 2020 fördelades enligt uppdraget i regeringsbeslutet S2020/05025/SOF.

⁷ Uppgifter från Redovisning av Äldreomsorgslyftet 2020 (S2020/05025/SOF).

till vårdbiträde eller undersköterska med lönen helt eller delvis finansierad av statsbidraget. Den främsta orsaken till att kommunerna inte hade förbrukat medlen uppgavs vara tidsbrist till följd av att satsningen lanserades först i juni månad och medlen fick användas senast den 31 december 2020.

Åtterrapporeringarna visar att hälften av kommunerna bedömer att också pandemin påverkade deras användning av statsbidraget. De fick prioritera vården och omsorgen för äldre snarare än att satsa på personalens kompetens och utbildning med den planering, förberedelse och rekrytering av vikarier som detta kräver. Hög arbetsbelastning i kombination med höga sjuktal till följd av covid-19-pandemin gjorde också att många kommuner hade svårt att frigöra personal för utbildning. Därutöver ledde både brist på utbildningsplatser och brist på efterfrågan från utförare och personal till att medlen inte kunde förbrukas, liksom i vissa fall att personalen saknade behörighet till utbildning, t.ex. på grund av bristfälliga språkkunskaper.

Äldreomsorgslyftet vidgades inför 2021 till att inkludera även första linjens chefer inom äldreomsorgen som går ledarskapsutbildning på högskolenivå⁸. Även kortare utbildningar och kurser för medarbetarna i äldreomsorgen kan numera ingå. Kurserna ska ha relevans för arbetet med vård och omsorg för äldre och låta deltagarna antingen utveckla kunskaper och förmågor som anges i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens regi hos äldre, eller uppnå kompetens som anges i Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor. Socialstyrelsen kommer att följa upp användningen av 2021 års medel under våren 2022 för att därefter redovisa resultatet till Regeringskansliet (Socialdepartementet) i oktober 2022. (Se även avsnittet *Personal inom vård och omsorg för äldre – utmaningar och möjligheter*).

Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilt boende för äldre

Fler personer i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten

Socialstyrelsen har vid flera tillfällen analyserat konsekvenserna av pandemin på insatser från socialtjänsten [5, 34]. I årets lägesrapport analyserar vi nästan två år med pandemin och dess påverkan på hemtjänst och SÄBO.

De allra flesta äldre klarar sig själva eller med hjälp av närstående, och har därmed inga socialtjänstinsatser. Med stigande ålder ökar sannolikheten att drabbas av olika sjukdomar som kan påverka livskvaliteten, den fysiska funktionsförmågan samt behovet av vård och omsorg. Ofta är den första kontakten med äldreomsorgen orsakad av stödbehov från hemtjänsten i form av trygghetslarm eller hjälp med vardagliga uppgifter som städning eller matlagning.

Resultaten som redovisas baseras främst på inrapporterade uppgifter från socialtjänsten till Socialstyrelsens nationella register.⁹ Myndigheten har även

⁸ Statsbidraget för 2021 fördelades enligt regeringsbeslutet S2021/00338 (delvis).

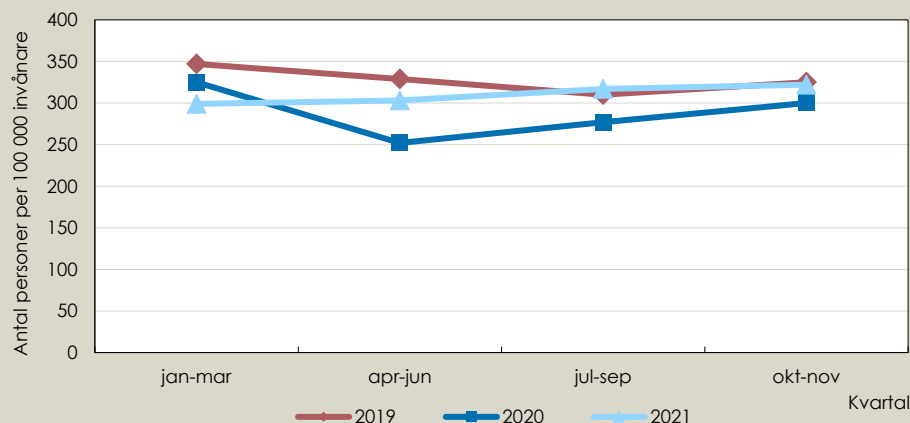
⁹ Socialtjänstregistret, befolkningsregistret och dödsorsaksregistret.

använt sig av statistik från Folkhälsomyndigheten.¹⁰ I denna analys definieras hemtjänstinsatser som personlig omvårdnad och service i ordinärt boende (enbart trygghetslarm ingår inte). I analyserna av nystartade¹¹ hemtjänstinsatser ingick personer som var 70 år och äldre den månad insatsen startade. För avslutade hemtjänstinsatser ingick personer som var 70 år och äldre vid årets början (31 januari).

Figur 6 visar andelen personer som för första gången har fått en hemtjänstinsats beviljad och utförd i ordinärt boende under pågående covid-19-pandemi i jämförelse med medelvärdet för motsvarande period 2019. En tydlig minskning kan noteras, under ungefär den period när tecken på allmän smittspridning började visa sig.¹² Minskningen var tydligast under månaderna april till juni 2020, jämfört med motsvarande period 2019, och gick från 320 till 242 personer per 100 000 invånare. I juli 2020 började andelen personer med hemtjänst öka igen, och i oktober–november 2021 låg den på samma nivå som medelvärdet för motsvarande period 2019.

Figur 6. Andelen bland äldre som fick hemtjänst för första gången

Andelen bland äldre personer i befolkningen (70 år och äldre) som fick hemtjänst för första gången i ordinärt boende under 2019–2021. Andelarna är medelvärden per månad uppdelade på kvartal. I sista kvartalet ingår ej december då denna månad saknas för 2021.



Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, och befolkningsstatistik från SCB.

Andelen personer som får hemtjänst för första gången ökar med stigande ålder, och den högsta frekvensen ses hos personer i gruppen 80 år och äldre (figur 7). Av figur 8 framgår att andelen som fick hemtjänst för första gången är något högre bland kvinnor än bland män i åldersgruppen 70–79 år, medan det är tvärtom i den högre åldersgruppen (figur 7). Det är tydligt att de som är 80 år och äldre i mycket större utsträckning fick nystartade hemtjänstinsatser än personer under 80 år, ett mönster som ser likadant ut för alla mätperioderna.

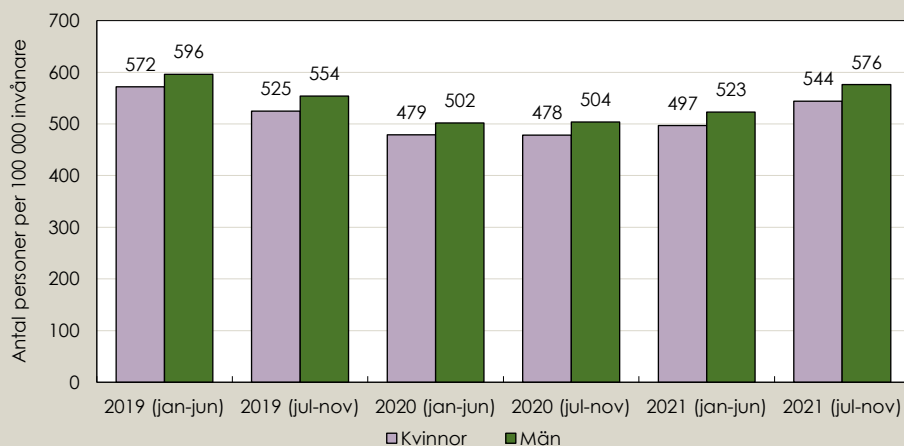
¹⁰ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>

¹¹ Där personen aldrig tidigare har haft en hemtjänstinsats.

¹² <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>

Figur 7. Andel kvinnor och män 80 år och äldre som fick hemtjänst för första gången

Antal kvinnor och män, 80 år och äldre, per 100 000 invånare i befolkningen som fick hemtjänst för första gången i ordinärt boende under 2019–2021. Andelarna är medelvärden per månad uppdelade på halvår. Under andra halvåret ingår ej december då denna månad saknas för 2021.

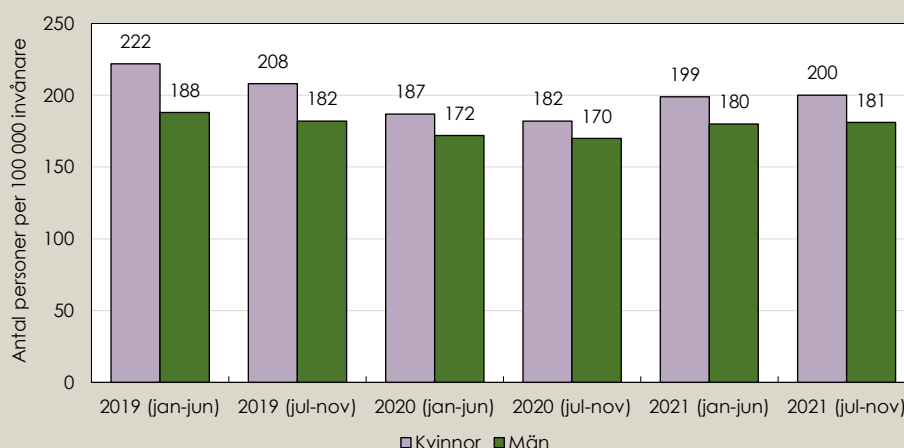


Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, och befolkningsstatistik från SCB.

Den minskade andelen nystartade hemtjänstinsatser som sågs under våren 2020 för båda könen och åldersgrupperna har alltså i princip återhämtat sig till nivåerna före pandemin (figur 7 och 8). Figur 8 visar att andelen kvinnor och män som fick hemtjänst för första gången under perioden juli till november 2021 har återhämtat sig till samma nivå som motsvarande period 2019.

Figur 8. Andel kvinnor och män 70–79 år som fick hemtjänst för första gången

Antal kvinnor och män, 70–79 år, per 100 000 invånare i befolkningen som fick hemtjänst för första gången i ordinärt boende under 2019–2021. Andelarna är medelvärden per månad uppdelade på halvår. Under andra halvåret ingår ej december då denna månad saknas för 2021.



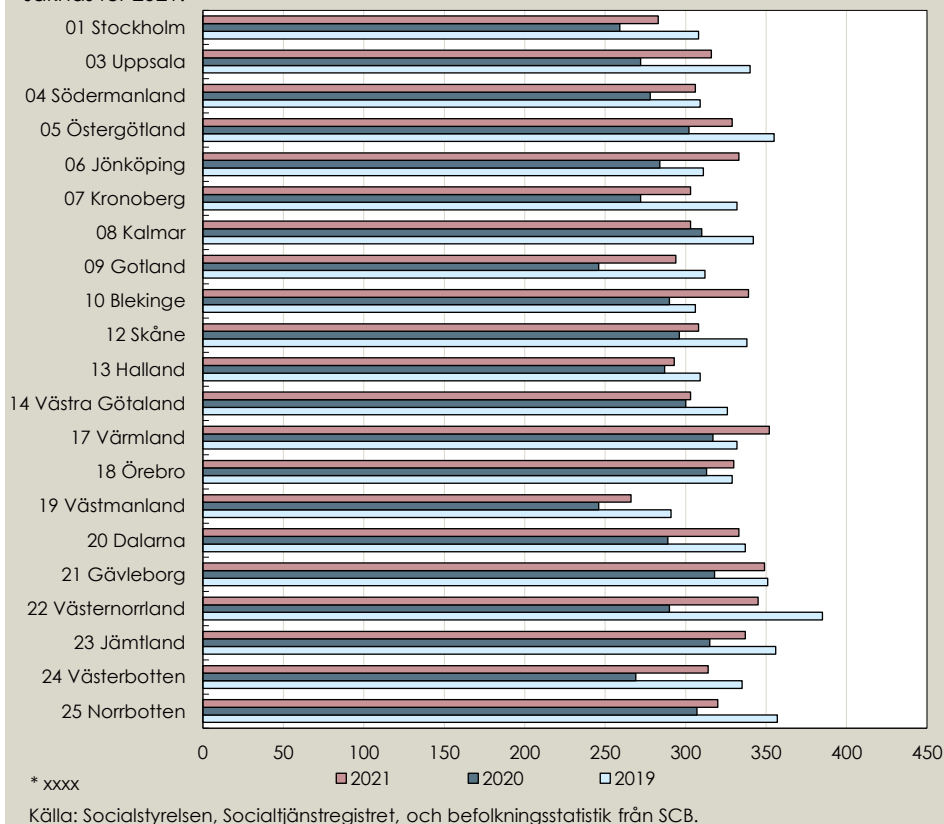
Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, och befolkningsstatistik från SCB

Även om smittspridningen har sett olika ut i olika delar av landet, syns under 2020 i samtliga regioner en minskning av antalet äldre som fick en hemtjänstinsats för första gången (figur 9). Minskningen skiljer sig dock åt mel-

lan regionerna och ett visst samband kan kopplas till den allmänna smittspridningen i regionerna.¹³ Under 2021 ökade andelen personer som fick hemtjänst för första gången i samtliga regioner, utom i region Kalmar där andelen i stället minskade ytterligare. I flera regioner var andelen till och med högre 2021 än 2019. Detta syntes tydligast i region Blekinge, där andelen 2021 var 339 personer per 100 000 invånare, jämfört med 306 personer per 100 000 invånare 2019, en ökning på 11 procent.

Figur 9. Andel personer 70 år och äldre som fick hemtjänst för första gången uppdelat på region

Antal personer, 70 år och äldre, per 100 000 invånare i befolkningen som fick hemtjänst för första gången i ordinärt boende under 2019-2021. Andelarna är medelvärden per månad uppdelade på år (december ingår ej då denna månad saknas för 2021).



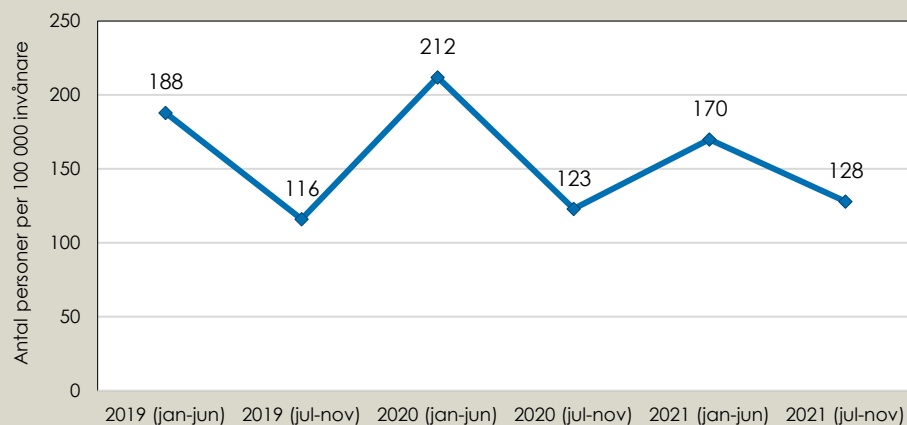
Avslutade hemtjänstinsatser i ordinärt boende

Socialstyrelsen har även studerat andelen personer 70 år och äldre som hade hemtjänstinsatser i januari, innan den allmänna smittspridningen, men som valde att avsluta dem under de följande månaderna. Andelen som avslutade under perioden januari–juni ses först öka under 2020 för att sedan minska igen 2021 jämfört med 2019 (figur 10). Vid jämförelse av den andra uppföljningsperioden, juli–november, så ligger andelen personer som avslutade hemtjänstinsatser högre 2021 jämfört med både 2020 och 2019 (figur 10).

¹³ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>

Figur 10. Andelen äldre som avslutade hemtjänsten

Andelen bland äldre personer i befolkningen (70 år och äldre) som avslutade hemtjänst i ordinärt boende under 2019-2021. Andelarna är medelvärden per månad för perioden februari–juni respektive jul–november (december saknas för 2021) uppdelat på år. Urvalet baserades på personer som hade hemtjänst i januari. Sedan följdes dessa upp månadsvis under februari till november.



Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, och befolkningsstatistik från SCB.

Vaccinationerna mot covid-19 påbörjades den 27 december 2020. I mitten av april 2021 låg vaccinationstäckningen för personer som hade fått sin första dos på 81 procent för åldersgruppen 70–79 år, och på 90 procent för personer 80 år och äldre.¹⁴ För de äldre iaktogs en sjunkande incidens av covid-19-smittade i takt med ökande vaccinationstäckning. Trots detta avstod många från att söka hemtjänstinsatser, vilket talar för att det fortsatt fanns en oro för smittan. I september 2021 rekommenderade Folkhälsomyndigheten att personer med ökad risk för svår covid-19 skulle erbjudas en påfyllnadsdos av vaccinet. Beslutet omfattade personer i särskilt boende för äldre, personer med hemsjukvård och hemtjänst, samt alla som var 80 år och äldre. Under hösten 2021 fortsatte antalet smittade på särskilt boende för äldre och inom hemtjänsten att minska (figur 4). Detta kan ha bidragit till att flera sökte och fick hemtjänstinsatser för första gången.

Inflyttningen till särskilt boende för äldre fortsätter att öka

Figur 11 visar andelen personer 70 år och äldre som flyttade in på särskilt boende för äldre under pågående covid-19-pandemi i jämförelse med motsvarande period 2019. Liknande effekt av pandemin som visades i föregående avsnitt om hemtjänsten märks även på SÄBO. En klar minskning av antalet personer som flyttade in på SÄBO konstaterades under ungefär samma period, när tecken på allmän smittspridning började visa sig.¹⁵ Minskningen var från 186 personer per 100 000 invånare under perioden januari–juni 2019 till 169 personer per 100 000 invånare under motsvarande period 2020. Under 2021 började andelen personer som flyttade in på SÄBO att öka igen, och

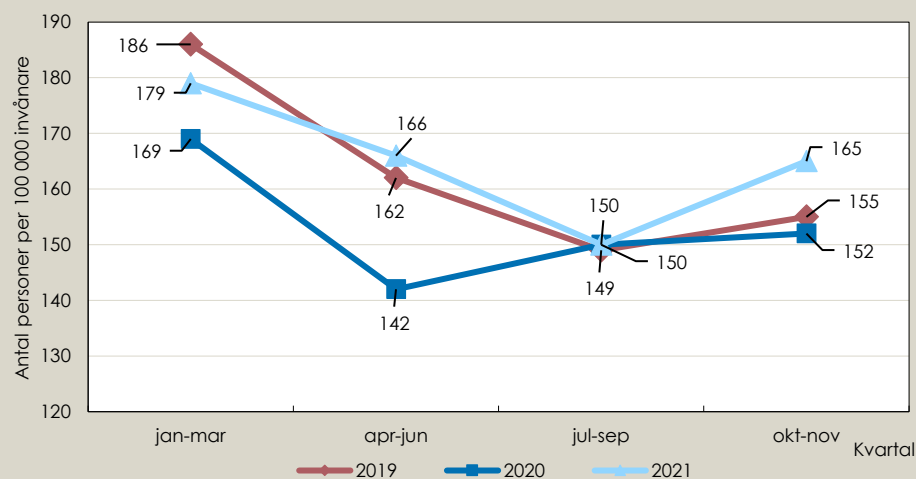
¹⁴ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-i-prioriterade-grupper/>

¹⁵ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>

under perioden oktober–november 2021 låg den på en högre nivå än motsvarande period 2019.

Figur 11. Andel personer som flyttade in på särskilt boende för äldre

Andelen personer i befolkningen (70 år och äldre) som flyttade in på särskilt boende för äldre under 2019–2021. Andelarna är medelvärden per månad uppdelade på kvartal. I sista kvartalet ingår ej december då denna månad saknas för 2021.



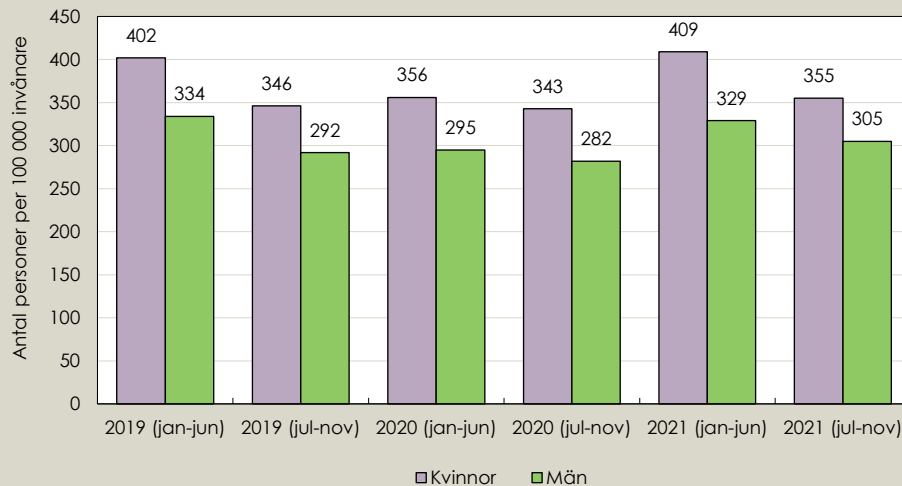
Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, och befolkningsstatistik från SCB.

Andelen personer som flyttar in på SÄBO ökar med stigande ålder, och den högsta frekvensen ses hos personer 80 år och äldre (figur 12 och 13). Trenden är också att fler äldre väljer att flytta in på SÄBO under perioden januari–juni, vilket även gäller för tidigare år.¹⁶ Av figur 12 framgår att andelen kvinnor som flyttar in på SÄBO är högre än andelen män i åldersgruppen 80 år och äldre. I den lägre åldersgruppen skiljer sig däremot inte andelarna mellan könen (figur 13). Figur 12 visar också att det är just i den äldre åldersgruppen som minskningen var som störst under perioden januari–juni 2020 i jämförelse med motsvarande period 2019. Detta syntes för både män och kvinnor.

¹⁶ Redovisas inte i lägesrapporten.

Figur 12. Andel kvinnor och män 80 år och äldre som flyttade in på särskilt boende för äldre

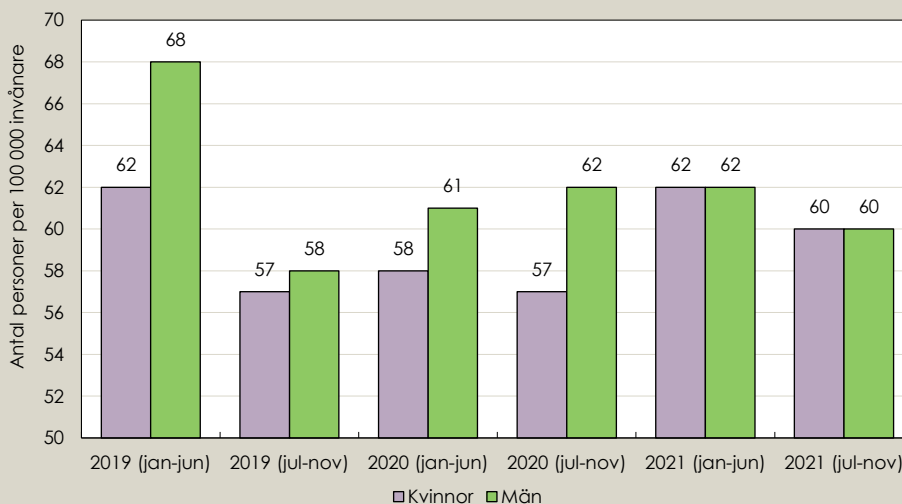
Antal kvinnor och män, 80 år och äldre, per 100 000 invånare i befolkningen som flyttade in på särskilt boende för äldre under 2019–2021. Andelarna är medelvärden per månad uppdelade på halvår. Under andra halvåret ingår ej december då denna månad saknas för 2021.



Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, och befolkningsstatistik från SCB.

Figur 13. Andel kvinnor och män 70–79 år som flyttade in på särskilt boende för äldre

Antal kvinnor och män, 70–79 år, per 100 000 invånare i befolkningen som flyttade in på särskilt boende för äldre under 2019–2021. Andelarna är medelvärden per månad uppdelade på halvår. Under andra halvåret ingår ej december då denna månad saknas för 2021.



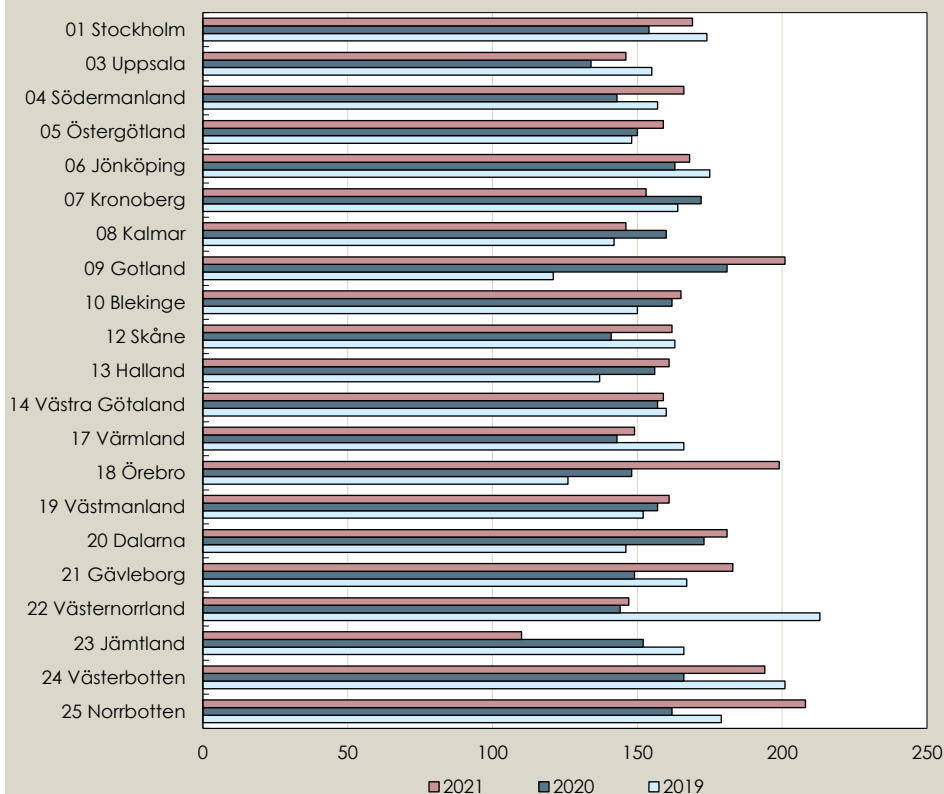
Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, och befolkningsstatistik från SCB.

I de flesta regionerna ökade andelen äldre som flyttade in på SÄBO under perioden januari–juni 2021 jämfört med motsvarande period 2019 och 2020 (figur 14). Ökningen fortsatte även under oktober–november 2021. Region Gotland uppvisade den största ökningen. Där ökade antalet personer som flyttade in på SÄBO från 121 personer per 100 000 invånare 2019 till 201 personer per 100 000 invånare 2021, en ökning med 66 procent. De regionala

skillnaderna reflekterar troligtvis att smittspridningen såg olika ut i de olika regionerna.

Figur 14. Andel personer 70 år och äldre som flyttade in på särskilt boende för äldre uppdelat på region

Antal personer, 70 år och äldre, per 100 000 invånare i befolkningen som flyttade in på särskilt boende för äldre under 2019–2021. Andelarna är medelvärden per månad uppdelade på år (december ingår ej då denna månad saknas för 2021).



Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret, och befolkningsstatistik från SCB.

Sammanfattningsvis kan Socialstyrelsen konstatera att fler äldre söker och får socialtjänstinsatser för första gången, jämfört med 2020. Både hemtjänsten och SÄBO ligger nu på samma nivå som innan pandemin år 2019.

Munhälsa hos äldre

Det är få äldre personer i Sverige som helt saknar egna tänder jämfört med många länder utanför Norden. En stor andel av den äldre i befolkningen besöker också tandvården regelbundet, vilket ger förutsättningar för en hälsofrämjande och förebyggande tandvård. Fler tänder och lagningar i munnen leder också till ett ökat behov av både tandvård och egenvård [5].

Förmågan att upprätthålla munhälsan kan främjas med tandvårdens rådgivning om kost och regelbunden munvård, vilket minskar risken för påverkan på munhälsan. Nationella riktlinjer för tandvård uppdaterades 2021 med rekommendationer för bl.a. personer med särskilda behov, exempelvis sköra äldre [35].

En internationell utblick

Förenta nationernas generalförsamling har deklarerat 2021–2030 ett ”decennium för hälsosamt åldrande” med ett fokus på globalt samarbete i linje med att vi går in i de sista tio åren av de globala målen för hållbar utveckling, agenda 2030 [36, 37]. Detta initiativ ska särskilt fokusera på fyra viktiga områden: åldersvänliga miljöer, kampen mot ålderism, välfungerande långtidsvård samt en sammanhållen vård, omsorg och prevention. I samband med detta har också munhälsans betydelse för ett hälsosamt åldrande uppmärksamats.

I Världshälsoförsamlingens¹⁷ (WHA) resolution WHA74.5[38] uppmanades WHO att i samråd med medlemsstaterna utveckla ett utkast till en global strategi för att ta itu med orala sjukdomar, vilken den 27 januari 2022 antogs vid WHO:s 150:e styrelsemöte (EB150) [39]. Resolutionen om munhälsa lyfter bl.a. betydelsen av en god munhälsa hos äldre med tanke på att munhälsan är avgörande för ett hälsosamt åldrande [40].

Vägledande principer i strategin är bl.a. ett tydligare folkhälsoperspektiv på oral hälsa och större integration av munhälsa inom hälso- och sjukvården. Översatt till en svensk och nordisk kontext ligger WHO:s strategi nära pågående reformarbeten likt den svenska utvecklingen av en god och nära vård.

Utmaningar för en bibehållen god munhälsoutveckling

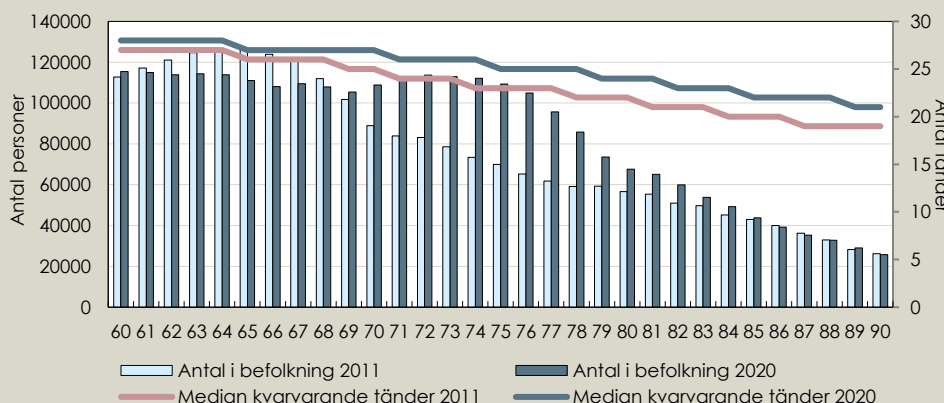
Demografin i Sverige med stora barnkullar under och efter krigsåren pekar på ett sannolikt ökat behov av munvård och tandvård när fyrtioåringarna närmar sig 85-årsåldern inom en mycket snar framtid (figur 1). (Se även avsnittet *Demografi*). Även om de flesta får uppleva en god hälsa med stigande ålder har studier visat att upp till 25 procent av personerna över 85 års ålder uppvisar tecken på skörhet som ökar risken för att munhälsan påverkas negativt [41, 42].

Samtidigt som andelen äldre ökar hade de som var över 80 år gamla 2020 flera tänder jämfört med motsvarande åldersgrupp 2011 (figur 15). Exempelvis hade en 80-åring 2020 i medianvärde två tänder mer än en 80-åring hade 2011.

Antalet personer som är 75 år 2020 är 62 procent fler än 80-åringarna, vilket innebär en förväntad kraftig ökning av antalet 80-åringar inom en 10-årsperiod.

¹⁷ WHA, World Health Assembly, är Världshälsoorganisationens (WHO) högsta beslutande församling och samlas en gång om året.

Figur 15. Folkmängd* och median kvarvarande tänder 2011 och 2020 efter ålder, 60 år – 90 års ålder



*Folkmängd efter ålder år 2011 och 2020.

Källa: SCB och Socialstyrelsen.

Denna förväntade ökade andel äldre personer med speciella behov av anpassad tandvård och munvårdsinsatser från vård- och omsorgspersonal medför ett ökat behov av kompetensutveckling för att upprätthålla en god munhälsa och munvård inom vård- och omsorgsverksamheter. Personer som har stöd av hemtjänst och personer som får kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende är en växande målgrupp som kommer att behöva detta stöd från vård- och omsorgspersonalen i nära samverkan med tandvården [43].

Nationella riktlinjer för tandvård

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård har genomgått en omfattande uppdatering och utveckling som kommer att kunna ha betydelse för äldre personers munhälsa [35]. I de riktlinjer som publicerades 2021 finns rekommendationer om insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdomar, utreda och diagnostisera samt behandla och rehabilitera. Det är ett större fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder som exempelvis att vid tandläkarbesök uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor. Munhälsans betydelse för livskvaliteten har fått större fokus i riktlinjerna eftersom munhälsan kan påverka hela kroppen, den psykiska hälsan och risken för infektioner som kan medföra ökad risk för en nedsatt allmän hälsa.

Många äldre och sjuka patienter förlorar sin tidigare regelbundna kontakt med tandvården, särskilt vid kognitiva funktionsnedsättningar. Detta kan hota deras hälsa allvarligt, med en ökad risk för infektioner i munnen som kan sprida sig till andra delar av kroppen. En nedsatt munhälsa kan också påverka möjligheter att tugga och svälja mat och dryck, vilket kan påverka det allmänna välbefinnandet och bidra till undernäring. Tandvården behöver därför ha ett strukturerat arbetssätt för att upprätthålla tandvårdskontakten med patienter som lämnar återbud eller uteblir från tandvårdsbesök, och utveckla samverkan med hälso- och sjukvården.

En strukturerad och god samordning av insatser från tandvården med annan hälso- och sjukvård är ofta nödvändig för att bibehålla munhälsan hos patienter som får vård av flera instanser. Både tandvårdsbehovet och den dagliga munvården behöver uppmärksammas t.ex. när en patient ska gå över

från sjukhusvård till kommunal omsorg. Tandvård och egenvårdsråd kan då inkluderas i patientens vårdplan. Denna samordning kräver en god samverkan mellan de olika aktörerna i vårdkedjan.

Nya rekommendationer har därför tillkommit för att främja hälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd på grund av t.ex. kognitiv svikt, psykisk ohälsa eller andra funktionsnedsättningar och sjukdomar. Det kan röra sig om äldre personer med insatser från socialtjänsten i form av vård- och omsorgsboende eller hemtjänst, vilka ofta har ett ökat behov av stöd i sin dagliga munvård. Det har också tillkommit rekommendationer om att vård- och omsorgspersonalen bör få utbildning från tandvården i att ge sådant stöd. En del patienter kan också behöva tandvård på plats på boendet eller i hemmet, t.ex. gällande akuta tillstånd, förebyggande åtgärder, enkla tandlagningar och protesjusteringar.

Kunskap och vägledning om munhälsa för vård- och omsorgspersonal

Socialstyrelsens rapport från 2018, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget* [44], påvisar bl.a. att många verksamheter inom äldreomsorg och LSS ser ett behov av att öka kunskapen om munhälsa och munvård hos vård- och omsorgspersonal. Till detta uppger också kommunerna att det finns behov av specifik kunskap om munhälsan för olika målgrupper med särskilda sjukdomar och tillstånd. Dessutom finns en stor efterfrågan på nationellt stöd till kommuner och andra aktörer.

Utredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa*, SOU 2021:8 [45], konstaterar att regionernas befintliga munvårdsutbildningar har haft problem att fylla platserna, och att det efterfrågas någon form av digital grundutbildning i munhälsa och munvård som kan genomföras i anslutning till nyanställning och vid behov. Utredningen föreslår att utbildningarna om munhälsa och munvård får större flexibilitet i tid och innehåll och att de även kan användas som en introduktion av de arbetsuppgifter som omsorgspersonalen ska utföra. Utredningen föreslår också att regionernas ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet upphör och övergår till verksamheterna själva, eftersom de ska utföra munvården.

Att stödja munhälsan för äldre

Socialstyrelsen har tagit fram en webbaserad utbildning i munhälsa för vård- och omsorgspersonal, publicerad på Socialstyrelsens utbildningsportal i maj 2021 [46].

Utbildningen bygger på samlad och aktuell kunskap om munhälsa och munvård och ger en bred förståelse för munhälsans betydelse för hälsan och välbefinnandet samt vad baspersonalen kan göra för att arbeta förebyggande och minska risken för skador i munnen. Den är framtagen av Socialstyrelsen i dialog med extern expertis på området.

Webbutbildningen om munhälsa och munvård är i linje med det som lyfts i betänkandet *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik*

tandhälsa [45], en flexibel och digital utbildning som ger grundläggande kunskaper om munhälsa och munvård.

Det är Socialstyrelsens bedömning att webbutbildningen i nuvarande version riktas till personal på grundläggande nivå och är anpassad till målgruppen baspersonal. De yrkesgrupper som tas upp i regeringsuppdraget, t.ex. legitimerad personal, biståndshandläggare, handläggare av tandvårdsstöd inom kommunsektorn och personal inom slutenvården, bedöms därför behöva särskilt anpassade utbildningar. På så sätt kan hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper om munhälsans betydelse öka, vilket är ett behov som påtalats tidigare [44, 47].

Sannolikt kan anpassade utbildningar för exempelvis personal inom socialtjänsten på samma sätt öka kunskapen om både munhälsans betydelse och hur tandvårdssystemet är uppbyggt, vilket skulle kunna leda till en mer jämlik mun- och tandhälsa inte minst för den äldre befolkningen. Information om utbildningen har spridits genom Socialstyrelsens kanaler, och cirka 2 200 personer har genomgått utbildningen under de sex första månaderna sedan den publicerades.

Vägledning för munhälsa vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram ett stöd till relevanta verksamheter med syfte att främja insatser för en god munhälsa för personer med demenssjukdom [48]. Uppdraget genomfördes parallellt med uppdraget att ta fram en webbaserad utbildning i munhälsa. Dessa projekt har i många delar samverkat och publicerades före sommaren 2021. Nationella riktlinjer för tandvård publicerades i remissversion under hösten 2021, och vägledningen anknyter till flera av rekommendationerna för sköra gruppers munhälsa [35].

Personer med demenssjukdom riskerar en sämre munhälsa, och tappar ofta kontakten med tandvården. Munhälsan behöver vara en del av den regelbundna uppföljningen av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Risken för bristande munhälsa ökar redan tidigt i demenssjukdomen. Det kan leda till skador som ger smärta och försämrad allmän hälsa som följd. Men med rätt insatser under sjukdomsförloppet kan en god munhälsa bibehållas.

Målgruppen för vägledningen är chefer, verksamhetsutvecklare och personal inom socialtjänst, tandvård samt hälso- och sjukvård.

Ett fokus som vägledningen betonar är att uppmärksamma munhälsan i alla led, och så tidigt som möjligt vid en demenssjukdom. Det kan ske med enkla frågor eller strukturerade bedömningsinstrument som ROAG. (Se även avsnittet *En bättre vård och omsorg för personer med demenssjukdom.*)

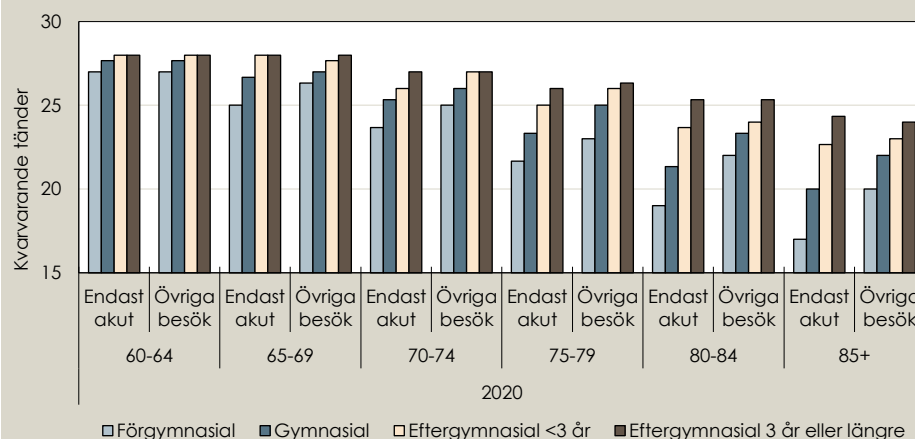
Jämlik tandhälsa

Hög socioekonomisk status kan kopplas till en genomsnittligt bättre hälsoutveckling över tid. Tandhälsan¹⁸ följer detta mönster, med sämre tandhälsa med stigande ålder hos personer med lägre utbildningsbakgrund jämfört med personer med hög utbildningsbakgrund. Regelbunden tandvård jämfört med

¹⁸ Antal kvarvarande tänder är ett mått på tandhälsa.

att söka tandvård endast vid akuta besvär har större betydelse för tandhälsoutvecklingen bland personer med förgymnasial utbildningsbakgrund jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (figur 16). Tandhälsans utveckling är komplex, och bl.a. skillnader i hälsobeteende har förts fram som en förklaringsmodell [49].

Figur 16. Antal kvarvarande tänder år 2020 efter utbildningsbakgrund, vana att besöka tandvård och ålder

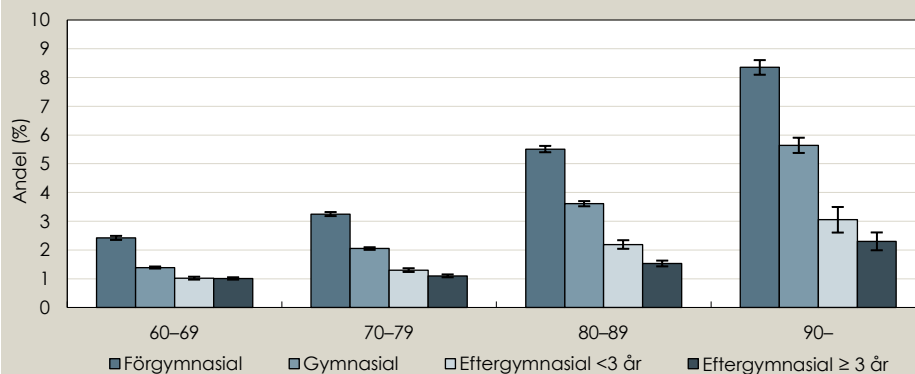


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Total tandlöshet är mycket ovanligt i Sverige. Bland personer 60 år eller äldre är det vanligast hos personer med förgymnasial utbildningsbakgrund (figur 17).

Figur 17. Skattad* andel tandlösa i befolkningen, efter utbildningsnivå

Personer 60 år och äldre, båda könen.



*Andel och 95% konfidensintervall för personer med 0 egna tänder i befolkningen skattas genom att beräkna andelen av de som besökt tandvården 2009-2020 som har noll egna tänder. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift ingår i beräkningen.

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Skillnaderna i aktuell tand- och munhälsa samt tandvårdskonsumtion bland äldre personer kan öka sårbarheten för både tandhälsan och den allmänna hälsan, något som också påvisats under den pågående covid-19-pandemin. Personer 70 år och äldre med nödvändig tandvård¹⁹ minskade besöken till

¹⁹ Regionerna ansvarar enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) bl.a. för tandvårdsstödet *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade* (8-9 §). Tandvården ska erbjuda uppsökande verksamhet till personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. För att kunna få nödvändig tandvård

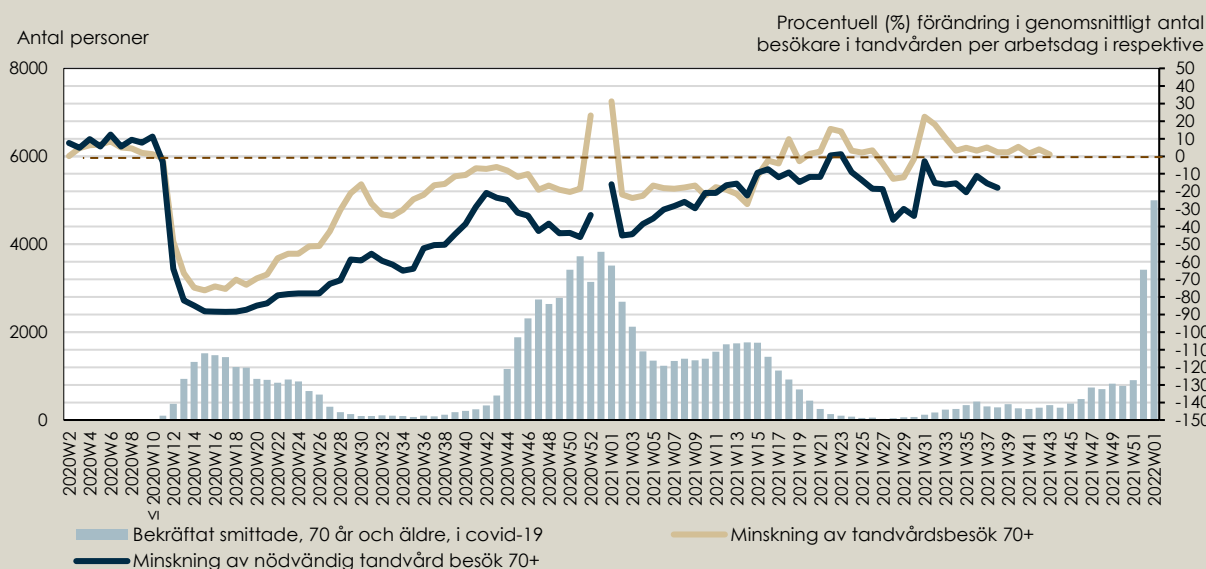
tandvården mer än motsvarande åldersgrupp med statligt tandvårdsstöd under pandemins första våg (figur 18).

Under den tid de planerade tandvårdsbesöken minskade eller upphörde för personer med nödvändig tandvård ökade betydelsen av adekvat förebyggande egenvård. I de fall man inte klarar munvården själv, eller med hjälp av en närstående, behöver regelbunden bedömning av munhälsa och munvård utföras av vård- och omsorgspersonal.

Sent in på 2021 hade personer med nödvändig tandvård ännu inte återgått till samma antal tandvårdsbesök som 2019. Med tandvårdsbesök menas i detta avseende både besök på en tandklinik och besök av tandvårdspersonal i ordinärt eller särskilt boende för äldre. Personer 70 år och äldre med statligt tandvårdsstöd hade emellertid samma antal besök under hela 2021 som för 2019, vilket tyder på en återgång till samma besöksmönster som innan pandemin (figur 18) [50].

Figur 18. Antal personer bekräftat smittade av covid-19, per vecka och procentuell förändring av tandvårdsbesök 2020-2021 jämfört med 2019 bland personer med och utan nödvändig tandvård

Antal personer 70 år och äldre bekräftat smittade av covid-19 enligt SmiNet fram till den 10 januari 2022.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

Fysisk aktivitet främjar hälsan

Hälsofrämjande åtgärder för äldre skiljer sig ofta från dem som riktar sig till de yngre generationerna. Detta beror delvis på det faktum att den äldres hälsa i allmänhet är sämre [9, 10]. Äldre personer är mer benägna att ha kroniska sjukdomar och flera sjukdomstillstånd, och deras funktionsförmåga kan vara begränsad [51].

och munhälsobedömning behöver den enskilde ett tandvårdsintyg. Till exempel har personer som har insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, rätt till intyg om nödvändig tandvård. Andra som omfattas kan vara personer som får omfattande vård- och omsorgsinsatser och som har hemtjänst, hemsjukvård eller bor i särskilda boendeformer för äldre.

Äldre människor tenderar att drabbas av ensamhet och social isolering. Detta innebär att hälsofrämjande program för de äldre måste ta hänsyn till begränsningarna i deras hälsa och dagliga aktiviteter, och att det krävs mer engagemang av professionella aktörer och mer individualiserade strategier.

Hälsofrämjande strategier för äldre har i allmänhet tre grundläggande mål:

- att upprätthålla och öka funktionsförmågan
- att bibehålla eller förbättra egenvården
- att stimulera ett socialt nätverk [51].

Tanken bakom dessa strategier är att bidra till ett längre, självständigt liv med god livskvalitet [10]. Även socialt nätverk och sociala aktiviteter, exempelvis lärande aktiviteter och deltagande i kulturella evenemang, är en förutsättning för ett hälsosamt åldrande [13, 14].

Folkhälsomyndigheten uppdaterade rekommendationerna för fysisk aktivitet och stillasittande under 2021. Samma rekommendationer gäller för personer 65 år och äldre som för övriga vuxna [52]. Äldre bör dessutom komplettera vardagliga rörelser med fysisk aktivitet som kombinerar balans, styrka och rörlighet tre eller flera dagar i veckan för att bevara fysisk funktion och förebygga fall.

En grupp som riskerar att exkluderas från rekommendationerna är personer med behov av stöd i det dagliga livet, och hit hör äldre personer som behöver vård och omsorg. De kan ha starkt begränsade möjligheter att röra sig. Men med olika former av stöd – allt från att motiveras till rörelse till att erbjudas rörelse i form av promenader, gruppaktiviteter och tillgängliga miljöer som uppmuntrar till rörelse – kan även de integreras i det allmänna folkhälsoarbetet. Här är det viktigt hur äldreomsorgen ser på och tillgodoser äldres behov av stöd och omsorg.

Arbetet med att skapa mer jämlika förutsättningar för fysisk aktivitet och minskat stillasittande berör många samhällssektorer. Det kan t.ex. handla om samhällsplanering för trygga, tillgängliga och inspirerande miljöer, eller insatser som främjar fysisk aktivitet inom vård- och omsorgsverksamheter. Rekommendationernas huvudbudskap är följande:

- All rörelse räknas. Samla rörelser i vardagen och hitta vardagsaktiviteter.
- Ta rörelsepauser. Några minuter varje halvtimme minskar riskerna med långvarigt stillasittande.
- Det är bättre att vara lite fysiskt aktiv än att inte vara aktiv alls.
- Börja med små mängder fysisk aktivitet, och öka gradvis frekvensen, intensiteten och varaktigheten.
- Alla barn, ungdomar, vuxna och äldre bör ges säkra och jämlika möjligheter att medverka i fysiska aktiviteter som är roliga, erbjuder variation samt är lämpliga och anpassade utifrån ålder och funktionsförmåga [52].

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA) skriver i sina rekommendationer, som också uppdaterades 2021, att äldre som inte kan nå upp till rekommendationerna bör vara så aktiva som deras tillstånd medger [53]. Aktiviteter såsom vardagssysslor och långsamma promenader kan vara tillräckligt ansträngande för att ge betydelsefulla hälsovinster för äldre. För sköra äldre kan

det vara värdefullt att bryta långvarigt stillasittande genom uppresning till stående.

YFA konstaterar också att vinsterna med fysisk aktivitet överväger riskerna. Fysisk aktivitet med låg och måttlig intensitet är förenad med mycket låga risker bland friska äldre. För äldre med nedsatt balans eller fysisk funktion måste fallriskbedömning göras. Gradvis ökning av tid och/eller intensitet minskar riskerna.

Strategi för att minska fallskador för äldre

Fallolyckor är ett stort folkhälsoproblem med allvarliga konsekvenser för den som drabbas, i form av försämrad livskvalitet och lidande. Fall är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer skadar sig och är den olyckstyp som orsakar flest sjukhusinläggningar. Det är svårt att veta hur många fall som sker varje år i Sverige, men internationella studier visar att ungefär en tredjedel av alla som är 65 år och äldre faller minst en gång per år [54, 55]. Andelen som faller ökar ytterligare med stigande ålder, sämre hälsa och är högre för dem som bor på äldreboende eller är inlagda på sjukhus [56, 57]. Enligt SBU:s översiktsrapport från november 2021 minskar fysisk aktivitet antalet fall med 23 procent hos äldre som inte bor i särskilda boendeformer såsom äldreboende eller serviceboende [58].

Ett delmål i Sveriges nationella strategi för hälsa är att årligen minska antalet fallskador bland personer 80 år och äldre med 10 per 1 000 invånare [59, 60]. År 2020 fanns det i Sverige drygt 543 700 personer 80 år och äldre [61]. Det innebär att målnivån år 2020 var att minska antalet fallskador med drygt 5 400 för målgruppen 80 år och äldre.

Officiell statistik 2020 visar att drygt 52 500 personer 80 år och äldre vårdades för fallskada. Av dessa blev 30 900 personer inlagda på vårdavdelning med en medelvårdtid på drygt sex dagar, medan 21 600 personer erhöll vård på akutmottagning eller i öppen specialiserad vård. Drygt 760 personer avled till följd av fallet. Fallskador för personer 80 år och äldre visar en minskning jämfört med 2019. Medelvårdtiden är oförändrad mellan 2019 och 2020. Antalet avlidna till följd av fallskada ökade med 70 personer (tabell 1). Flertalet äldre personer som vårdas i slutenvård för fallskada är personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Majoriteten av alla dessa fall sker i den egna bostaden [62].

Tabell 1. Antal patienter ≥ 80 år som vårdats för fallskada inom den regionala hälso- och sjukvården eller avlidit till följd av fall, riket 2018–2020

Patienter vårdade för fallskada år 2018	Kvinnor	Män	Totalt
Vårdavdelning (minst ett dygn)	21 072	10 244	31 316
Medelvårdtid på vårdavdelning vid fallskada	7 dgr	7 dgr	7 dgr
Akutmottagning eller i specialiserad öppen vård	16 103	8 096	24 199
Vårdavdelning, akutmottagning och specialiserad öppen vård	37 175	18 340	55 515
Avlider till följd av fall	394	340	734
Patienter vårdade för fallskada år 2019	Kvinnor	Män	Totalt
Vårdavdelning (minst ett dygn)	21 003	10 514	31 517
Medelvårdtid på vårdavdelning vid fallskada	7 dgr	6 dgr	6 dgr
Akutmottagning eller i specialiserad öppen vård	16 245	8 433	24 678
Vårdavdelning, akutmottagning och specialiserad öppen vård	37 248	18 947	56 195
Avlider till följd av fall	367	325	692
Patienter vårdade för fallskada år 2020	Kvinnor	Män	Totalt
Vårdavdelning (minst ett dygn)	20 400	10 504	30 904
Medelvårdtid på vårdavdelning vid fallskada	6 dgr	6 dgr	6 dgr
Akutmottagning eller i specialiserad öppen vård	14 219	7 387	21 606
Vårdavdelning, akutmottagning och specialiserad öppen vård	34 619	17 891	52 510
Avlider till följd av fall	396	367	763

Källa: Statistikdatabas för fallolycka och dödsorsak (W00–W19), Socialstyrelsen.

En av de viktigaste åtgärderna för att minska risken för fall är att bedöma om en patient har förhöjd risk att falla. För personer 65 år och äldre och vuxna med neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd genomförs fallriskvärdering. Om det finns en förhöjd risk för fall ska en strukturerad fallriskutredning genomföras [63]. 2021 års resultat i öppna jämförelser för kommunal hälso- och sjukvård av indikatorn *Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården* visar att 69 procent av kommunerna arbetar med fallriskvärdering av patienten vid inskrivning i hemsjukvården [64].

Socialstyrelsen har sedan 2015 haft regeringens uppdrag att arbeta med fallprevention. Uppdraget har inneburit att ta fram dels ett samlat stöd kring fallprevention riktad till professionen och verksamhetsledningen, dels webbutbildningar som stödjer ett fallpreventivt arbetssätt. Dessutom ingick att årligen genomföra en informationskampanj riktad till äldre kring hur man kan skydda sig själv från en fallolycka. Uppdraget slutredovisades i mars 2021. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen tagit fram tre webbutbildningar²⁰ riktade till professionen inom vård och omsorg, ett samlat kunskapsstöd som finns tillgängligt på kunskapsguiden.se samt olika informationsmaterial riktade till äldre om hur de själva kan skydda sig från fallolyckor.

²⁰ <https://kunskapsguiden.se/utbildningar/>

Alkoholvanor bland äldre

Alkoholvanor

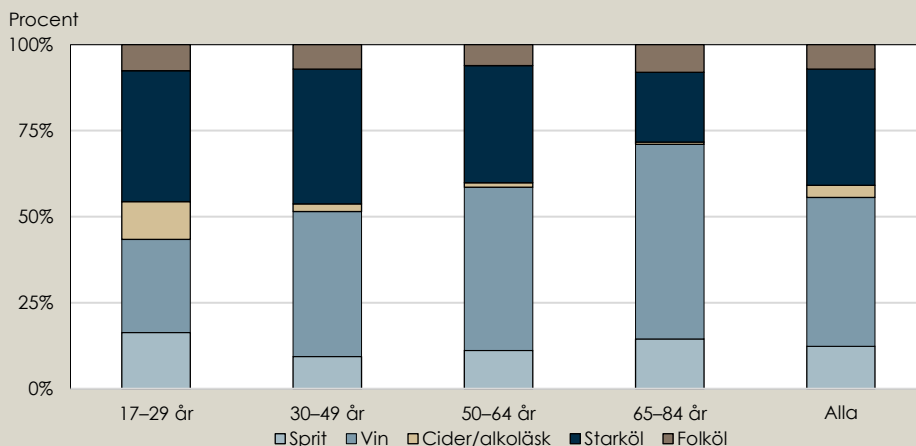
Enligt rapporten *Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2020* från CAN dricker omkring 75 procent av den vuxna befolkningen (17–84 år) alkohol minst en gång under en 30-dagarsperiod [65]. Antalet alkoholkonsumenter (dvs. personer som druckit alkohol senaste 30 dagarna) har minskat över tid, utom i gruppen 65–84 år. I den gruppen har andelen ökat från knappt två tredjedelar till tre fjärdedelar på omkring 15 år. Detta trots att 81–84-åringar tillkommit i gruppen, vilket innebär att den har utökats med personer med mera återhållsamma alkoholvanor.

Inte bara färre personer i befolkningen dricker, även mängden alkohol som konsumeras sjönk mellan 2004 och 2019. Under pandemiåret 2020 sjönk årskonsumtionen ytterligare med närmare 7 procent jämfört med året innan. Minskat resande och socialt umgänge, liksom färre restaurangbesök, var de främsta förklaringarna till nedgången. Men 65–84-åringarna har tvärtom ökat sin årskonsumtion sedan 2004, och under 2020 ökade den med 4 procent. Det beror inte på att man har ökat sin konsumtion i takt med att man har åldrats eller på grund av pandemin, utan på att dagens äldre har ersatt tidigare generationer som hade mindre omfattande alkoholvanor.

Generellt sett ökar inte alkoholkonsumtionen när en person åldras. Tvärtom är det vanliga att konsumtionen minskar i takt med stigande ålder. Och fortfarande dricker de yngsta generellt sett mest alkohol medan de äldsta dricker minst.

Olika alkoholdryckers andel av totalkonsumtionen uttryckt i ren alkohol varierar mellan olika åldersgrupper (figur 19). Starkölets bidrag avtar med stigande ålder. För vin är åldersutvecklingen den motsatta: 27 procent av de yngstas konsumtion utgjordes av vin, men bland 65–84-åringarna var motsvarande andel 57 procent. Ålderskillnaderna är små vad gäller folkölets andel (omkring 7 procent), medan cider och alkoläsk främst dricks av de yngre. Den yngsta åldersgruppen uppvisar den största blandningen av dryckessorterna. Den äldsta gruppen är den enda där en dryck (vin) står för över hälften av den totala konsumtionen. Könsuppdelad statistik saknas.

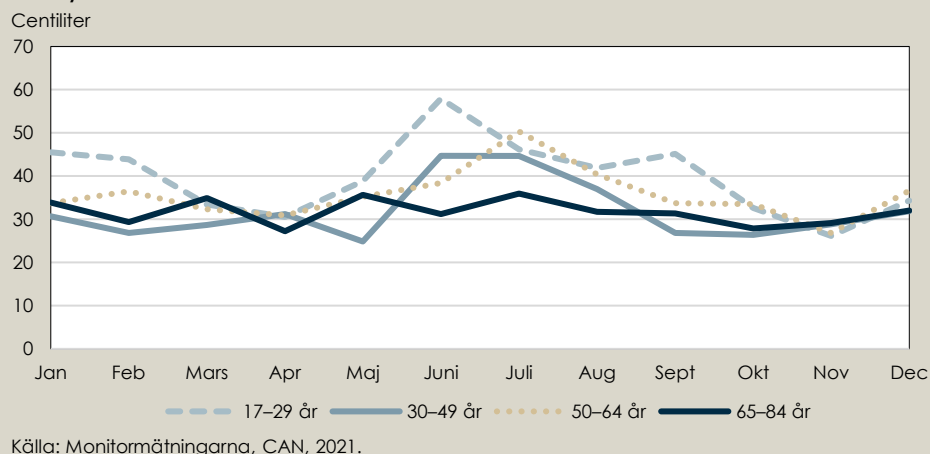
Figur 19. Konsumtionsandelar av olika alkoholdrycker i liter ren (100 %) alkohol i befolkningen 17–84 år, fördelat på åldersgrupper. År 2020



Källa: Monitormätningarna, CAN, 2021.

Alkoholkonsumtionen varierar över året (figur 20) [65]. Alla fyra åldersgrupperna visar på en förhöjd konsumtion under sommaren, men i den äldsta åldersgruppen är dryckesmönstret betydligt mera jämnt fördelat över årets månader. Detta torde hänga samman med att denna åldersgrupp inte längre är yrkesverksam i någon större grad. Ett liknande mönster ses veckovis. Könsuppdelad statistik saknas.

Figur 20. Självrapporterad konsumtion i cl ren (100%) alkohol i befolkningen 17–84 år, fördelat på månader och åldersgrupper. 2018/2019–2020



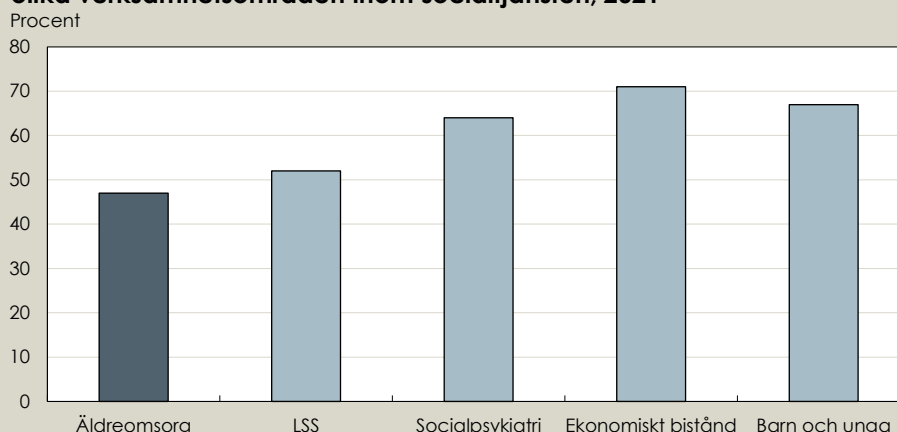
Intensivkonsumtion (att vid ett och samma tillfälle dricka minst en flaska vin eller motsvarande mängd alkohol) är vanligast i den yngsta åldersgruppen och avtar med åldern. Över tid har andelen under 50 år som intensivkonsumerat senaste 30 dagarna minskat, medan de som är 50 år och äldre har uppvisat öknings. 2020 hade 10 procent av 17–29-åringarna intensivkonsumerat minst en gång i veckan, jämfört med 4 procent av 65–84-åringarna [65]. Samtidigt drack den yngsta åldersgruppen minst ofta (3,3 gånger per månad) medan den äldsta drack nästan dubbelt så ofta (6,0 gånger).

Ökat risk- och missbruk av alkohol bland äldre kräver ökade insatser

Det syns en ökad förekomst av diagnoserna psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol bland sköra och multisjuka äldre som återinskrivs inom slutenvården [66]. Ökad alkoholkonsumtion bland äldre ställer ökade krav på äldreomsorgen, missbruksvården och socialtjänsten [67].

En person som har behov av olika insatser inom socialtjänsten ska få sina insatser samordnade. 2021 års resultat av öppna jämförelser för äldreomsorg visar att andelen kommuner som har aktuella rutiner för samordning mellan äldreomsorgen och missbruksenheten har ökat med 4 procentenheter till 44 procent (133 kommuner av 302). Figur 21 visar andelen kommuner som 2021 hade aktuella rutiner för samordning mellan missbruksenheten och olika socialtjänstområden. Äldreomsorgen är det verksamhetsområde som har den lägsta andelen rutiner för samordning mellan missbruksenheten och olika socialtjänstområden.

Figur 21. Aktuell rutin för intern samordning mellan missbruksenheten och olika verksamhetsområden inom socialtjänsten, 2021



Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, Socialstyrelsen, 2021.

Pensionärernas inkomster blir allt bättre

För att få en bättre helhetsbild av äldres ekonomi analyserade Alecta äldres alla inkomster (förutom kapitalinkomster och privat pensionssparande)²¹ i en studie som publicerades våren 2021 [68].

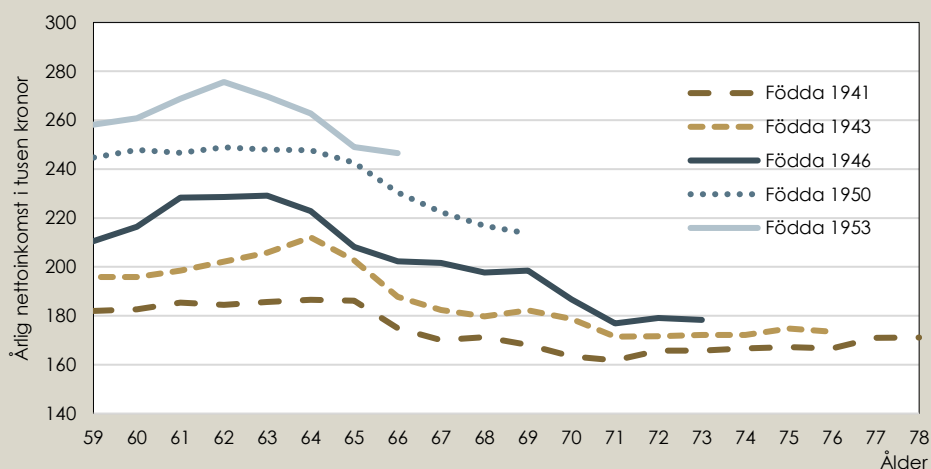
Pensionen är inte den enda inkomstkällan för många äldre i Sverige. Till exempel har 350 000 personer över 65 år inkomster från både jobb och pension. Det betyder att var tredje 68-åring och var femte 73-åring får en del av sin inkomst från arbete. Även transfereringar påverkar många äldres inkomster: 290 000 personer 65 år och äldre har bostadstillägg som ger upp till 6 540 kronor i månaden skattefritt, och 24 000 äldre har äldreomsorgsstöd.

Analysen visar att en medelinkomsttagare i Sverige efter 70 års ålder har en inkomst som motsvarar ungefär 75 procent av inkomsten vid 62 års ålder. Så har det varit en längre tid; inkomstutvecklingen från 62 års ålder är oväntat jämn mellan dem som är födda 1941, 1943, 1946 och 1950. Samtidigt som pensionens storlek i förhållande till lönen har varit jämn över tid, har Sveriges pensionärer fått allt högre inkomster, beräknat på medianinkomst och omräknat till dagens penningvärde (figur nedan).

Att de mer nyblivna pensionärerna har lyckats hålla upp nivån på sin inkomst beror framför allt på att de i högre grad har arbetat fram till pensionen, fler har valt att både jobba och ta ut pension samt att tjänstepensionerna har vuxit i betydelse. Vid 70 års ålder förvärvsarbetar drygt 8 000 kvinnor (13 procent) och 13 000 män (25 procent), och vid 80 års ålder förvärvsarbetar 5 procent av kvinnorna och 12 procent av männen [69].

²¹ Med hjälp av data från Statistiska centralbyrån analyserade Alecta inkomsterna för de tre miljoner svenskar som är mellan 55 och 85 år.

Figur 22. Årlig inkomst efter skatt; median, 2020 års penningvärde

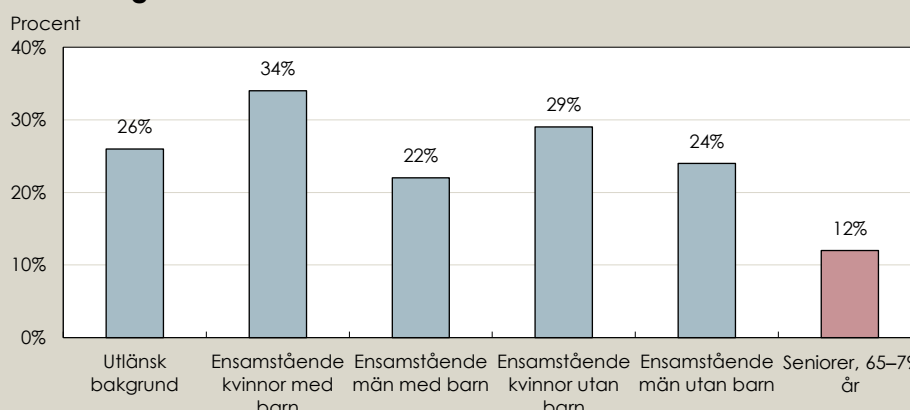


Källa: Alecta samt SCB inkomster - Ekonomisk standard 2019.

Pensionssystemet minskar de ekonomiska klyftorna och lyfter inkomsten för dem som haft de allra lägsta inkomsterna tidigare i livet. För dem med lägst inkomst före pensionen stiger inkomsterna med 10–20 procent på tio år. En förklaring är att de grundskydd som finns i pensionssystemet (främst garanti-pension och bostadstillägg) erbjuder ett starkare skydd mot fattigdom²² än de sociala skyddsnät som finns tidigare under livet. En annan förklaring kan vara att det är många som fortsätter att förvärvsarbeta efter 65-årsdagen. Sammanfattningsvis får var fjärde svensk en högre inkomst som pensionär.

Det finns äldre som har riktigt låga inkomster, men de fattiga pensionärerna är relativt få. Om man använder EU:s definition av fattigdom²² är fattigdom vanligare bland ensamstående och personer med utländsk bakgrund än bland pensionärer (figur nedan).

Figur 23. Andel personer i gruppering som lever i hushåll vars ekonomiska standard är mindre än 60 procent av medianvärdet i befolkningen



Källa: Alecta samt SCB inkomster - Ekonomisk standard 2019.

Fattigdom är också vanligare bland unga i åldrarna 20–50 år än bland pensionärer i åldrarna 65–79 år [70]. Men de äldsta pensionärerna, de som är över

²² Fattigdom definieras som ekonomisk standard som är lägre än 60 procent av medianvärdet för hushåll.

80 år, har i allmänhet lägre inkomster än övriga pensionärer. Det beror på att de lämnade arbetsmarknaden för många år sedan och därför inte har varit med om de kraftiga reallöneökningar som Sverige haft de senaste 20 åren. En annan anledning är att många av pensionärerna över 80 år är änkor som under sitt liv i hög grad varit hemmafruar eller arbetat mycket deltid.

Resurser för vård och omsorg

I det här kapitlet beskrivs de förändringar av resurserna som skett det senaste året i de offentligt finansierade verksamheterna inom vård och omsorg för äldre. Vidare beskrivs utmaningar med kompetensförsörjningen för äldreomsorg samt hälso- och sjukvård, främst i kommunal regi.

Sammanfattande iakttagelser

- Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2020 till 135 miljarder kronor, vilket är en ökning med 1,6 procent jämfört med året innan. Särskilt boende stod för den största andelen av kostnaden (57 procent) följt av hemtjänst för personer i ordinärt boende (42 procent).
- Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre drivs av ökade kostnader för hemtjänst och särskilt boende. Ökningen beror på att kostnaden per hemtjänsttagare och kostnaden per person i särskilt boende för äldre har ökat. En möjlig förklaring till kostnadsökningarna är merkostnader till följd av pandemin. Under året minskade antalet hemtjänsttagare och personer i särskilt boende för äldre.
- Kostnaden för dagverksamhet, korttidsboende och öppen verksamhet har minskat under de senaste åren.
- Vård- och omsorgsverksamheter har problem att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt. Antalet specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården fortsätter att minska. Sedan 2015 har antalet minskat från 28 till 24 per 100 000 invånare år 2019 i gruppen 65 år och äldre. Även antalet sjuksköterskor inom vård och omsorg för äldre har minskat något sedan 2015, men låg ungefär på samma nivå de senaste två åren.
- Det finns flera utmaningar som gör arbetet komplext för första linjens chefer i äldreomsorgen, exempelvis det höga antalet anställda per chef. I en kartläggning genomförd 2021 skattades att medelantalet anställda per chef på särskilt boende för äldre var 50. Första linjens chefer i offentlig regi hade i genomsnitt 47 anställda, medan motsvarande antal i enskild regi var 57.

Kostnader för kommunernas vård och omsorg för äldre

I det här avsnittet beskrivs kommunernas kostnader och kostnadsutveckling för vård och omsorg för äldre. Det bygger främst på kostnadsuppgifter från Statistiska centralbyrån²³ (SCB). För att kostnaderna ska vara jämförbara

²³ 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 kommunen

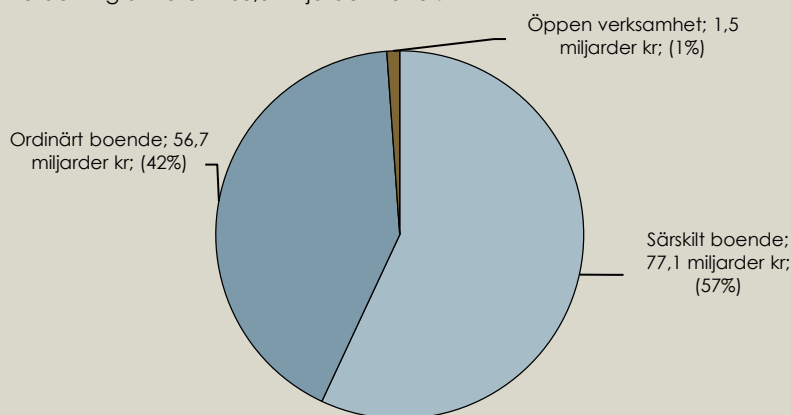
mellan åren är de fastprisberäknade till 2020 års prisnivå²⁴. I bilaga 1 redovisas även kostnaderna i löpande priser.

Kostnaderna ökar

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2020 till 135,3 miljarder kronor (figur 24). Den största delen, 77,1 miljarder kronor (57 procent), är kostnader för särskilt boende (SÄBO), medan kostnaden för vård och omsorg för personer i ordinärt boende uppgick till 56,7 miljarder kronor (42 procent). Öppen verksamhet som inte kräver individuellt biståndsbeslut utgjorde cirka en procent av kostnaderna (1,5 miljarder kronor) (figur 24).

Figur 24. Fördelning av kommunens kostnader för vård och omsorg för äldre 2020

Fördelning av totalt 135,3 miljarder kronor.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2020, SCB.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre har sedan 2016 ökat med 6 miljarder kronor, vilket motsvarar en ökning med 4,6 procent. Den totala kostnadsökningen över tid drivs framför allt av ökade kostnader för hemtjänst och SÄBO, tabell 2. För korttidsboende, dagverksamhet och öppen verksamhet har kostnaderna sjunkit något de senaste åren räknat i 2020 års priser.

har definierat som sin egen och som riktar sig till den egna befolkningen, oavsett om den sköts i offentlig regi eller köps från andra vårdgivare.

²⁴ Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumentprisindex 2020 för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning.

Tabell 2. Kostnader för vård och omsorg för äldre

Miljarder kronor i fasta priser, 2020 års priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Andel	Förändring 2016–2020
	2016	2017	2018	2019	2020	2020	Miljarder kronor (%)
Total kostnad vård och omsorg för äldre	129,3	130,1	134,7	133,1	135,3	100 %	6,0 (4,6 %)
Årlig förändring	1,2 %	0,6 %	3,5 %	- 1,2 %	1,6 %		
Verksamhetsområde							
Särskilt boende för äldre*	73,7	74,1	76,6	75,6	77,1	57 %	3,4 (4,5 %)
Ordinärt boende	53,9	54,2	56,3	55,8	56,7	42 %	2,8 (5,3 %)
- Hemtjänst	43,4	43,7	45,7	45,9	47,3	35 %	3,9 (9,0 %)
- Korttidsboende	7,3	7,1	7,2	6,9	6,7	5 %	- 0,6 (-8,6 %)
- Dagverksamhet och övriga insatser	3,1	3,4	3,4	2,9	2,7	2 %	- 0,4 (-14,0 %)
Öppen verksamhet	1,8	1,8	1,8	1,7	1,5	1 %	- 0,3 (-14,3 %)

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2016–2020, Statistiska centralbyrån.

*Kostnadsposten inkluderar även vård och omsorg för äldre i annat boende enligt SoL och HSL

Under en genomsnittlig månad 2020 bodde 79 860 personer i SÄBO, vilket kan jämföras med 83 540 personer 2016.²⁵ Detta innebär en minskning med 4,4 procent under tidsperioden (tabell 3). Den uppskattade kostnaden per person och år för SÄBO har däremot ökat för varje år med undantag för åren 2018–2019. År 2020 uppgick kostnaden till 965 500 kr per person, vilket är en ökning med 9,4 procent i fasta priser från år 2016.

Antalet personer som bor i ordinärt boende och för vilka det finns beslut om hemtjänst har fluktuerat under tidsperioden, och uppgick år 2020 till 150 790.²⁶ Störst förändring skedde från år 2019 till år 2020, då antalet minskade med 2,1 procent. Kostnaden per hemtjänsttagare har över tid ökat med 10,6 procent i fasta priser, från 283 700 kronor år 2016 till 313 700 kronor år 2020 (tabell 3). Notera att kostnaderna även inkluderar kommunala insatser för personer i ordinärt boende enligt hälso- och sjukvårdslagen (dvs. kommunal hälso- och sjukvård i hemmet), vilket bör tas i beaktande när måttet kostnad per hemtjänsttagare tolkas.²⁷

²⁵ Avser antal personer 65 år och äldre, med pågående beslut om insats enligt SoL, en genomsnittlig månad under respektive år till skillnad mot avsnittet *Socialtjänstinsatser för äldre personer*, där antalet personer i SÄBO den 1 oktober redovisas. Källa: Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

²⁶ Avser antal personer 65 år och äldre, med beslut om insats enligt SoL, en genomsnittlig månad under respektive år. Måttet exkluderar rapporterade hemtjänstbeslut enbart bestående av en eller flera av följande insatser: trygghetslarm, matdistribution, avlösning och ledsagning.

²⁷ Måttet är definierat på samma sätt som i Kolada. Ett mått på kostnad för hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i hemmet per brukare finns i bilaga 1.

Tabell 3. Antal personer under en genomsnittlig månad samt uppskattad kostnad per person och år fördelat på insatser²⁸

Kronor i fasta priser, 2020 års priser.

	2016	2017	2018	2019	2020
Antal personer i SÄBO*	83 540	82 783	82 601	82 273	79 855
Kostnad** per person SÄBO	882 207	895 069	926 757	918 353	964 908
Antal personer som har hemtjänst och bor i ordinärt boende*	152 970	153 447	153 209	154 092	150 792
Kostnad*** per person som har hemtjänst och bor i ordinärt boende	283 521	284 937	298 227	298 103	313 561

*Här avses antal personer under en genomsnittlig månad respektive år. **Avser kostnad för insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. ***Avser kostnad för hemtjänst enligt socialtjänstlagen och för insatser för personer i ordinärt boende enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2016–2020, Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre utgör lite mer än hälften, 51 procent, av kommunernas kostnader för socialtjänst (tabell 4). 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 inom socialtjänsten har kostnaderna för vård och omsorg för äldre sjunkit något de senaste åren. Kostnaderna för vård och omsorg för äldre som andel av kommunernas kostnader har sedan 2016 legat stadigt på omkring 19,1 procent men har under 2020 ökat med 0,5 procentenheter. I relation till bruttonationalprodukten (BNP) har kostnaderna inte ändrats i någon större utsträckning mellan 2016 och 2020.

Tabell 4. Kostnader för vård och omsorg för äldre som andel av kommunernas samlade kostnader

Miljarder kronor i fasta priser, 2020 års priser.

	2016	2017	2018	2019	2020
Total kostnad för vård och omsorg för äldre	129,3	130,1	134,7	133,1	135,3
Andel av kostnader för socialtjänst, (%)	52,3	52,0	51,6	51,2	51,4
Andel av kommunernas kostnader för egen verksamhet, (%)	19,1	19,1	19,1	19,1	19,6
Andel av BNP, (%)	2,7	2,6	2,6	2,6	2,7

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2016–2020, Statistiska centralbyrån

Merkostnader till följd av covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin har inneburit påfrestningar och kostnader för kommuner och regioner, bl.a. genom krav på anpassning av verksamheterna för att hantera den rådande situationen. Under pandemiåret 2020 ökade vissa av äldreomsorgens kostnader medan andra minskade [71].

²⁸ Definitionen av antal personer i särskilt boende för äldre och hemtjänst har ändrats jämfört med tidigare års rapporter. Rapporterna är därför inte helt jämförbara mellan åren.

Tabell 5 visar förändringen i kostnader från 2019 till 2020 i relation till den genomsnittliga årliga förändringen 2016–2019. I alla verksamhetsområden sågs en större förändring i kostnader 2020 än under perioden innan. Inom SÄBO och hemtjänst var den relativa kostnadsökningen större under 2020. Om det beror på en tillfällig variation eller merkostnader till följd av pandemin är svårt att avgöra, men pandemin har inneburit ökade kostnader för exempelvis sjuklöner, skyddsutrustning, smittskyddsåtgärder och övrig anpassning av verksamheten. Kostnader för korttidsboende, dagverksamhet och öppen verksamhet har däremot minskat. Den årliga relativa kostnadsminskningen var för dessa tre verksamhetsområden större 2020 jämfört med den genomsnittliga årliga förändringen 2016–2019.

Störst skillnad ses för öppen verksamhet. Under pandemin har insatser inom dessa tre verksamhetsområden inte kunnat bedrivas i lika stor utsträckning, och en del verksamheter har behövt hålla stängt på grund av smittspridning och rådande restriktioner [71, 72]. En annan orsak kan vara att man avstått dessa insatser av rädsla för att smittas [34].

Tabell 5. Kostnader för vård och omsorg för äldre, förändringstakt 2019–2020 och genomsnittlig årlig förändringstakt för 2016–2019

Miljarder kronor i fasta priser, 2020 års priser.

	Genomsnittlig årlig förändring (%)	Förändring (%)
	2016–2019	2019–2020
Total kostnad vård och omsorg för äldre	1,0	1,6
Verksamhetsområde		
Särskilt boende	0,8	2,0
Ordinärt boende	1,2	1,6
Hemtjänst	1,9	2,9
Korttidsboende	-1,8	-3,4
Dagverksamhet och övriga insatser	-2,3	-7,8
Öppen verksamhet	-1,0	-11,7

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2016–2020, Statistiska centralbyrån.

Staten har tillfört resurser till kommuner och regioner för att hantera konsekvenser av covid-19-pandemin. Under 2020 ökade utbetalda statsbidrag till kommuner och regioner med 30 procent jämfört med året innan. Denna ökning kan i hög grad förklaras av de ökade resurserna till kommuner och regioner till följd av pandemin. Utbetalda pandemirelaterade statsbidrag uppgick till 50 miljarder kronor²⁹ enligt en sammanställning från Statskontoret [73]. Av dessa var 22 miljarder kronor generella bidrag, 21 miljarder riktade statsbidrag och 7 miljarder kostnadsersättningar³⁰. Det största riktade statsbidraget av dessa avsåg medel för att ersätta kommuner och regioner för vissa merkostnader inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten till följd av covid-19-pandemin (19,7 miljarder kronor avsattes 2020, varav 10 miljarder kronor utbetalades under 2020) [73].

²⁹ Notera att detta inte enbart avser kostnadspåverkan avseende hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

³⁰ Till skillnad från generella statsbidrag får riktade statsbidrag för regioner och kommuner bara användas för ett visst ändamål. Det är frivilligt att ansöka eller ta emot riktade statsbidrag. Kostnadsersättningar är ersättningar för specifika kostnader som staten beslutat att kommunerna/regionerna är skyldiga att stå för (oavsett om ersättning utgår eller inte).

Pandemirelaterade statsbidrag för äldreomsorgen och personer med funktionsnedsättning uppgick till drygt sex miljarder kronor enligt en uppskattning från SKR [74]. Bland dessa kan utöver det stora bidraget för merkostnader nämnas medel för att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av spridningen av covid-19. Även statsbidrag som inte har direkt koppling till pandemin men som är riktade mot äldreomsorgen har betalats ut under 2020. Detta inkluderar bl.a. medel för att utveckla äldreomsorgen genom digitalisering, äldreomsorgslyftet och medel för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre och för att öka kvaliteten i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom [73].

Fortsatt starka resultat men framtida utmaningar

Trots att pandemin har inneburit stora utmaningar och omställningar för kommunerna har de ekonomiskt sett klarat sig bra till följd av den expansiva finanspolitik som förts och de omfattande krisåtgärderna. Sveriges Kommuner och Regioner anger att kommunernas resultat uppgick till 35 miljarder kronor år 2020 och förväntas vara fortsatt goda om än minskande de nästkommande åren [75].

Trots starka resultat talar prognoser för demografiska utmaningar. De demografiska förändringarna under de kommande tio åren beräknas innebära ökade kostnader för kommunerna om 36 miljarder kronor i 2020 års prisnivå enligt en uppskattning av SKR [75]. Fler faktorer, utöver de demografiska, påverkar kostnadsprognoserna. Inom äldreomsorgen ses t.ex. en långsiktig trend med minskat antal personer i SÄBO och färre äldre med hemtjänst i ordinarie boende de senaste åren (tabell 21). Samtidigt ökar kostnaden per boende i SÄBO och per hemtjänsttagare. (Se även avsnittet *Socialtjänstinsatser för äldre personer*.)

Covid-19-pandemin pågår fortfarande, och det råder osäkerhet kring utvecklingen av smittspridningen och både kortsiktiga och långsiktiga effekter. En fortsatt smittspridning och restriktioner talar för fortsatt höga kostnader för äldreomsorgen.

Omställningen till god och nära vård

Det pågår en omställning av hälso- och sjukvården mot en god och nära vård. Syftet är att vården ska bli mer tillgänglig och ges med god kontinuitet, samt att patienter och närstående ska vara delaktiga i vården. Hälso- och sjukvårdens roll att främja hälsa och förebygga ohälsa poängteras i omställningen. Primärvården behöver vara basen i hälso- och sjukvården och underlätta samordning med den specialiserade vården. För personer med behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst behöver insatserna samordnas.

Omställningen syftar bl.a. till att förbättra vård och omsorg för personer som behöver flera olika vårdinsatser. Det gäller t.ex. många sköra äldre personer. Genom förstärkning av den nära vården i kommuner och regioner samt förbättrad samverkan med den specialiserade vården kan behov av besök på sjukhusens akutmottagningar undvikas.

Socialstyrelsen följer upp hur omställningen går i kommuner och regioner. I augusti 2021 redovisades omställningen under 2020 [76]. Vissa delar av omställningen har försvårats på grund av covid-19-pandemin medan utvecklingen har gått framåt på andra områden. En positiv utveckling ses när det gäller samverkan mellan kommuner och regioner och när det gäller digitaliseringen. (Se även avsnittet *E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen*.)

I princip alla regioner har redovisat insatser för att minska den slutenvård som kan undvikas. Även kommuner har redovisat insatser på detta område i omkring en tredjedel av regionerna. På detta område har pandemin påskyndat utvecklingen. Insatser för att minska den slutenvård som kan undvikas innefattar ofta mobila team. Egenmonitorering och hemmonitorering samt utökade hembesök har bidragit till ökad tillgänglighet. Flera regioner beskriver vikten av vårdplaner, överenskommelser och samordnad individuell plan (SIP) för att bidra till att slutenvård undviks. En del regioner bedriver förebyggande insatser inom ramen för specifika projekt i detta syfte.

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för att följa utvecklingen av den nära vården. På myndighetens webbplats finns möjlighet att följa utvecklingen för enskilda kommuner och regioner [77]. Flera av dessa indikatorer rör specifikt äldre personer. Det gäller

- oplanerade återinskrivningar bland äldre
- påverkbar slutenvård
 - personer på särskilt boende för äldre
 - personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- besök på akutmottagning, personer 80 år eller äldre
- fallskador, kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- fallskador, personer på särskilt boende för äldre
- äldre som använder läkemedel som bör undvikas
- möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende för äldre
- upplevelse av trygghet på särskilt boende för äldre
- kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal.

Personal inom vård och omsorg för äldre – utmaningar och möjligheter

Under 2020 präglades hela det svenska samhället av utbrottet av covid-19, och arbetsmarknaden var inget undantag. Rätt bemanning är en förutsättning för en trygg och säker vård och omsorg för äldre, med god kvalitet. Rätt bemanning handlar givetvis om att vara tillräckligt många på arbetsplatsen, men också om att alla i personalen har rätt kompetens. Hög personalkontinuitet, att vården och omsorgen är personcentrerad och individanpassad samt att personalen har tillräckligt med tid och rätt kompetens är grundläggande förutsättningar för kvalitet i äldreomsorgen.

Anställda inom äldreomsorgen har både offentliga och privata arbetsgivare. De flesta arbetsplatserna inom äldreomsorgen är i äldres egna hem och på särskilt boende för äldre. De största yrkesgrupperna är undersköterskor och vårdbiträden. Alla som jobbar inom vård och omsorg har inte en vård- och omsorgsutbildning, och alla som har en sådan utbildning jobbar heller

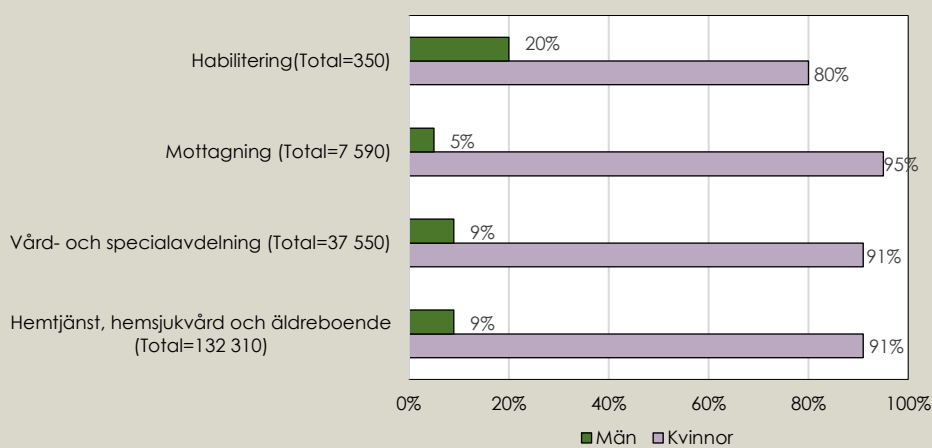
inte inom vård och omsorg. Av alla som var anställda inom vård- och omsorgsyrkena år 2016 hade endast 35 procent en vård- och omsorgsutbildning, vilket tyder på en tydlig brist på utbildad personal [78].

Förändringarna i samhället drivs av flera faktorer, såsom att befolkningen blir allt äldre, att fler lever längre med kroniska hälsotillstånd och att många har flera samtidiga diagnoser med behov av vård från flera håll. Det ställer krav på samordning inom vården, men även mellan vården och omsorgen. Verksamheter behöver förändra hur de organiserar sitt arbete, liksom hur de utför arbetet utifrån enskilda personers behov. Personcentreringen och delaktighet är en behövlig del i omställningen till en god och nära vård. Digitaliseringen är en annan övergripande trend som driver förändringen inom vården och omsorgen, t.ex. användningen av mer välfärdsteknik och införandet av nya journalsystem.

Skapa en bra matchning mellan utbildning och arbete

Universitetskanslersämbetet, Myndigheten för yrkeshögskolan och Skolverket kartlade de yrkesverksamma undersköterskorna (inklusive specialistutbildade undersköterskor) utifrån SCB:s yrkesstatistik i ett regeringsuppdrag som delredovisades 2021 [79]. Resultatet var att det 2019 fanns 177 800 yrkesverksamma undersköterskor i åldrarna 16–64 år. Flest undersköterskor arbetade inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende, totalt 132 310 personer år 2019. Av dessa var 91 procent kvinnor och 9 procent män (figur 25).

Figur 25. Antal och andel (%) anställda undersköterskor per yrkeskategori år 2019 i åldrarna 16–64 år. Redovisas uppdelat på kön



År 2020 hade 210 460 personer i åldrarna 25–64 år en omvårdnads- och omsorgsutbildning på gymnasial nivå som sin högsta utbildning. Antalet med en sådan utbildning har minskat successivt de senaste åren. Av de utbildade 2020 var 88 procent kvinnor och 12 procent män. Även om könsfördelningen är att betrakta som ojämn, ökade andelen män över tid, från 8 procent 2006 till 12 procent 2020 [79].

Av alla 20–64-åringar med en vård- och omsorgsutbildning eller övrig gymnasial utbildning inom hälso- och sjukvård, t.ex. motsvarande en utländsk utbildning eller en äldre svensk utbildning, förvärvsarbetade 84 procent år 2019. Av dessa arbetade 136 360 personer i vad som av SCB definieras som ett matchat yrke. Det motsvarar cirka 76 procent av de förvärvsarbetande. Fler kvinnor än män hade ett yrke som matchade utbildningen. Det vanligaste yrket var undersköterska, men det var även vanligt att arbeta som vårdbiträde, personlig assistent, skötare, vårdare eller som övrig vård- och omsorgspersonal [78]. Minst 42 000 av de förvärvsarbetande med en vård- och omsorgsutbildning eller övrig gymnasial utbildning inom hälso- och sjukvård arbetade år 2019 inte inom ett matchat yrke [79]. I stället jobbade de som t.ex. kontorsassistenter, sekreterare eller inom städyrken [78].

Undersköterskeutbildning

År 2019 var 159 560 personer anställda som undersköterskor, varav 66 procent eller 105 950 personer hade en utbildning som var helt eller delvis matchad [79].

Den 1 juli 2023 blir undersköterska en skyddad yrkestitel. Socialstyrelsen ska från och med 2023 pröva ansökningar om bevis om rätten att använda yrkestiteln undersköterska [80].

Utbildning till specialistsjuksköterska

Omkring 48 300 personer i åldersgruppen 20–64 år hade år 2016 en specialistsjuksköterskeutbildning. Av dem förvärvsarbetade 95 procent. Omkring 82 procent av de förvärvsarbetande arbetade i ett yrke som helt bedöms matcha utbildningen.

Behovet av att stärka äldreomsorgen handlar inte minst om tillgången till specialistsjuksköterskor.

Legitimerad personal inom vård och omsorg för äldre

Tabell 6 redovisar antalet anställda legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister inom äldreomsorgen år 2015–2019. Antalet sjuksköterskor har minskat sedan 2015, medan antalet fysioterapeuter och dietister har ökat något. En klar majoritet arbetar i verksamheter som är i kommunal regi.

Tabell 6. Legitimerad personal inom vården och omsorgen för äldre

Antal legitimerade personer inom vården och omsorgen för äldre 2015–2019, samt andel (%) fördelat på kön och verksamhetsområde.

Yrkeskategori	Antal anställda inom ordinärt och särskilt boende för äldre					Andel (%) 2019					
	2015	2016	2017	2018	2019	Kvinnor	Män	Ordinärt boende	Särskilt boende	Kommunal regi	Privat regi
Sjuksköterskor	14 391	14 147	14 111	13 898	13 983	92	8	45	55	84	16
Arbeterapeuter	2 765	2 718	2 664	2 705	2 715	93	7	44	56	90	10
Fysioterapeuter	1 864	1 902	1 915	1 939	1 966	79	21	44	56	86	14
Dietister	34	42	37	40	38	89	11	55	45	76	24

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

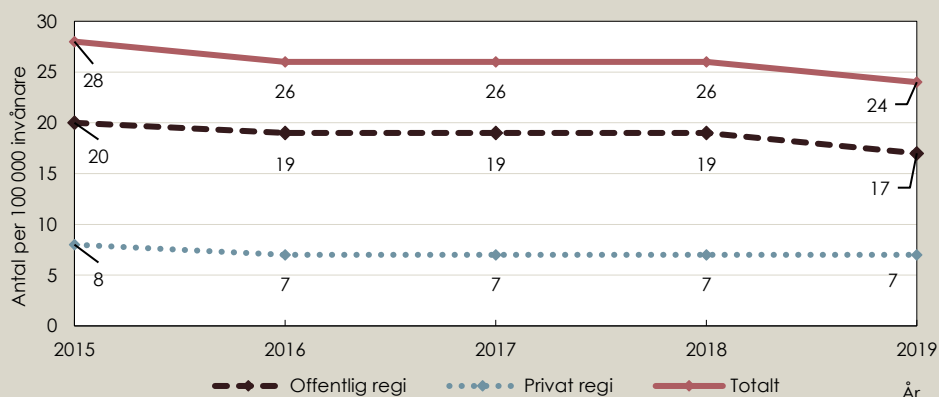
Med anställd avses alla som utfört ett lönearbete i Sverige minst fyra timmar i november.

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

År 2019 fanns 24 specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre (figur 26). Det är en minskning från 26 specialistläkare 2018, och den syns bara bland geriatriker i offentlig regi. En bidragande orsak är att antalet personer som fyllt 65 år ökar, samtidigt som antalet specialistläkare inom geriatrik inte har ökat i samma omfattning.

Figur 26. Specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården

Antal specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, 65 år och äldre, under åren 2015–2019.



Källa: Legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen och Befolkningsstatistik, SCB.

Ett gott ledarskap behöver rätt förutsättningar

2021 konstaterade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i sin rapport *Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg* att det finns flera organisatoriska brister i förutsättningarna för chefer inom äldreomsorg att utöva ett gott ledarskap. Myndigheten menar dessutom att första linjens chefer har ett komplext uppdrag med många medarbetare, samtidigt som de har ansvar för verksamhetsutveckling och administrativa frågor [81].

Myndigheten beskriver också att kompetensförsörjning är en utmaning för den kommunala vården och omsorgen, och då i synnerhet för första linjens

chefer i äldreomsorgen, eftersom dessa chefer har svårt att både rekrytera och att behålla rätt kompetenser i verksamheten [81].

Första linjens chefer upplever också brist på resurser från organisationen (huvudmannen). Ofta handlar det om politiska beslut som leder till att de ska hantera krympande resurser med en bibehållen verksamhetsvolym eller hantera en högre verksamhetsvolym med bibehållna resurser i budget. Kravet utifrån det politiska beslutet landar till syvende och sist hos första linjens chefer, som ska se till att budgeten för verksamheten följs [82].

I sin rapport lyfter Myndigheten för vård- och omsorgsanalys flera förslag för att stärka ledarskapet, exempelvis en nationellt sammanhållen utbildning, vilket flera av första linjens chefer uttryckt önskemål om i de intervjuer som myndigheten hållit. Emellertid konstaterar myndigheten att det i första hand är huvudmännen (kommunerna) som måste vidta åtgärder för att skapa rätt förutsättningar för ledarskapet [81].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar vidare att ledarskapet kan stärkas och utvecklas på många sätt, men att det inte är sannolikt att insatser för att utveckla ledarskapet ger full effekt om det saknas grundläggande förutsättningar för att använda nyförvärvade kunskaper i verksamheterna [81].

Förutsättningar och stöd för första linjens chefer

I augusti 2021 konstaterade Socialstyrelsen i rapporten *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer: kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen* att det finns flera utmaningar i rollen som första linjens chef som gör arbetet i den rollen komplext [83]. Vissa utmaningar kan generellt kopplas till den position i organisationen som första linjens chefer befinner sig i, oavsett verksamhetsområde. Andra utmaningar är specifikt kopplade till rollen som första linjens chef i äldreomsorgen. Medelvärde för antal anställda per första linjens chef på SÄBO var 50 (47 i offentlig regi och 57 i enskild regi).

I rapporten konstateras att majoriteten (cirka 90 procent) av första linjens chefer har hög utbildningsnivå. Cirka 40 procent har utbildning som socio-nom eller utbildning inom social omsorg, och cirka 25 procent har en sjuk-sköterskeutbildning.

Socialstyrelsen noterar att stödet till första linjens chefer uppfattas som bättre ju mer tillgängligt det bedöms vara utifrån behov. Med tillgänglighet utifrån behov menas här dels att stödet ges av rätt personell resurs inom området (exempelvis inom ekonomi- eller personalfrågor), dels att det är tydligt att resursen har avsatts för att stödja första linjens chefer och verksamheterna i äldreomsorgen.

Socialstyrelsen kan urskilja en viss skillnad i hur första linjens chefer upplever arbetet med mål och kravställning vad gäller kvaliteten i verksamheten. Flera av dessa chefer i enskilt drivna verksamheter än i offentliga verksamheter upplever att det finns tydliga mål och krav samt tydlig uppföljning som stöd.

Organisationer behöver se över det stöd som de ger till första linjens chefer. Stödet behöver i större utsträckning ges på ett tillgängligt sätt utifrån be-

hov. Dessutom behöver organisationerna se över hur de kan skapa bättre förutsättningar för första linjens chefer. Det handlar bl.a. om att tydliggöra krav och mål, se över hur tillgängliga och operativa första linjens chefer ska vara och hur dessa chefer ska ges möjlighet till delaktighet i beslut på ledningsnivå [83].

Socialstyrelsen har fått regeringsuppdrag att analysera och bedöma förutsättningarna att införa en lämplig övre gräns för antalet anställda per första linjens chefer i äldreomsorgen³¹. I uppdraget ska Socialstyrelsen även ta fram ett underlag med bedömningar av för- och nackdelar med att reglera eller på annat sätt tydliggöra utbildningskrav för första linjens chefer i äldreomsorgen. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 1 mars 2023.

³¹ Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Socialstyrelsen, S2021/08111 (delvis).

Kommunal hälso- och sjukvård

I det här kapitlet beskrivs den kommunala hälso- och sjukvården i olika verksamheter och boendeformer samt samverkan mellan olika huvudmän. Vidare behandlas också vikten av en systematisk uppföljning i äldreomsorgen.

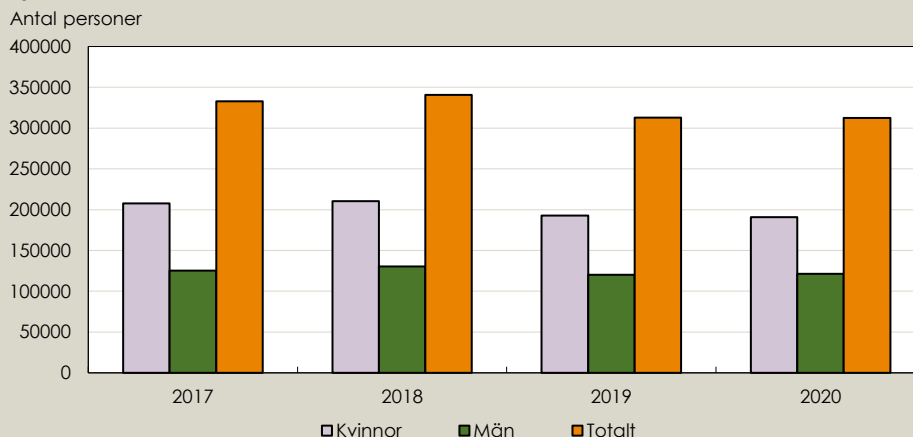
Sammanfattande iakttagelser

- Under 2020 fick omkring 380 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var drygt 310 000 65 år och äldre, varav 61 procent var kvinnor och 39 procent män.
- De flesta patienter som erhöll kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser fick vård i ordinärt boende. Drygt 215 200 personer som fyllt 65 år fick någon gång under 2020 kommunalt finansierad hemsjukvård. Av dessa hade 54 procent av kvinnorna och 50 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser.
- Samverkan mellan kommuner och regioner har intensifierats under pandemin och i många fall förbättrats. Numera har 94 procent av kommunerna riktlinjer för att ge information om möjlighet till SIP (samordnad individuell plan).
- Systematisk uppföljning är en viktig del i arbetet med verksamhetsförbättringar och för att skapa en kunskapsbaserad socialtjänst. Endast 19 kommuner (7 procent) har använt systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i ordinärt boende och 13 kommuner (5 procent) i SÄBO. Resultaten har inte förbättrats under de senaste fem åren.

Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer

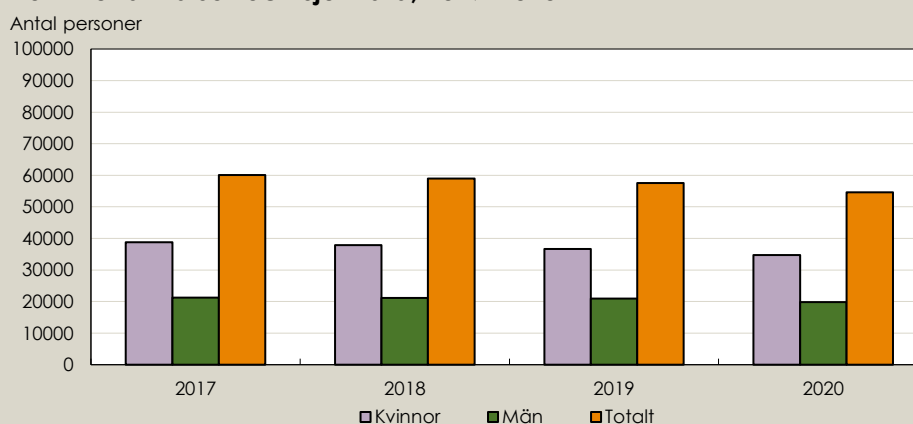
Under 2020 fick omkring 380 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var drygt 310 000 65 år och äldre, varav 61 procent var kvinnor och 39 procent män (figur 27). Cirka 200 000 personer var 80 år eller äldre, varav 65 procent var kvinnor och 35 procent män.

Figur 27. Antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, 2017–2020



Socialstyrelsens analys för årets lägesrapport visar att 54 587 patienter med demensdiagnos fick insatser från kommunal hälso- och sjukvård under 2020, och av dessa var 64 procent kvinnor och 36 procent män. Antalet 2019 var cirka 57 600 (figur 28). (Se även avsnittet *En bättre vård och omsorg för personer med demenssjukdom* och bilaga 2.)

Figur 28. Antal personer 65 år och äldre med demenssjukdom och kommunal hälso- och sjukvård, 2017–2020



Kommunalt finansierad hemsjukvård

De flesta patienter som erhöll hälso- och sjukvårdsinsatser fick vård i ordinarie boende. Omkring 263 000 (alla åldersgrupper) fick någon gång under 2020 kommunalt finansierad hemsjukvård.³² Antalet har inte förändrats från föregående år, då cirka 265 400 patienter fick hemsjukvård [84, 85]. 215 200 av dem var 65 år och äldre, varav 60 procent var kvinnor och 40 procent män. Av dessa hade 54 procent av kvinnorna och 50 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser. Cirka 130 100 var 80 år och äldre, varav 64 procent var kvinnor och 36 procent män. Av dessa hade 63 procent av

³² Målpopulationen inkluderar alla patienter som någon gång erhöll *minst en* hälso- och sjukvårdsinsats.

kvinnorna och 57 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänst (tabell 7). Statistiken var i stort sett densamma 2019, då cirka 215 300 personer som fyllt 65 år erhöll hemsjukvård, medan motsvarande antal för dem som fyllt 80 år var cirka 129 500 [84, 85].

Tabell 7. Antal personer med kommunalt finansierad hemsjukvård, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2020

Antal och andel (%) personer 65 år och äldre, 80 år och äldre som någon gång under 2020 fick kommunal hemsjukvård med eller utan hemtjänst, fördelat på kön.

	65 år och äldre		80 år och äldre	
	Antal	Med hemtjänst (%)	Antal	Med hemtjänst* (%)
Män	86 800	43 806 (50 %)	48 300	27 483 (57 %)
Kvinnor	128 400	69 393 (54 %)	81 800	51 161 (63 %)
Totalt	215 200	113 199 (53 %)	130 100	78 644 (60 %)

* 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 socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Kommunal hälso- och sjukvård på korttidsplats

Kommunen kan bevilja korttidsplats³³ (inklusive biståndsbedömt trygghetsboende) för personer som bor i sitt privata hem och är i behov av tillfällig vård och omsorg dygnet runt för t.ex. rehabilitering efter sjukhusvård, växelvård eller avlösning för närstående. Under 2020 beviljades drygt 34 500 personer som fyllt 65 år korttidsplats i enlighet med SoL, cirka 17 800 kvinnor och 16 700 män. Av dessa var omkring 23 300 80 år och äldre, varav cirka 12 900 kvinnor och 10 400 män (tabell 8).

Antalen för bägge åldersgrupper är något lägre än 2019, då cirka 38 500 personer 65 år och äldre hade korttidsplats, medan motsvarande antal för dem som fyllt 80 år var cirka 26 200 [84, 85]. Detta kan vara ett resultat av den pågående pandemin. (Läs även avsnittet *Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilt boende för äldre*.)

Tabell 8. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård på korttidsplats, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2020

Antal personer 65 år och äldre, 80 år och äldre som beviljats korttidsplats samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2020, fördelat på kön.

	65 år och äldre		80 år och äldre	
	Antal korttidsplats	Var av med KHS (%)	Antal korttidsplats	Var av med KHS (%)
Män	16 700	14 800 (89 %)	10 400	9 300 (89 %)
Kvinnor	17 800	15 600 (88 %)	12 900	11 400 (89 %)
Totalt	34 500	30 400 (89 %)	23 300	20 700 (89 %)

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende

Cirka 108 200 personer som fyllt 65 år, omkring 70 600 kvinnor och 37 600 män, beviljades särskilt boende för äldre (permanent boende) under 2020. Av

³³ Bästplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt, Termbanken, Socialstyrelsen.

dessas erhöill 86 procent av kvinnorna och 87 procent männen också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under året. 84 200 var 80 år och äldre, och av dessa fick 87 procent av kvinnorna och 87 procent av männen också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (tabell 9).

Antalen för bägge åldersgrupper är något lägre än 2019, då cirka 109 100 personer 65 år och äldre vistades på SÄBO, varav cirka 85 800 var 80 år och äldre [84, 85]. Detta kan vara ett resultat av den pågående pandemin. (Läs även avsnittet *Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilt boende för äldre*.)

Tabell 9. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2020

Antal personer 65 år och äldre, 80 år och äldre som beviljades särskilt boende för äldre (SÄBO) samt antal och andel (%) av dessa som erhöill kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2020, fördelat på kön.

	65 år och äldre		80 år och äldre	
	Antal SÄBO	Var av med KHS (%)	Antal SÄBO	Var av med KHS (%)
Män	37 600	32 700 (87 %)	25 700	22 500 (88 %)
Kvinnor	70 600	60 900 (86 %)	58 600	50 700 (87 %)
Totalt	108 200	93 700 (87 %)	84 200	73 200 (87 %)

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, 2021, Socialstyrelsen.

Kommunal hälso- och sjukvård på dagverksamhet

För dem som fyllt 65 år, är beviljade dagverksamhet³⁴ och har behov av hjälp med sin vård erbjuder den kommunala hälso- och sjukvården stöd. 2020 blev cirka 15 000 personer 65 år och äldre beviljad dagverksamhet, varav 57 procent kvinnor och 43 procent män.

Av dessa erhöill 9 414 personer också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under året, 63 procent av kvinnorna och 64 procent männen. 6 211 personer var 80 år och äldre, och av dessa fick 64 procent av kvinnorna och 65 procent av männen också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Antalen för bägge åldersgrupper är en minskning med cirka 19 procent från föregående år [84, 85].

Samverkan – information om samordnad individuell plan

Det är vanligt att äldre personer har behov av insatser från flera verksamheter samtidigt. Syftet med en samordnad individuell plan (SIP) är att säkerställa samordning av insatser när den enskilde har behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Bestämmelser om SIP finns i lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)³⁵. SIP

³⁴ 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, Nationella riktlinjer för personer med demenssjukdom, Socialstyrelsen och 5 kap. 10 § SoL.

³⁵ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

syftar också till att göra det tydligt för den enskilde, närstående och personal, vem som ansvarar för vilken insats, samt kan öka den enskildes delaktighet i planeringen av sin vård och omsorg [86].

Samverkan mellan kommuner och regioner har intensifierats under pandemin och i många fall förbättrats. 2021 års öppna jämförelser visar att 94 procent av kommunerna har riktlinjer för att vård- och omsorgstagare samt vid behov närstående informeras om möjlighet till SIP gällande personens vård och omsorg från hälso- och sjukvård samt socialtjänst (tabell 10) [64].

Tabell 10. Indikatorer gällande information till enskilda om möjligheter till samordnad individuell plan (SIP)

Andel (%) kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, riket, år 2020. Indikatorer som mäter patients eller brukares möjligheter till information om SIP i kommunen 2021.

Indikatorer som mäter patients eller brukares möjligheter till information om SIP i kommunen	2020	2021
Kommunal hälso- och sjukvård	88 %	94 %
Socialtjänst myndighetsutövning område äldreomsorg	53 %	52 %
Socialtjänst myndighetsutövning LSS-vuxna	49 %	49 %
Socialtjänst myndighetsutövning LSS-barn	49 %	49 %

Källa: Öppna jämförelser: Kommunal hälso- och sjukvård och Socialtjänst, kommunundersökning, 2020–2021, Socialstyrelsen.

Det strategiska patientsäkerhetsarbetet och patientmedverkan kan utvecklas

En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Beslutsfattare och chefer skapar förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet, och patient och närstående är viktiga medskapare [87].

Indikatorn *Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete* mäter hur representanter från olika delar av huvudmannens ledning och hälso- och sjukvårdsverksamheten har regelbundna möten och arbetar med kommunens strategiska patientsäkerhetsarbete. 2021 års resultat av öppna jämförelser för kommunal hälso- och sjukvård visar att 63 procent av kommunerna har dessa forum [64].

Resultatet för indikatorn *Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete* visar att 26 procent av kommunerna systematiskt tar tillvara erfarenheter och kunskaper från patient och närstående.

Tabell 11. Indikatorer inom området patientsäkerhet

Andel (%) kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, riket, år 2021.

Indikatorer inom området patientsäkerhet	2020	2021
Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete	*	63
Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete	29	26

* Ej jämförbar data från 2020 gällande forum för patientsäkerhet då indikatorn utvecklats.

Källa: Öppna Jämförelser Kommunal hälso- och sjukvård, kommunundersökning, 2020–2021, Socialstyrelsen.

Systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling i äldreomsorgen kan utvecklas

Systematisk uppföljning innebär att kommunerna sammanställer resultat från enskilda uppföljningar på gruppnivå. Det visar om insatser har gett förväntat resultat utifrån den enskildes behov och för hela målgruppen. Systematisk uppföljning är en viktig del i arbetet med verksamhetsförbättringar och för att skapa en kunskapsbaserad socialtjänst [88]. I öppna jämförelser visar indikatorer om resultat från systematisk uppföljning har använts till verksamhetsutveckling i ordinärt respektive särskilt boende. För ordinärt boende är resultatet 2021 oförändrat 7 procent sedan föregående år, och för särskilt boende har det minskat till 5 procent.

Det är 19 kommuner som har använt systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i ordinärt boende, varav 7 kommuner har använt resultat uppdelat på kvinnor och män. För särskilt boende för äldre är motsvarande antal 13 respektive 6 kommuner.

I enkätens kommentarsfält framgår att restriktioner mot att träffa andra och besöksförbud på SÄBO i samband med covid-19 har medfört att uppföljningar på individnivå i vissa fall inte har kunnat genomföras för personer på SÄBO. Det framgår däremot inte huruvida uppföljningar för personer i ordinärt boende har påverkats av pandemin. Tabell 12 visar att resultaten inte har förbättrats under de senaste fem åren. Däremot ökar andelen kommuner som använder Individens behov i centrum (IBIC), som är ett arbetssätt för att dokumentera bedömningar, mål och resultat strukturerat.

IBIC skapar förutsättningar för att använda uppgifter från uppföljningar som grund för verksamhetsutveckling [89]. Det är 56 procent av kommunerna som använder IBIC som stöd vid alla utredningar för personer i ordinärt boende och 39 procent vid alla uppföljningar. I särskilt boende för äldre är motsvarande andelar 57 respektive 28 procent.

Även om allt fler använder strukturerad dokumentation vid utredning och uppföljning för den enskilda personen tycks det inte leda till att fler sammanställer uppgifterna och använder dem som en grund för verksamhetsutveckling. Det framgår i en utvärdering av IBIC som gjorts av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [90]. Tabell 12 visar de senaste fem årens utveckling av kommunernas användning av systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling i ordinärt och särskilt boende samt användning av IBIC vid alla utredningar och uppföljningar i boendeformerna.

Tabell 12. Systematisk uppföljning och IBIC inom äldreomsorgen

Andel (%) kommuner och stadsdelar i Stockholm som använder resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling samt använder IBIC vid alla utredningar och uppföljningar. Resultaten är uppdelade på ordinärt och särskilt boende för äldre (SÄBO). Procent (%), riket, åren 2017–2021.

Indikatorer	2017	2018	2019	2020	2021
Använder resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i ordinärt boende	8	7	9	7	7
Använder resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i SÄBO	5	6	5	6	5
Använder IBIC vid utredningar i ordinärt boende	23	32	39	52	56
Använder IBIC vid utredningar i SÄBO	22	29	38	53	57
Använder IBIC vid uppföljningar i ordinärt boende	17	22	26	35	39
Använder IBIC vid uppföljningar i SÄBO	11	16	20	27	28

Källa: Öppna Jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, 2017–2021, Socialstyrelsen.

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 vård och omsorg för personer med demenssjukdom, vård av äldre med psykisk sjukdom samt palliativ vård.

Sammanfattande iakttagelser

- Covid-19-pandemins spridning i Sverige har tydliggjort utmaningar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården, och därmed för en stor del av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Av 11 819 bekräftat smittade kvinnor inom särskilt boende för äldre (SÄBO) hade 6 133 demenssjukdom, och för män var motsvarande siffra 3 085 (av 6 167 smittade män). Det innebär att drygt 50 procent av de personer som bodde på SÄBO och smittats av covid-19 hade demenssjukdom. Bland dem som avled i covid-19 och som bodde på särskilt boende för äldre var 52 procent personer med demenssjukdom.
- Socialstyrelsen, i samarbete med de andra samverkansmyndigheterna och patientorganisationerna, tog fram broschyren *Våga tala om psykisk ohälsa – Till dig som är äldre eller är närstående till en äldre person*, en film för väntrumsteve samt material att sprida på sociala medier. Filmen och inläggen i sociala medier vänder sig direkt till äldre personer och deras närstående med uppmaningen att söka hjälp och stöd för psykisk ohälsa.
- Förekomsten av psykisk sjukdom bland äldre är minst lika hög som i den övriga befolkningen. Därför borde äldre återfinnas inom den specialiserade psykiatri i minst samma utsträckning som yngre. Men många äldre med psykiatrisk problematik, särskilt depressioner och ångestsjukdomar, vårdas inom primärvården. Andelen ökar med stigande ålder.
- 2020 stod primärvården för merparten av all förskrivning av psykofarmaka till äldre, i synnerhet till de allra äldsta.
- När personer i gruppen 85 år och äldre vårdades för psykisk sjukdom skedde det i drygt 40 procent av fallen vid en psykiatrisk klinik.
- Ensamhet har stor betydelse för enskilda personers livskvalitet. Ökad psykisk ohälsa samt besvär av ensamhet och isolering har uppmärksammats av kommuner och i flera rapporter som publicerats om pandemins konsekvenser. Kommunerna uttrycker särskilt stark oro för isolering bland äldre som inte bor på äldreboenden, och då specifikt de som bor på landsbygden.
- Analyser av vissa delar av den palliativa vården visar att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl regionerna som kommunerna. Några av dem är brytpunktssamtal och smärtskattning i livets slutskede.

Socialstyrelsens enkätundersökning om kommunal äldreomsorg för nationella minoriteter

Socialstyrelsen har under 2021 genomfört en enkätundersökning om den kommunala äldreomsorgen för nationella minoriteter. Resultaten visar att det finns brister i implementeringen av minoritetspolitiken på lokal nivå. Få kommuner, 15 procent, uppger t.ex. att de har rutiner eller arbetssätt för att ta reda på behoven av språk- och kulturkompetens för de nationella minoriteterna. Av de svarande kommunerna erbjuder endast 26 procent äldreomsorg på något av de nationella minoritetsspråken. Situationen är bättre i förvaltningsområdena avseende det språk som kommunen får statsbidrag för, men flera kommuner erbjuder inte äldreomsorg på dessa språk i dessa områden heller. På romani chib och jiddisch förekommer ingen kommunal äldreomsorg. Drygt hälften av kommunerna svarar att de inte gör något för att säkerställa att personalen känner till de nationella minoriteternas särskilda rättigheter. (Samtliga resultat kommer att redovisas under senare delen av 2022.)

En bättre vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Det finns över 100 mer eller mindre vanliga sjukdomar, t.ex. neurologiska, som kan ge en demenssjukdom. Vid hög ålder kan den kognitiva förmågan påverkas, framför allt av kombinationen hög ålder och multisjuklighet. Det finns flera olika typer av demenssjukdomar. Några av de vanligare är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens och frontotemporal demenssjukdom. Det finns också så kallad blanddemens, som innebär att personen har både vaskulär demens och Alzheimers sjukdom [91].

I de nordiska länderna har troligen fler än en halv miljon människor en demenssjukdom eller lindriga kognitiva störningar. Antalet personer med demens förväntas öka kraftigt efter 2020 när efterkrigstidens generation uppnår hög ålder. I gruppen ingår även många äldre utlandsfödda, som kom till Norden på 1960-, 1970- och 1980-talet [92].

Det finns idag cirka 130 000–150 000 personer med demenssjukdom i Sverige, och i takt med att vi lever allt längre förväntas antalet nästan fördubblas fram till 2050 [93]. Sett ur ett internationellt perspektiv har Sverige både en framstående forskning och utvecklade registerdata på området [94].

Socialstyrelsen har uppdraget att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella strategin för demenssjukdom [95]. Under 2021 lämnade myndigheten en rapport till regering som beskriver förslag på nya satsningar inom ramen för den nationella strategin [96], och samma år genomförde Svenskt Demenscentrum ett arbete för att stödja kommuner och regioner i att tillämpa modellen för ett standardiserat insatsförlopp för personer med demenssjukdom [97].

Hur ett standardiserat insatsförlopp kan implementeras och se ut i praktiken är i hög grad beroende av lokala och regionala utgångspunkter och förutsättningar. Därför genomförde Svenskt Demenscentrum under 2020–2021 ett projekt med fem modellkommuner för att utifrån deras respektive förutsättningar utveckla ett lokalt och regionalt förankrat standardiserat insatsförlopp i samverkan med respektive region. De fem kommunerna som ingick i projektet var Ekerö, Falun, Göteborg, Mörbylånga och Umeå [97].

I publikationen *Samverkan för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en inspirationsskrift för kommuner och regioner* [97] beskriver de fem kommunerna vad de gjort, de problem de mött och hur de arbetat för att lösa dessa under en försöksperiod då de infört och försökt tillämpa Socialstyrelsens modell för ett standardiserat insatsförlopp. Ytterligare information i form av filmer, artiklar och publikationer finns tillgängliga på Svenskt Demenscentrums hemsida [48].

Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tecknat en överenskommelse om att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom olika sjukdomsområden i syfte att skapa en jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap. Nationellt programområde äldres hälsa i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård var huvudansvarigt för arbetet att ta fram vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Sedan våren 2021 finns *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom* [98]. Det standardiserade insatsförloppet tar vid där vårdförloppet avslutas. Därmed är demensområdet det första där det finns ett sammanhållet vård- och insatsförlopp som täcker in hela tiden från misstanke om sjukdom till vård i livets slutskede för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. (Se även avsnittet *Munhälsa hos äldre*.)

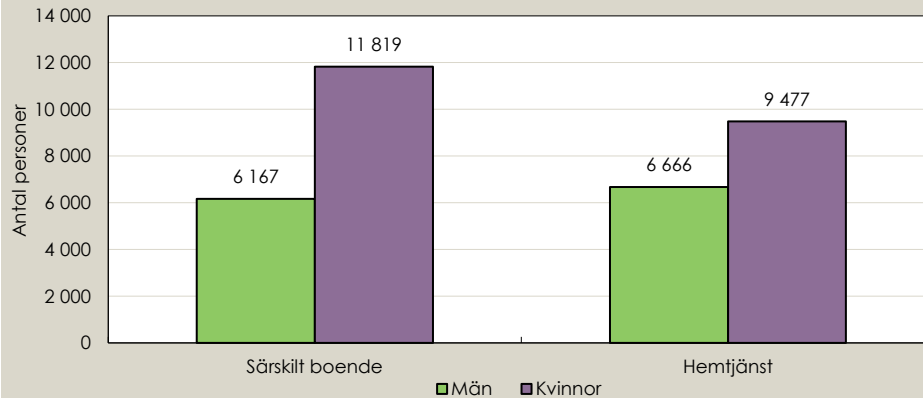
Covid-19 och demens

Covid-19-pandemins spridning i Sverige har tydliggjort utmaningar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården, och därmed för en stor del av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Vid den kartläggning som Socialstyrelsen haft som underlag till utvärdering av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom 2018 kunde cirka 50 procent av de boende på SÄBO konstateras vara diagnostiserade med en demenssjukdom [93]. Det finns dock ett flertal studier som visar att cirka 70 procent av personerna på SÄBO har en demenssjukdom [99].

Inom ramen för årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att göra analyser av förekomsten av covid-19 bland personer med demenssjukdom utifrån socialtjänstinsatser. I figur 29 redovisas antalet personer 70 år och äldre som hade bekräftats smittade av covid-19, uppdelat efter socialtjänstinsatser i form av särskilt boende för äldre och personer med hemtjänst i ordinärt boende, fram till den 29 november 2021. Totalt var drygt 34 100 personer bekräftat smittade, varav 17 986 inom SÄBO och 16 143 i ordinärt boende med hemtjänst (figur 29). (Se bilaga 2 för metodbeskrivning och beskrivning av demenspopulation.)

Figur 29. Antal personer 70 år och äldre som bekräftats smittade av covid-19 inom hemtjänst och särskilt boende för äldre

Antal personer 70 år och äldre bekräftat smittade av covid-19 enligt SmiNet fram till den 29 november 2021.



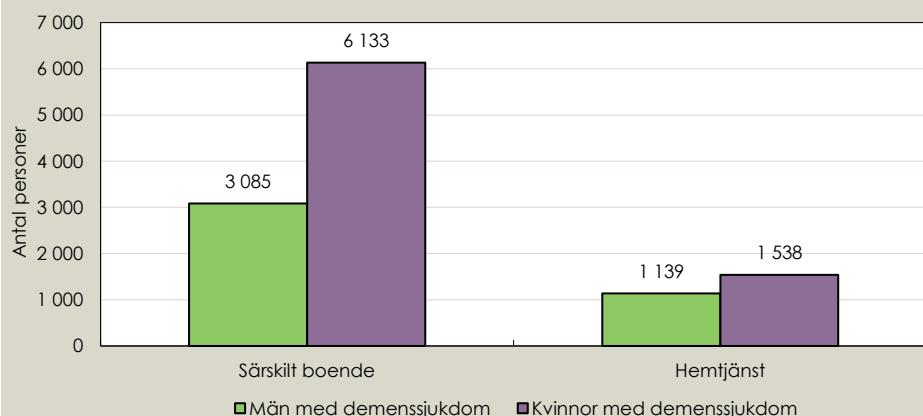
* Hemtjänst i ordinärt boende (mer än trygghetslarm).

Källa: Registret över Socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen samt SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

Vidare analyser visar att av 11 819 bekräftat smittade kvinnor inom SÄBO hade 6 133 (52 procent) demenssjukdom (figur 30); för män var motsvarande siffra 3 085 (50 procent) demenssjukdom. Det innebär att drygt 50 procent av de personer som smittades av covid-19 hade demenssjukdom, vilket stämmer ungefärligen med andra statistiska beräkningar över andelen personer med demenssjukdom på SÄBO [93]. Av de 16 143 personer som bekräftades smittade av covid-19 i ordinärt boende med hemtjänst var 1 139 män med demenssjukdom och 1 538 kvinnor med demenssjukdom (figur 30).

Figur 30. Antal personer 70 år och äldre med demenssjukdom och som bekräftats smittade av covid-19 inom hemtjänst och särskilt boende för äldre

Antal personer 70 år och äldre med demenssjukdom bekräftat smittade av covid-19 enligt SmiNet fram till den 29 november 2021.



* Hemtjänst i ordinärt boende (mer än trygghetslarm)

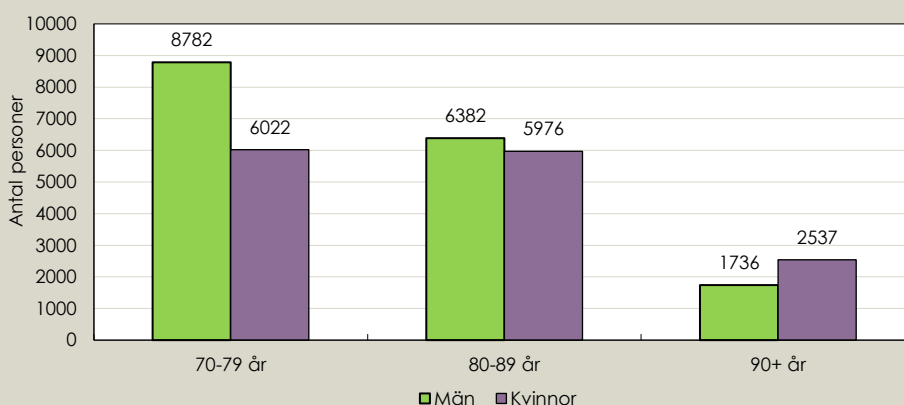
Källa: Registret över Socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen samt SmiNet, Folkhälsomyndigheten

Av dem som behandlades inom slutenvården var majoriteten i åldersgruppen 70–79 år, och för personer med demenssjukdom var de flesta i åldersgruppen

80–89 år (figur 31 och 32). Analysen visar också att bland dem som var inskrivna och vårdades i slutenvården och som var över 70 år utgjorde personer med demenssjukdom cirka 12 procent.

Figur 31. Antal personer 70 år och äldre som varit slutenvårdade med covid-19, uppdelat på ålder och kön

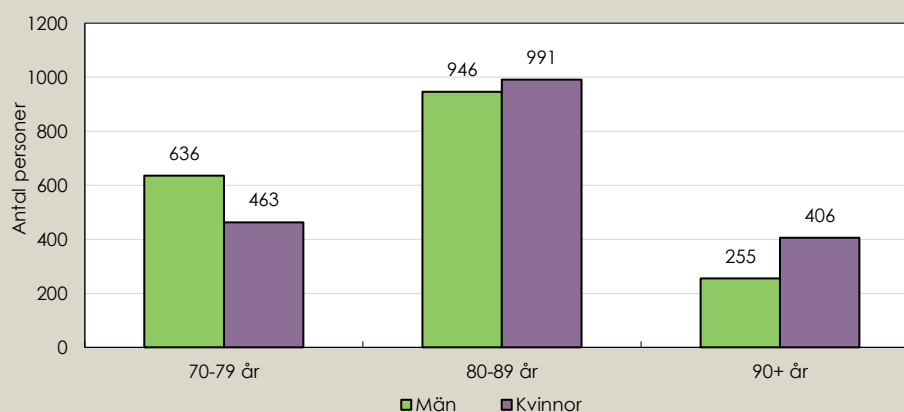
Antal unika patienter som rapporterats till Socialstyrelsen som var inskrivna i slutenvård med diagnosen covid-19. Endast ett slutenvårdstillfälle för en patient ingår i statistiken, om det skulle förekomma mer än ett. 1 februari 2020–12 december 2021.



Källa: Frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen, patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 32. Antal personer 70 år och äldre med demenssjukdom som varit slutenvårdade med covid-19, uppdelat på ålder och kön

Antal unika patienter som rapporterats till Socialstyrelsen som är inskrivna i slutenvård med diagnosen covid-19. Endast ett slutenvårdstillfälle för en patient ingår i statistiken om det skulle förekomma mer än ett. 1 februari 2020–12 december 2021.

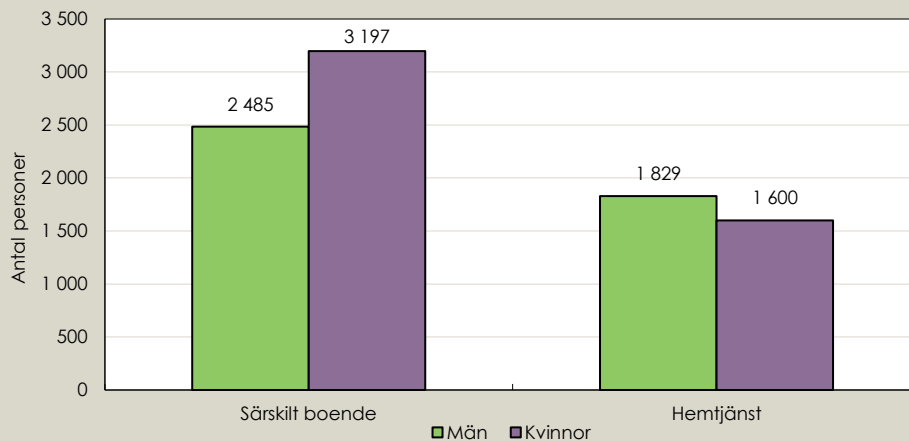


Källa: Frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen, patientregistret, Socialstyrelsen

Bland dem som avled i covid-19 och som hade SÄBO var 52 procent personer med demenssjukdom (figur 33 och 34). Vidare analyser visar att 47 procent av personerna med demenssjukdom avled på SÄBO. Detta stämmer ungefärligen med andra statistiska beräkningar över andelen personer med demenssjukdom på SÄBO.

Figur 33. Antal personer 70 år och äldre som avlidit pga covid-19 inom hemtjänst och särskilt boende för äldre

Antal personer 70 år och äldre avlidna i covid-19 enligt dödsorsaksintyg inkomna fram till den 29 november 2021.



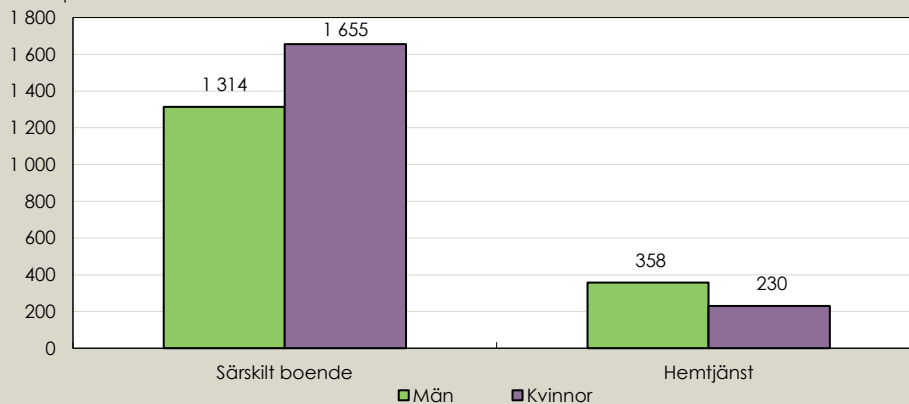
* Hemtjänst i ordinärt boende (mer än trygghetslarm)

Källa: Dödsorsaksregistret, samt registret över Socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Figur 34. Antal personer 70 år och äldre med demenssjukdom som avlidit pga covid-19 inom hemtjänst och särskilt boende för äldre

Antal personer 70 år och äldre med demenssjukdom avlidna i covid-19 enligt dödsorsaksintyg inkomna fram till den 29 november 2021.

Antal personer



* Hemtjänst i ordinärt boende (mer än trygghetslarm)

Källa: Dödsorsaksregistret samt registret över Socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Nationella riktlinjer – ett stöd i arbetet

I juni 2021 publicerade Socialstyrelsen rapporten *Uppdämda vårdbehov under covid-19-pandemin. En analys utifrån de nationella riktlinjerna* [100]. Syftet var att bidra till kunskap om och analysera de eventuella uppdämda vårdbehov inom hälso- och sjukvården samt tandvården som uppstått som en konsekvens av covid-19-pandemin.

Ett urval indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom hade analyserats med syfte att se hur insatser genomfördes under covid-19-pandemin [101]. Dessa indikatorer är fullständig basal utredning, diagnos inom 90 dagar, regelbunden uppföljning av hälso-

och sjukvården, levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande samt tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans.

Resultaten visar att covid-19-pandemin påverkat resultaten av flera indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Det var färre basala demensutredningar, väntetiderna för demensdiagnoser ökade, och personcentrerade aktiviteter och stimulans inom kommunal omsorg minskade. Det kan finnas flera orsaker till att basala demensutredningar minskade 2020. En orsak kan vara att personer undvek att kontakta vården för att på så sätt minska smittoriskerna. En annan orsak kan vara att vården behövde omprioritera med anledning av covid-19-pandemin.

Bland de effekter av covid-19-pandemin som myndigheten kunnat identifiera hittades inte några anmärkningsvärda skillnader mellan män och kvinnor eller mellan åldersgrupper. Flera av dessa konsekvenser av covid-19-pandemin var ingen överraskning givet dess omfattning och karaktär, men likväl uppstod ett stort uppdämt behov av basala demensutredningar inom sjukvården och personcentrerade aktiviteter inom kommunal omsorg under år 2020 [100].

Registreringsgraden i SveDem³⁶ varierar, vilket medför att uppgifterna om demensutredningar och uppföljning behöver tolkas med försiktighet.

Vård av äldre med psykisk sjukdom

Olika typer av depressionsdiagnoser har rapporterats hos 1–15 procent bland äldre personer [102-104] och andelen äldre med diagnostiserade ångestsjukdomar varierar mellan 4 och 17 procent [105-108]. Icke-diagnostiserade besvär med nedstämdhet, ångslan, oro eller ångest kan uppgå till nästan 40 procent bland äldre [109]. Förekomsten av psykisk ohälsa såsom depression och ångest tycks inte ha förändrats i någon större utsträckning bland äldre personer i Sverige under de senaste decennierna.

Det har rapporterats att förekomsten av depression ökar kring åldrarna 75–80, men också att den minskar igen efter 85 års ålder. Att förekomsten av diagnostiserad depression minskar i mycket hög ålder kan bero på att förekomsten av depression påverkas av förekomsten av demenssjukdom.

Forskningen visar att depression är vanligare bland äldre personer på SÄBO. Det kan bero på att personer som bor på särskilt boende har mer sjuklighet och kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar. Dessa hälsoproblem är förutsättningar för att få en plats på särskilt boende och utgör också riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa. Det kan även vara så att boendeformen i sig ökar risken för depressiva symtom [104].

Enligt Minds rapport från 2021 [110] är inte många av de insatser som används för att stödja äldre personers psykiska välmående evidensbaserade, eller så är det forskningsbaserade underlaget från yngre åldersgrupper. I stor utsträckning saknas tillräcklig forskning om insatser riktade specifikt till äldre åldersgrupper, möjligen undantaget fysisk aktivitet [110]. De listar dock ett par framgångsfaktorer som finns beskrivna i litteraturen. Exempelvis

³⁶ Svenska demensregistret, <https://www.ucr.uu.se/svedem/>

är det viktigt att de involverade är motiverade till att delta [111], och att insatsen pågår tillräckligt länge [112]. Gruppbaseade interventioner med sociala komponenter dessutom visat sig ha en positiv effekt på deltagarnas psykiska hälsa [111].

"Våga tala om psykisk ohälsa"

Under pandemin har många äldre drabbats på olika sätt. De kan ha råkat ut för sjukdom eller förlorat anhöriga, varit isolerade, känt oro och ensamhet. Socialstyrelsen har genom regeringen i uppdrag (S2019/02244/FS) för suicidprevention valt att komplettera broschyren *Våga tala om psykisk ohälsa – Till dig som är äldre eller är närstående till en äldre person* och också översätta den till finska.³⁷ Syftet med satsningen är att öka den andel som får tidig hjälp och behandling, eftersom det ökar livskvalitet och kan hindra sjukdom och suicid.

Under hösten 2021 tog Socialstyrelsen, i samarbete med de andra samverkansmyndigheterna och patientorganisationerna fram broschyren, en film för väntrumsteve samt material att sprida på sociala medier. Filmen och inläggen i sociala medier vänder sig direkt till äldre personer och deras närstående med uppmaningen att söka hjälp och stöd för psykisk ohälsa. Speciella aktiviteter görs för att sprida kunskap om broschyren till vård- och omsorgspersonal samt äldreorganisationer. Ett hinder för att söka hjälp för psykisk ohälsa är rädslan för stigmatisering. Då kan kommunikationsinsatser vara ett sätt att visa att vi vill tala om och uppmuntra andra att tala om problemet.

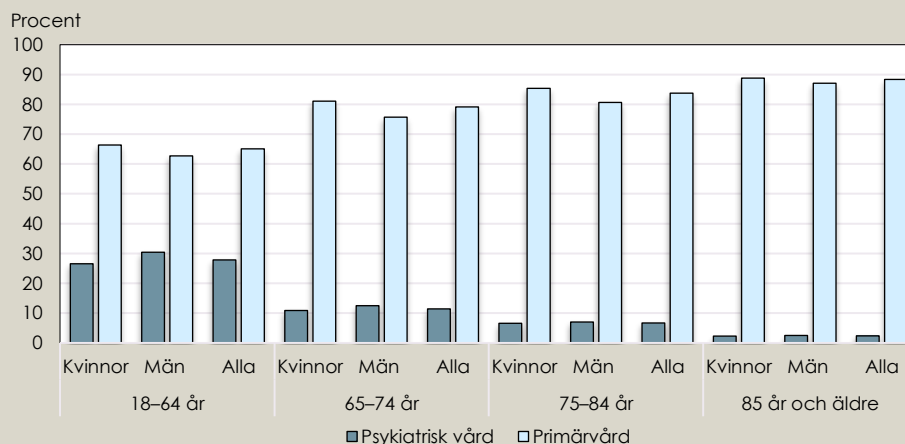
Var sker förskrivningen?

Många äldre med psykiatrisk problematik, särskilt depressioner och ångestsjukdomar, vårdas precis som yngre personer inom primärvården [103, 113]. I de fall specialiserad öppenvård eller heldygnsvård blir aktuell sker dock vården av äldre med psykisk sjukdom i mindre omfattning vid en psykiatrisk klinik jämfört med yngre personer. Under 2020 stod primärvården för merparten av all förskrivning av antidepressiva läkemedel till äldre, i synnerhet till de allra äldsta (figur 35). Resultatet skiljer sig inte från föregående år [5].

³⁷ Arbetet initierades av Rådet för statlig styrning med kunskap. Broschyren togs fram i samarbete mellan fem myndigheter (E-hälsomyndigheten, Fohm, Läkemedelsverket, SBU och Socialstyrelsen), nätverket Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Riksförbundet Hjärnkoll, PRO och SPF.

Figur 35. Andel (%) av antidepressiva läkemedel 2020 som förskrevs inom primärvården och inom psykiatrisk vård i respektive åldersklass och kön

Uttag (%) av antidepressiva läkemedel under 2020 (ATC: N06A) fördelat på verksamhetsområde, ålder och kön.



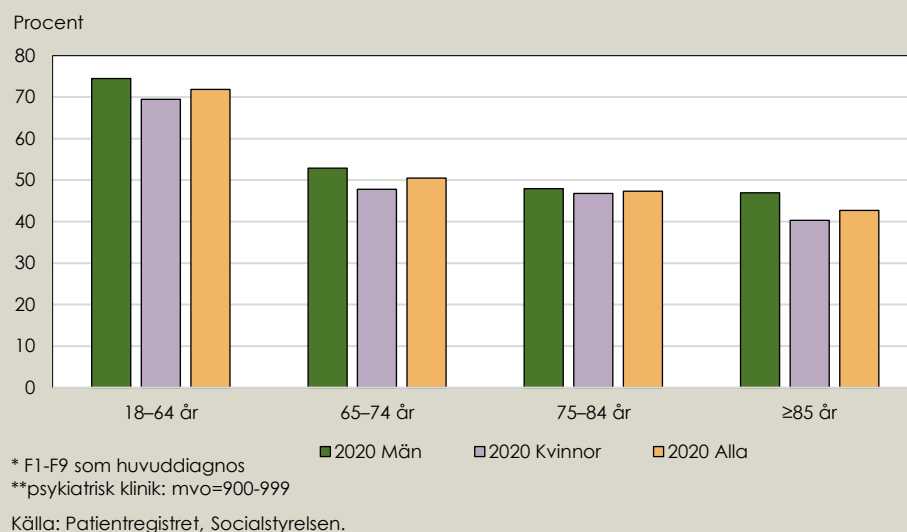
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Få äldre med psykisk sjukdom vårdas inom den specialiserade psykiatri

Flera studier visar att förekomsten av psykisk sjukdom bland äldre är minst lika hög som i den övriga befolkningen. Därför borde äldre återfinnas inom den specialiserade psykiatri i minst samma utsträckning som yngre [114].

Resultaten i figur 36 visar dock att andelen personer som under 2020 vårdades för en psykisk sjukdom inom den specialiserade öppen- eller slutenvården var lägst bland dem som var 65 år och äldre. Det sker en gradvis minskning av andelen personer i gruppen 65 år och äldre som vårdas för psykisk sjukdom inom den specialiserade öppen- eller slutenvården i takt med ökande ålder. När exempelvis personer i gruppen 85 år och äldre vårdades för psykisk sjukdom, skedde det i knappt 43 procent av fallen vid en psykiatrisk klinik. Resultatet skiljer sig inte från föregående år [5].

Figur 36. Andel (%) personer som vårdas för första gången med psykiatrisk diagnos* inom slutenvård och öppen specialiserad vård**

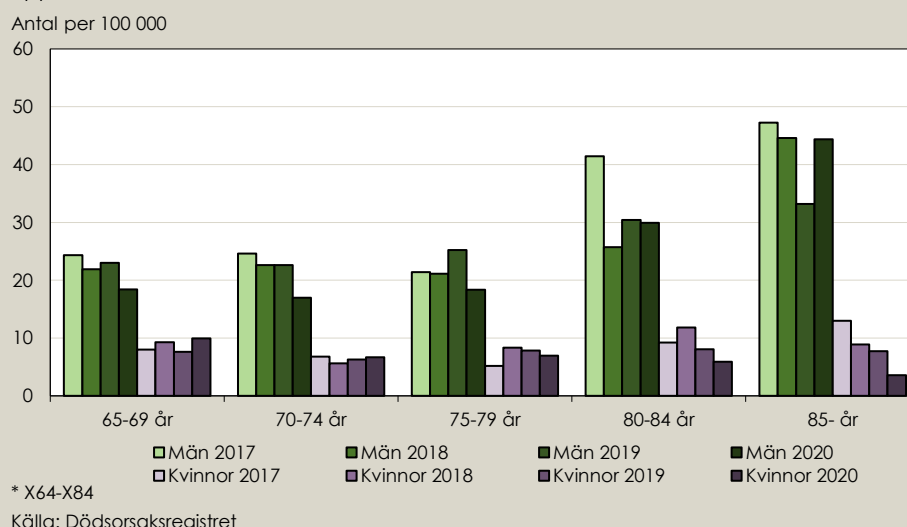


Suicid bland äldre

Trots att SOS Alarm har fått fler samtal om larm om suicid under pandemin, har det hittills inte varit fler som har begått suicid [5, 115, 116]. Redan under pandemins första halvår sågs en minskning av suicid i alla åldersgrupper [117]. För helåret 2020 ses en nedgång i antalet suicid bland män i alla åldersgrupper utom i gruppen 85 år och äldre jämfört med året innan. I den äldsta gruppen män har det skett en viss ökning mellan år 2019 och 2020 (figur 37). För kvinnor minskade antalet suicid i alla åldersgrupper utom i grupperna 65–69 år och 70–74 år, där en viss ökning skedde mellan år 2019 och 2020.

Figur 37. Riket. Suicid bland personer 65 år och äldre

Antal suicid per 100 000 invånare för personer 65 år och äldre för år 2017 till 2020, uppdelat efter kön och ålder.



En nyligen publicerad studie av suicidtal i 21 medel- och höginkomstländer visar inte heller någon ökning i antalet suicid i början av pandemin, däremot en signifikant minskning i 12 länder [118].³⁸ Det är fortfarande oklart hur pandemin kommer att påverka befolkningens psykiska hälsa på längre sikt [117].

Ensamhet bland äldre

Det finns ett starkt samband mellan depression och ensamhet bland äldre, men det är inte alltid möjligt att avgöra sambandets riktning. Förhållandena tycks förekomma samtidigt och tenderar att förstärka varandra [119].

Ensamhet har stor betydelse för enskilda personers livskvalitet [120]: den ökar risken för såväl fysisk som psykisk ohälsa och kan bidra till en ökad risk för dödlighet. En person som upplever oönskad ensamhet har nästan 30 procent större risk att dö i förtid jämfört med en person som inte upplever ensamhet, vilket är jämförbart med andra mera etablerade riskfaktorer för dödlighet såsom fetma, fysisk inaktivitet och missbruk [121]. Med stigande ålder är det många som förlorar sin livspartner samt nära vänner och bekanta. Detta bidrar till uppkomsten av social isolering och bristande socialt stöd på ett sätt som är unikt för den äldre befolkningen. Även hälsan försämras med åldern, och risken ökar för både ofrivillig ensamhet och psykisk ohälsa.

Data från SWEOLD (The Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old) [122] visar att andelen äldre som ofta eller nästan alltid upplever en känsla av ensamhet inte har ökat över tid. Mellan 11 och 15 procent av de personer som var 77 år eller äldre upplevde ensamhet under perioden 1992 till 2014 [123, 124]. Det finns dock tecken på att ofrivillig ensamhet har ökat under rådande pandemi [123]. (Se även avsnittet *Fysisk aktivitet främjar hälsan*.)

Ökad psykisk ohälsa och isolering bland äldre

Ökad psykisk ohälsa, besvär av ensamhet och isolering har uppmärksammats av kommuner³⁹ och i flera rapporter som publicerats om pandemins konsekvenser. Besvären riskerar att leda till en ökad belastning på den kommunala hälso- och sjukvården samt på socialtjänsten.

Användningen av olika digitala hjälpmedel och innovationer för att stärka den psykiska hälsan i den äldre befolkningen är ett växande område. Det finns inte så mycket forskning på området, men den som finns antyder att även äldre åldersgrupper gynnas av digitala lösningar och internetinterventioner vad gäller psykosociala utfall såsom ökad livstillfredsställelse och upplevt socialt stöd, samt minskade depressiva symtom [112].

Kommunerna uttrycker särskilt stark oro för isolering bland äldre som inte bor på äldreboenden, och då specifikt de som bor på landsbygden. Minskad kontakt med biståndshandläggare inom äldreomsorgen leder till att äldres vård- och omsorgsbehov ökar innan de får hjälp. Primärvården har märkt en tendens av ökade kontakter från äldre på grund av ensamhet [125].

³⁸ Sverige ingick inte i studien.

³⁹ Via SKR:s socialchefs nätverk har frågor ställts till företrädare för kommunerna – elva kommuner svarade, varav samtliga lyfte fram psykisk ohälsa som en konsekvens av pandemin.

Äldreomsorgslyftet för att motverka ensamhet bland äldre Socialstyrelsen fördelade under 2020 cirka 606 miljoner kronor i statsbidrag till kommuner (av 610 miljoner kronor som fanns att fördela), för att motverka ensamhet bland äldre samt för ökad kvalitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom.⁴⁰ I oktober 2021 fastställdes Socialstyrelsens redovisning av uppdraget.⁴¹ Av 290 (samtliga) kommuner som rekviderade medel förbrukade totalt 286 kommuner cirka 515 miljoner kronor, dvs. nära 85 procent av de utbetalade medlen.

Medlen bedöms ha medverkat till att kommunerna kunnat prioritera gruppen äldre med demenssjukdom. Kommunerna hade möjlighet att inom ramen för statsbidraget göra egna prioriteringar utifrån lokala behov och förutsättningar, och av deras återrapportering framgår att 90 procent av kommunerna har använt delar av eller hela statsbidraget till att finansiera personalkostnader.

De flesta har använt medlen inom särskilda boenden, till övervägande del boenden med demensinriktning (91 procent respektive 68 procent). Omkring en tredjedel av kommunerna anger att de har använt medlen till vård och omsorg för äldre inom dagverksamhet samt stöd till närstående i form av exempelvis handledning i demensfrågor och avlösning i hemmet. Andra målgrupper som nämnts är personer inom korttidsboenden, personer över 65 år som tar del av kommunens mötesplatser samt personer över 80 år som saknar hemtjänst. Utöver finansiering av personalkostnader har en övervägande del av kommunerna också investerat i digitala hjälpmedel såsom läsplattor och trygghetslarm samt utveckling av mötesplatser i den mån det har varit möjligt under pandemin.

Cirka 17 procent av kommunerna delade med sig av sin tilldelning till enskilda utförare, vilka fick ta del av upp till hälften av statsbidraget i de berörda kommunerna. Sammanlagt cirka 91 miljoner kronor av det fördelade statsbidraget förbrukades inte, i huvudsak till följd av covid-19-pandemin, som medförde att kommunerna hade begränsade möjligheter att genomföra aktiviteter de hade planerat inom ramen för statsbidraget.

Palliativ vård ger bättre livskvalitet

Palliativ vård

Med palliativ vård avses hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Den innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.⁴² Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. Det palliativa vårdbehovet tillgodoses med hjälp av allmän eller specialiserad palliativ vård. Av dem som avlider i Sverige under ett år beräknas 80 procent dö en förväntad död,

⁴⁰ Statsbidraget fördelades enligt uppdraget i regeringsbeslutet S2019/05315/RS.

⁴¹ Uppgifter från Redovisning av 2020 års statsbidrag till kommuner för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom (S2019/05315/RS).

⁴² <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

och skulle därför kunna erbjudas palliativ vård. Personer som vårdas i livets slutskede finns inom samtliga specialiteter i såväl öppen- som slutenvård samt inom den kommunala vården [126].

Vård i livets slutskede

Under ett år avlider omkring 90 000 personer i Sverige. Antalet döda under ett år beror till stor del på hur många personer det finns i de äldsta åldersgrupperna. År 2020 avled drygt 98 200 personer (samtliga åldrar) folkbokförda i Sverige. Av dessa var 48 775 kvinnor och 49 454 män. Hjärt- och kärlsjukdomar orsakade flest dödsfall följt av tumörsjukdomar och covid-19. Covid-19 stod för drygt 9 400 av dödsfallen. Förutom covid-19 syntes inga betydande förändringar i dödlighetsmönstret [127].

Värt att notera är att det år 2019 avled drygt 88 800 personer (samtliga åldrar) i Sverige, vilket var det lägsta antalet döda under ett enskilt år sedan 1977 [5]. Av alla som avled 2020 var drygt 87 700 personer 65 år och äldre; medelåldern för dessa var 85 år för kvinnor och 81 år för män [127]. Bland de avlidna som fyllt 65 år var drygt 57 700 personer inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården när de avled, vilket är fler än föregående år, men ungefär samma som för år 2018 (tabell 13).

Tabell 13. Kommunal hälso- och sjukvård och boende bland avlidna personer 65 år och äldre

Avlidna personer 65 år och äldre fördelade efter insatser från kommunal hälso- och sjukvård (KHSV), boendeform respektive om de avled på sjukhus, 2018–2020. Antal och procent

	2018		2019		2020	
	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)
Avliden med insatser från KHSV	57 010	17 260 (30 %)	51 770	15 340 (30 %)	57 750	15 800 (27 %)
Ordinärt boende	31 800	13 510 (42 %)	28 740	11 840 (41 %)	31 130	12 280 (39 %)
Särskilt boende enl. SOL eller bostad vuxna enl. LSS	25 210	3 750 (15 %)	23 030	3 500 (15 %)	26 620	3 520 (13 %)
Avliden utan insatser från KHSV	24 750	13 580 (55 %)	26 890	13 900 (52 %)	30 000	15 670 (52 %)

Källa: Dödsorsaksregistret, register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och register enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, (LSS), Socialstyrelsen.

Kvalitetsregister för vård i livets slutskede

Svenska palliativregistret (SPR) är ett nationellt kvalitetsregister för vård i livets slutskede, baserat på Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård och Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede. SPR innehåller resultat från nationella indikatorer för ”god palliativ vård i livets slutskede”, redovisade på verksamhets-, kommun-, region- eller riksnivå. Majoriteten av behöriga användare för registrering i SPR är legitimerade sjuksköterskor [126].

Antalet vårdgivare inom regioner och kommuner som registrerar i Svenska palliativregistret har ökat de senaste tre åren, och totalt registrerades dödsfall av 5 524 vårdgivare under 2020. Täckningsgraden, dvs. hur stor andel av samtliga avlidna som registrerats i kvalitetsregister är 60 procent, vilket är samma som föregående år.

Totalt registrerades drygt 58 667 dödsfall i alla åldrar i SPR under 2020. Drygt 29 900 var personer med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, på korttidsplats och med hemsjukvård i ordinärt boende [128].

Antalet avlidna i gruppen 65 år och äldre med insatser från kommunal hälso- och sjukvård var drygt 57 700 (tabell 13), och av dessa registrerades uppskattningsvis drygt hälften i SPR.

För kommunal hemsjukvård var täckningsgraden 2020 cirka 4 procent, för SÄBO nära 23 procent och för korttidsboende 4 procent. Användningen av kvalitetsregister varierar mellan län, mellan kommuner inom samma län och mellan enheter inom kommunerna [126]. Användningen påverkas av styrning inte bara på länsnivå utan också på kommunal förvaltningsnivå [129].

Kvalitetsindikatorer

Av samtliga registrerade patienter i gruppen 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i SPR 2021 hade 79 procent av patienterna eller närstående fått möjlighet till brytpunktssamtal.⁴³ 56 procent erhöll dokumenterad smärtskattning vid något tillfälle med Visuellt analog skala (VAS), Numerisk skala (NRS) eller ett annat smärtskattningsinstrument under sista veckan.

Andelen patienter som erhöll dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan var 56 procent. Data visar en mindre ökning från föregående år samt att det inte finns några större skillnader mellan kvinnor och män när det gäller vårdkvaliteten i livets slutskede utifrån Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer [129]. Kommunala enheter har bättre resultat än sjukhus för indikatorerna [130-132]. Tabell 14 visar jämförelser med föregående års resultat för god palliativ vård.

Tabell 14. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer som registrerats i Svenska palliativregistret

Andel (%) personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende med hemsjukvård som registrerats i Svenska palliativregistret och fått brytpunktssamtal, smärtskattning respektive munhälsobedömning i livets slutskede, uppdelat på kön, 2019–2021.

Indikatorer	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
	2019/2020/2021	2019/2020/2021	2019/2020/2021
Brytpunktssamtal	77/75/79	78/76/80	77/76/79
Smärtskattning	53/53/56	51/50/53	52/52/56
Munhälsobedömning	56/54/58	54/52/54	55/53/56

Källa: Svenska palliativregistrets utdataportal, 2021-11-24.

Att erbjuda efterlevandesamtal till närstående efter någons bortgång är en viktig del för en god palliativ vård. Andelen avlidna patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården vars närstående erbjöds efterlevandesamtal 2021 var 74 procent, vilket är något högre än förra årets resultat. Tabell 15 visar jämförelser med föregående års resultat för efterlevnadssamtal.

⁴³ Täckningsgraden beräknat på samtliga dödsfall och andel avlidna som registrerats i SPR för patienter med kommunal hemsjukvård respektive personer på SÄBO och på korttidsboende visar stora skillnader mellan de kommunala verksamheterna.

Tabell 15. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer som registrerats i Svenska palliativregistret

Andel (%) personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende med hemsjukvård som registrerats i Svenska palliativregistret och där närstående erhållit efterlevandesamtal, uppdelat på kön, 2019–2021.

Svenska palliativregistret	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
	2019/2020/2021	2019/2020/2021	2019/2020/2021
Efterlevnadssamtal närstående	74/73/74	73/72/73	73/72/74

Källa: Svenska palliativregistrets utdataportal, 2021-11-24.

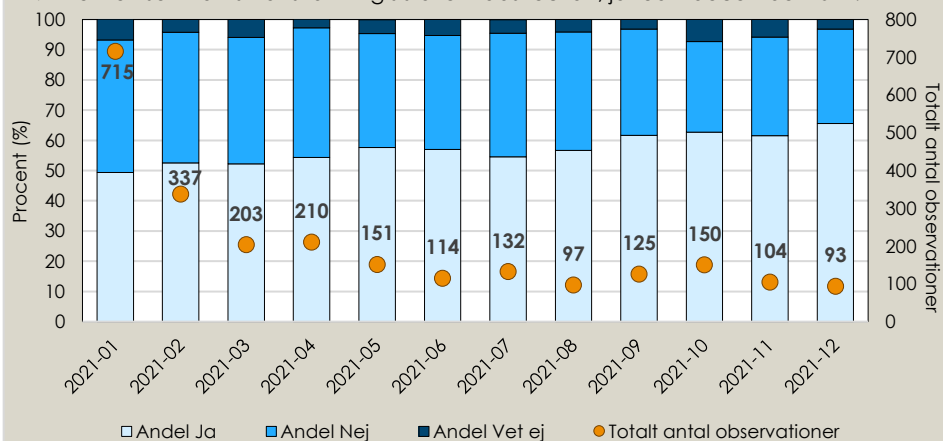
Smärtskattning sista levnadsveckan vid covid-19

Att utföra smärtskattningar regelbundet har visat sig vara kopplat till förbättrad smärtlindring i livets slut. Detta är en av Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer, och målnivån är fastställd till 100 procent. Man har tidigare år sett en positiv utveckling, men ingen förbättring nationellt skedde under 2020, och det är ännu långt kvar till målnivån.

Smärtskattningsresultaten försämrades något under 2020; de ligger nationellt på 51,6 procent. Förklaringen till den brutna förbättringstrenden kan vara att dödsfallen med covid-19 inte smärtskattats i samma utsträckning som andra. En liten förbättring av smärtskattning över tid ses dock i den kommunala vården [126].

Figur 38. Smärtskattning vid covid-19 sista levnadsveckan

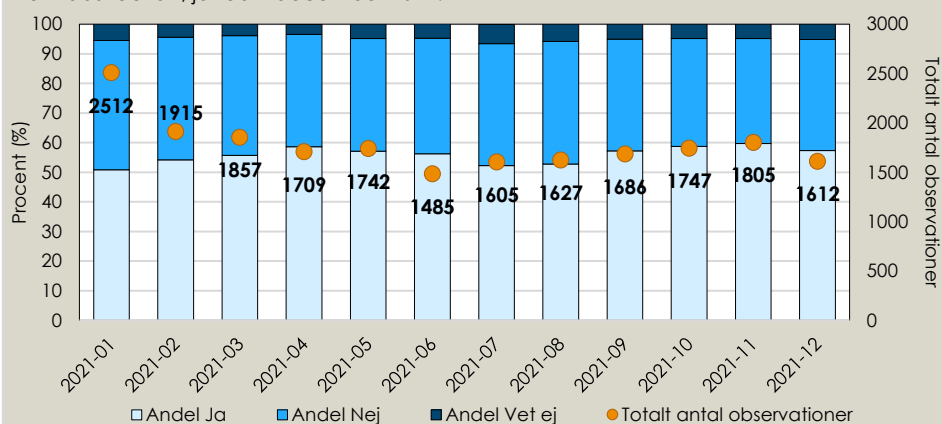
Andel (%) och antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende med genomgången covid-19 infektion som fått smärtskattning sista levnadsveckan, januari–december 2021.



Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2022-01-04.

Figur 39. Smärtskattning sista levnadsveckan

Andel (%) och antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende som fått smärtskattning sista levnadsveckan, januari–december 2021.



Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2022-01-04.

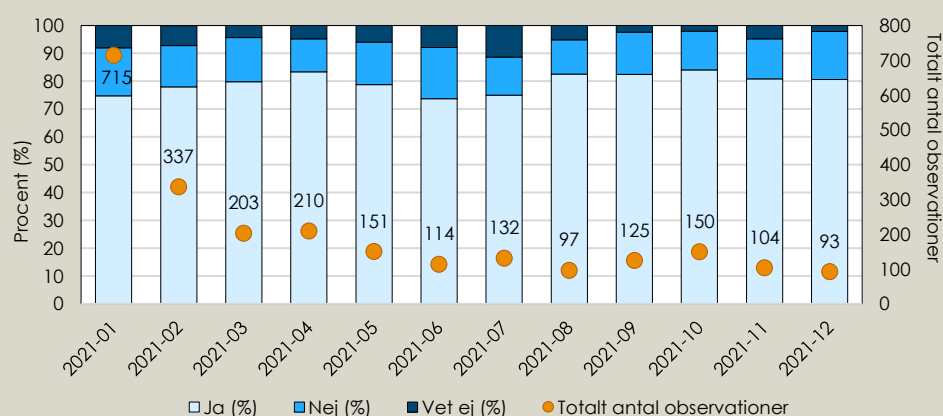
Brytpunktssamtal sista levnadsveckan vid covid-19

Patienter som är i behov av palliativ vård i livets slutskede ska få möjlighet att ha ett brytpunktssamtal. Socialstyrelsen har i sina nationella riktlinjer fastställt målnivån till ≥ 98 procent [133]. Målnivån är högt satt och få når det målet [134]. Dock ser man att andelen patienter som får ett brytpunktssamtal vid övergång till vård i livets slutskede generellt har ökat genom åren, men det är fortfarande stora skillnader mellan olika vårdformer och mellan olika delar av landet.

Av samtliga registrerade förväntade dödsfall i landet fick 77 procent ett brytpunktssamtal i livets slutskede under 2020, en nedgång med en procentenhet jämfört 2019. En delförklaring till detta är inverkan av covid-19-pandemin, som speciellt under den första vågen ledde till att färre patienter överlag fick brytpunktssamtal [126].

Figur 40. Smärtskattning vid covid-19 sista levnadsveckan

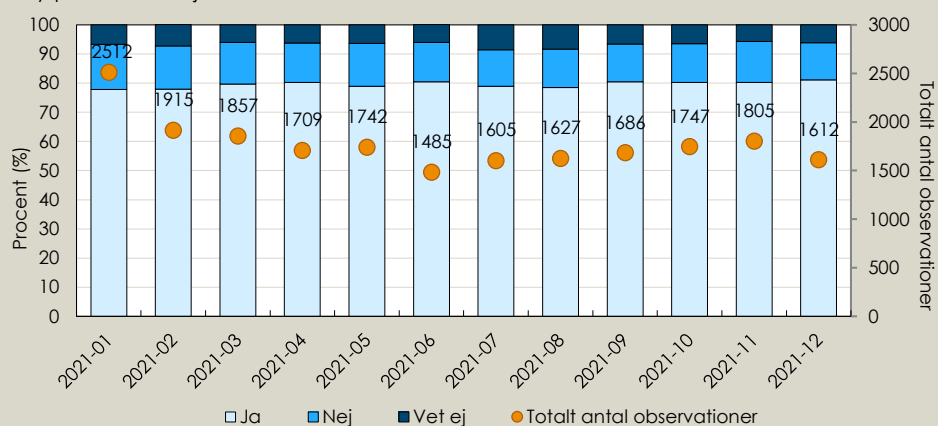
Andel (%) och antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende med genomgången covid-19 infektion som fått dokumenterat brytpunktssamtal, januari–december 2021.



Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2022-01-04.

Figur 41. Brytpunktsamtal sista levnadsveckan

Andel (%) och antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende som fått dokumenterat brytpunktsamtal, januari–december 2021.



Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2022-01-04.

Säker vård och omsorg

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att patienterna skyddas från risken att drabbas av vårdskador,⁴⁴ att socialtjänstens myndighetsutövning präglas av rättssäkerhet, och att vården och omsorgen är trygg och säker.⁴⁵ I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen material som belyser olika aspekter av säker vård och omsorg.

Kapitlet är indelat utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet [135] och fem prioriterade fokusområden: *Öka kunskap om inträffade vårdskador, Tillförlitliga och säkra system och processer, Säker vård här och nu, Stärka analys, lärande och samverkan samt Öka riskmedvetenhet och beredskap.*

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen patienter med skador och vårdskador är större i högre åldrar. I åldersgruppen 85 år eller äldre var utfallet 12 procent, jämfört med exempelvis 8 procent i åldersgruppen 18–49.
- I 2020 års nationella punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI), riskfaktorer och antibiotikaanvändning inom särskilt boende deltog 11 339 personer från 112 kommuner. Det var det lägsta antalet medverkande sedan mätningen 2015 och berodde sannolikt på covid-19-pandemin. VRI på vård- och omsorgsboende för äldre minskade från 3,4 procent till 1,5 procent från 2014 till 2020.
- Förekomsten av trycksår varierade beroende på enhetstyp. Vanligast var de på korttidsboenden – drygt 9 procent.
- Under 2021 ökade antalet lex Sarah-anmälningar till IVO. Antalet beslutade ärenden som gällde äldreomsorg var 1 074 stycken. Antalet covid-19-relaterade lex Sarah-anmälningar var 21 stycken. IVO fattade beslut i 24 ärenden. Jämfört med 2020 ökade antalet lex Maria-anmälningar till IVO. 1 111 beslut berörde personer i gruppen 65 år och äldre. För äldreomsorgen beslutade IVO i 249 ärenden och för hemsjukvård i ordinärt boende i 91 ärenden. Det kom in 96 covid-19-relaterade lex Maria-anmälningar. IVO fattade beslut i 115 ärenden. Inom äldreomsorg var det vanligast med ärenden inom vård och behandling, läkemedelshantering och fall/fallskada. Inom hemsjukvård i ordinärt boende gällde flest beslut läkemedelshantering.
- I punktprevalensmätningen (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler våren 2021 medverkade 140 kommuner med totalt 25 635 observationer. Det var en dubbling av antalet deltagande kommuner jämfört med mätningarna före hösten 2020. Efterlevnaden av samtliga åtta steg för basala

⁴⁴ Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL, där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada.

⁴⁵ Prop. 1996/97:124 s. 51–54.

hygienrutiner och klädregler var 68 procent, dvs. det bästa resultat som noterats sedan mätningarna startade 2010.

- Ungefär hälften av alla 65 år och äldre har haft en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter vård på sjukhus. Oplanerad återinskrivning är dubbelt så vanlig bland de multisjuka och mest sjuka äldre som bland hela denna åldersgrupp. Skillnaden mellan regionerna varierar något över tid, och några regioner har under vissa år ett markant lägre utfall än övriga regioner.
- Andelen personer 75 år och äldre som har läkemedel som bör undvikas har förbättrats stort över tid. År 2020 låg utfallet på 6,5 procent.
- Äldres läkemedelsanvändning förändrades i endast liten utsträckning under 2020, det första pandemiåret. För några mindre vanliga läkemedelsgrupper sågs dock mer påtagliga minskningar respektive ökning, bl.a. vissa medel vid ögonsjukdomar samt antibiotika.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Journalgranskning ger unik bild av vårdskador

Under 2020 granskades 8 513 slumpvis utvalda vårdtillfällen (journaler) i den somatiska akutsjukvården för vuxna med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) [136, 137].⁴⁶ I granskade journaler var 67 procent av patienterna 65 år och äldre. För kvinnorna var andelen 63 procent och för männen 72 procent.

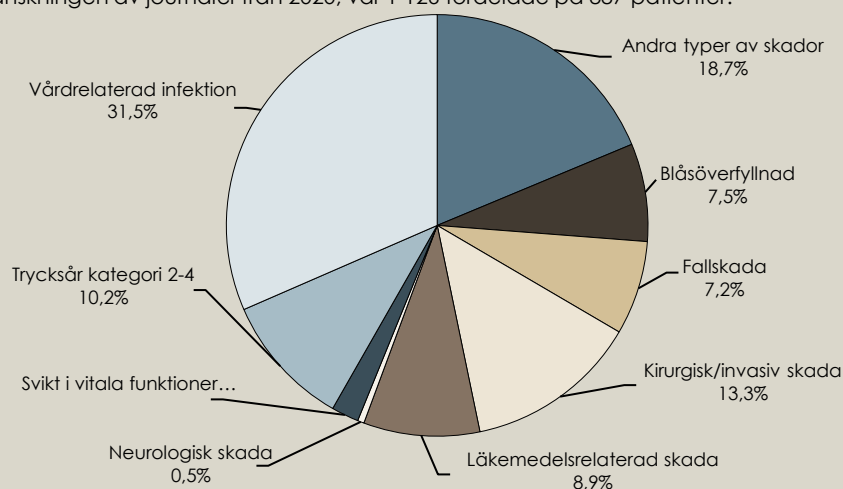
Den vanligaste skadetyper var vårdrelaterad infektion (VRI), med 32 procent av skadorna (figur 42). Förekomsten av VRI minskade signifikant från 2015 till 2020. För övriga skadetyper är skillnaderna inte signifikanta.

Andelen patienter med skador och vårdskador är större i högre ålder. I åldersgruppen 18–49 år noterades 8 procent skador, och i åldersgruppen 85 år eller äldre var andelen 12 procent.

⁴⁶ 19 av 21 regioner granskades under 2019, och 20 av 21 regioner under 2020. MJG genomförs i samverkan med SKR.

Figur 42. Fördelning av skadetyper. Somatisk akutsjukvård av vuxna

Markörbaserad journalgranskning 2020. Det totala antalet skador, som identifierades i granskningen av journaler från 2020, var 1 126 fördelade på 887 patienter.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Längre vårdtid vid vårdtillfällen med vårdskador

Medelvårdtiden för de granskade vårdtillfällen 2020 var 7 dagar. För vårdtillfällen utan skador var medelvårdtiden 6 dagar, och för vårdtillfällen med vårdskador 13 dagar. En signifikant minskning av medelvårdtiden sågs mellan 2015 och 2020 för patienter utan skador. För patienter utan skador var medelvårdtiden längre i högre ålder. I åldersgruppen 80 år eller äldre var medelvårdtiden 7 dagar. För patienter med vårdskador var medelvårdtiden 14 dagar i åldersgruppen 65–79 år [136, 137].

Fler oplanerade återinskrivningar på sjukhus

I 16 procent av de granskade vårdtillfällen 2020 blev patienten oplanerat återinskriven i slutenvård inom 30 dagar [136]. Detta var en signifikant högre andel än 2018, då 13 procent återinskrevs. Vårdtillfällen där patienten blev oplanerat återinskriven innebar i 20 procent att en skada fanns och i 12 procent att en vårdskada fanns. För patienter som inte blev återinskrivna inom 30 dagar var motsvarande siffror 9 respektive 5 procent. Andelen vårdtillfällen med skador minskade signifikant mellan 2018 och 2020 för patienter som återinskrevs, men ingen signifikant minskning sågs för vårdskador [136, 137].

Utlokaliserad patient⁴⁷ vanligare för äldre

Under 2020 genomfördes 4 procent av de granskade vårdtillfällen på utlokaliserad patient. Signifikant fler patienter i åldersgruppen 80 år eller äldre utlokaliserades jämfört med i den yngsta åldersgruppen: 5 procent jämfört med 3,5 procent. Inga könsskillnader sågs. Av de utlokaliserade patienterna hade 19 procent minst en skada och 11 procent minst en vårdskada. Skillnaden i skadefrekvens mellan utlokaliserade och ej utlokaliserade patienter är signifikant för både skador och vårdskador. Den vanligaste skadan hos utlokaliserade patienter var urinvägsinfektion [136, 137].

⁴⁷ Som utlokaliserad patient räknas en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Socialstyrelsens termbank.

Markörbaserad journalgranskning för att hitta skador vid vård för covid-19

Många som vårdats för covid-19 har fått skador. Det visar journalgranskning med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) av sjukhusvård av vuxna med covid-19-diagnos [137]. 1 529 slumpmässigt valda vårdtillfällen granskades under mars–juni 2020 (våren), och 1 278 vårdtillfällen under september–december 2020 (hösten).⁴⁸

En eller flera skador kunde identifieras i 18 procent av de granskade vårdtillfällena under våren 2020. Motsvarande siffra för hösten var 13 procent. Skillnaden är signifikant. Medelantalet skador per skadad patient var 1,5 under våren och 1,6 under hösten [137]. Av de patienter som vårdades på IVA under våren 2020 var andelen patienter 65 år och äldre 45 procent, men under hösten ökade andelen till 63 procent.

Vårdrelaterade infektioner och trycksår vanligaste skadorna för patienter som vårdats för covid-19

För alla vårdtillfällen både med och utan intensivvård var vårdrelaterade infektioner (VRI) den vanligaste skadetyper. Under våren var 35 procent av skadorna VRI och under hösten 49 procent. Trycksår utgjorde 23 procent av skadorna under våren och 16 procent under hösten (tabell 16). Båda skadetyperna ökade med stigande ålder [137].

Tabell 16. Typer av skador vid vård för covid-19

Markörbaserad journalgranskning 2020. Andel (%) av samtliga skador vid vårdtillfällen för covid-19.

Skadetyper	Mars-Juni 2020 n=427 skador	September-December 2020. n=253 skador
Vårdrelaterad infektion	34,9	49,0
Trycksår	22,7	16,2
Andra typer av skador	22,0	17,0
Läkemedelsrelaterad skada	4,7	4,0
Fallskada	4,0	7,1
Svikt i vitala funktioner	4,0	0,0
Kirurgisk/invasiv skada	3,7	2,8
Blåsoverfyllnad	2,1	3,2
Neurologisk skada	1,9	0,8
Totalt	100	100

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, 2021.

Mer information om MJG i somatisk vård och psykiatrisk vård finns i *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2022*.

⁴⁸ De slumpmässigt valda vårdtillfällena motsvarar drygt 7 procent av samtliga vårdtillfällen för covid-19 vid svenska sjukhus under perioden.

Mätning av vårdrelaterade infektioner inom särskilt boende för äldre

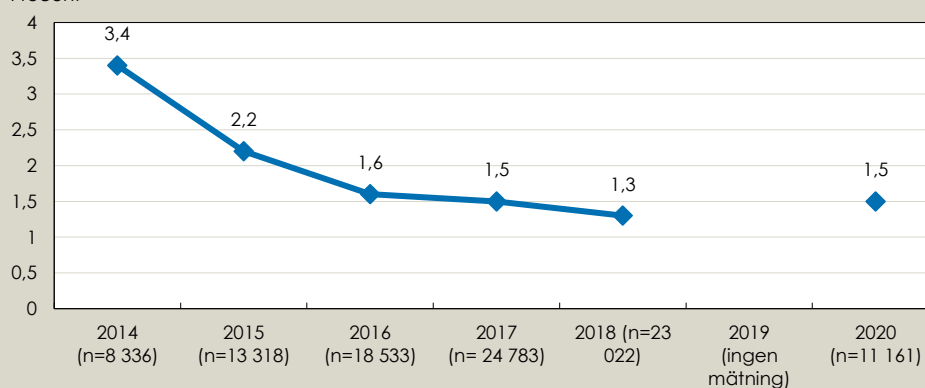
I 2020 års nationella punktprevalensmätning, HALT^{49,50}, av vårdrelaterade infektioner (VRI⁵¹), riskfaktorer och antibiotikaanvändning inom särskilt boende deltog 11 339 personer⁵² från 112 kommuner [138]. Det var det lägsta antalet medverkande sedan mätningen 2015. Det lägre antalet deltagare berodde sannolikt på den pågående pandemin. Totalt 1,5 procent (166 personer) av dem som bodde på särskilt boende för äldre hade en VRI (figur 43).

Val av antibiotika för hud- och mjukdelsinfektioner samt urinvägsinfektioner följde i stor utsträckning behandlingsrekommendationerna.

Figur 43. Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre

Andel (%) vårdrelaterade infektioner på vård- och omsorgsboende för äldre i kommunerna över tid.

Procent



Källa: Senior Alert, Folkhälsomyndigheten.

Riskfaktorer har stor betydelse för uppkomsten av vårdrelaterade infektioner. De vanligaste riskfaktorerna är någon form av sår och urinkateter. Flera riskfaktorer samtidigt ökar risken avsevärt. Hud- och mjukdelsinfektion samt urinvägsinfektion var vanligast i mätningen 2020. Riskfaktorer var vanligare bland personer på korttidsplats än på permanentplats. Personer med korttidsplats hade en högre andel sår och urinkateter jämfört med personer på permanentboende [138].

Inga betydande skillnader i den totala prevalensen, för VRI eller antibiotikaanvändning, kunde ses i jämförelse med de tre senaste mätningarna. I 2021 års mätning, som genomfördes vecka 46–47, deltog 1 467 enheter fördelade på 135 kommuner, och totalt ingick 16 934 personer. Nationellt resultat från mätningen redovisas våren 2022.

⁴⁹ Mätningen genomförs en valfri dag under två veckor på hösten. Metoden baseras på journalgranskning. Alla särskilda boenden för äldre samt LSS-enheter (verksamhet enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade) erbjuds att delta. Mätningen genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

⁵⁰ Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities. Det är en evidensbaserad metod som bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll för mätning av VRI och antibiotikaanvändning inom vårdboenden.

⁵¹ I HALT definieras VRI enligt följande: Första tecknen och symtom ska ha börjat senare än 48 timmar efter tidpunkten för inflyttning eller återinflyttning. Alla symtom måste vara nya eller ha akut försämrats. Infektioner som redan förekom eller var i inkubationsstadiet vid tidpunkten för inflyttning eller återinflyttning ska inte räknas med.

⁵² Av dessa bodde 178 personer på LSS-enheter. Inom LSS är fyra av fem deltagare i mätningen yngre än 65 år. Inom särskilt boende för äldre är nästan alla vårdtagare äldre än 65 år.

Trycksårsförekomst hos äldre

Ett trycksår är en lokal skada i huden eller den underliggande vävnaden som ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv⁵³. Konsekvenserna av trycksår är många, bl.a. smärta, ångslan och bundenhet för individen, samt ökad vårdtyngd och ökade kostnader för sjukvården.

Nationell årlig punktprevalensmätning av trycksårsförekomst⁵⁴ genomförs av kvalitetsregistret Senior alert [139]. Andelen trycksår år 2021 var 5,8 procent inom kommunala verksamheter⁵⁵ och 4,2 procent inom regionerna⁵⁶; 45 procent av trycksåren bedömdes som lindriga (kategori 1). Det var vanligast med trycksår på hälarna och i rygglutet. Resultaten för 2021 är i nivå med tidigare år.

Tabell 17. Punktprevalensmätningar av trycksår i kommunal verksamhet

Punktprevalensmätningar av trycksår i kommunal verksamhet, 2016–2021, antal kommuner respektive antal och andel (%) personer.

	Höst 2016	Höst 2017*	Höst 2018	Höst 2019	Höst 2020	Höst 2021
Antal kommuner	124	286	285	285	284	284 ²
Antal personer i kommunal verksamhet	15 627	90 404	90 520	93 012	92 101	93 389
Andel (%) med risk för trycksår	30	25	26	26	26	26
Andel (%) med trycksår	8	5	6	7	6	6

* Från och med mätningen 2017 används en annan metod, så resultat från tidigare mätningar är därmed inte helt jämförbara. I mätningarna ingår även regioner, men regionernas resultat redovisas inte i tabellen.

² Totalt deltog 110 850 personer varav 17 461 i regionverksamhet.

Källa: Senior alert 2021.

Av figur 44 framgår att förekomsten av trycksår varierade beroende på enhetstyp. Vanligast var de på korttidsboenden – drygt 9 procent. Resultaten för 2021 är i nivå med tidigare år [5].

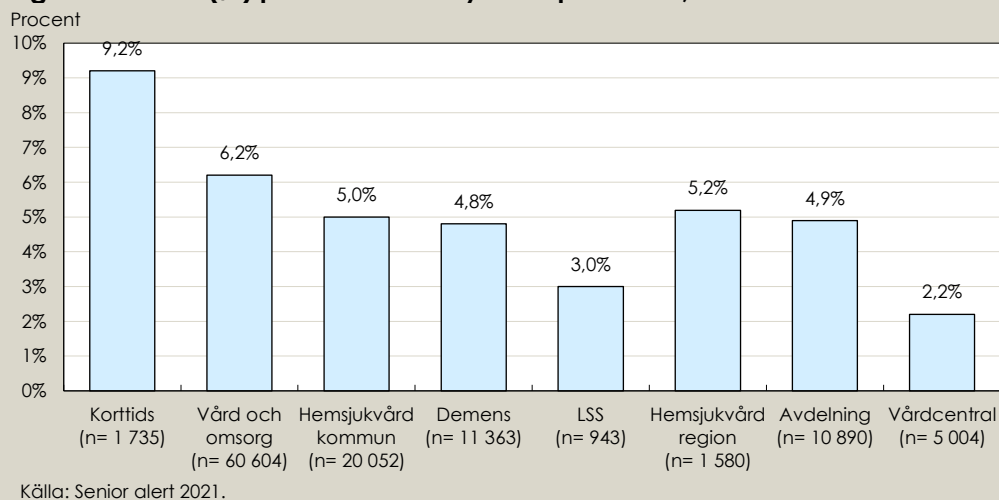
⁵³ Skjuv uppstår när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra, exempelvis när en persons huvudända på sängen höjs och personen glider ner i sängen.

⁵⁴ Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4; de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

⁵⁵ Inkluderade kommunala och privata enhetstyper: demens, vård och omsorg, korttidsboende, hemsjukvård, LSS.

⁵⁶ Vårdavdelningar, vårdcentraler och hemsjukvård i 19 regioner.

Figur 44. Andel (%) personer med trycksår per enhet, 2021



Många trycksår kan undvikas med förebyggande åtgärder

De två vanligaste planerade förebyggande åtgärderna för personer som bedömts ha risk för trycksår var bedömning av huden (60 procent) och hudvård (53 procent) [139]. Andelen utförda förebyggande åtgärder låg däremot på en väsentligt lägre nivå: 21 procent för bedömning av huden och 19 procent för hudvård. Bruk av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 49 procent och registrerades som utförda för 17 procent. Andelen planerade respektive utförda förebyggande åtgärder är i nivå med mätningen 2020.

Klagomål och anmälningar

I följande avsnitt beskrivs klagomål till patientnämnderna⁵⁷ och Inspektionen för vård och omsorg (IVO)⁵⁸ på hälso- och sjukvården och omsorgen.^{59,60}

Klagomålen till patientnämnderna ökade

Klagomålen till patientnämnderna från patienter och närstående ökade 2021. Under 2021 tog patientnämnderna emot 38 145 klagomål⁶¹, jämfört med cirka 33 700 klagomål 2020.

Klagomål på hälso- och sjukvården till IVO

Patienten ska i första hand vända sig till vårdgivaren för att lämna klagomål. IVO ska enbart utreda de mest allvarliga klagomålen.⁶² År 2021 inkom 6 419

⁵⁷ Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet. Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372).

⁵⁸ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

⁵⁹ Vårdgivaren är skyldig att till Inspektionen för vård och omsorg anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, enligt 3 kap. 5 § PSL.

⁶⁰ 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 råden i 7 kap.).

⁶¹ Preliminär uppgift från Patientnämndernas kansli 2022-01-12.

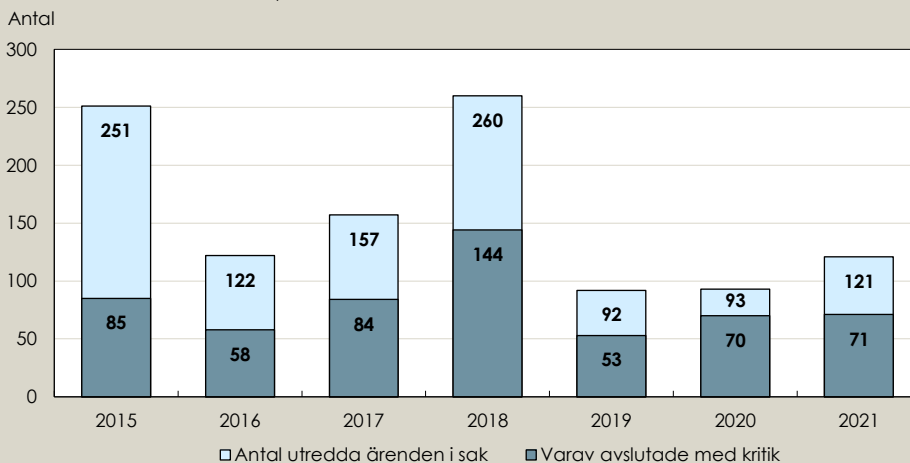
⁶² Prop. 2016/17:122, *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*.

klagomål till IVO. Den som skickat in en anmälan får ett beslut om klagomålsärendet ska utredas eller inte. Av de 6 250 klagomål som beslutades 2021 var det 24 procent som utreddes i sak.⁶³ De vanligaste orsakerna till att ett ärende 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. Av de 1 486 ärenden där IVO beslutade att inleda tillsyn avslutades 785 ärenden med kritik.

För dem som var 65 år⁶⁴ eller äldre utreddes 501 ärenden. Ärendena gällde framför allt vård och behandling följt av diagnostisering. Inom äldreomsorg utreddes 121 ärenden, varav 71 avslutades med kritik (figur 45). En majoritet av de utredda ärendena gällde vård och behandling, och de flesta avsåg särskilt boende.

Figur 45. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) i äldreomsorgen

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen inom äldreomsorgen, antal utredda i sak samt antal avslutade med kritik, 2015–2021.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg

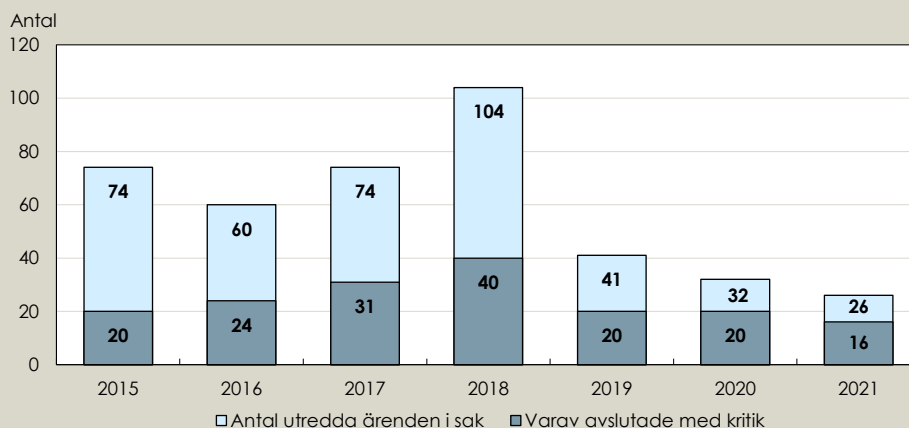
Inom hemsjukvård i ordinärt boende utreddes 26 ärenden, varav 16 avslutades med kritik (figur 46).

⁶³ Beslutade ärenden kan vara klagomål som inkommit före 2021.

⁶⁴ Ett klagomål kan gälla en eller flera åldersgrupper; det finns även åtta ärenden där ålder inte är specificerad. I beslutade ärenden kan ålder kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet ärenden specificerat på åldersgrupper kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

Figur 46. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) inom hemsjukvård i ordinärt boende

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen inom hemsjukvård i ordinärt boende, antal utredda i sak samt antal avslutade med kritik, 2015–2021.



Av de klagomål på hälso- och sjukvården som kom in till IVO var 193 covid-19-relaterade, och flest ärenden gällde äldreomsorg. Det var totalt 72 ärenden som utreddes i sak, och flest ärenden, 25 stycken, gällde särskilt boende. 45 utredda ärenden gällde personer som fyllt 65 år.^{65, 66}

Klagomål på socialtjänstens äldreomsorg

Personer som anser att det finns brister inom socialtjänstens äldreomsorg kan anmäla dem till IVO. IVO har dock ingen skyldighet att utreda allt som anmäls.

Den som skickat in en anmälan får ett beslut om klagomålsärendet ska utredas eller inte. En tillsyn kan inledas omgående, eller kanske senare, beroende på hur IVO bedömer de uppgifter som finns. Det kom in 6 129 anmälningar 2021 och IVO beslutade i totalt 6 223 ärenden. 827 beslut gällde socialtjänstens äldreomsorg, vilket är färre än 2020, då beslut togs i 1 122 ärenden. Ärendena gällde i störst utsträckning SÄBO, och oftast omsorg och omvårdnad följt av bemötande.⁶⁷ Av de beslutade ärenden som gällde äldreomsorg ledde 14 procent (115 ärenden) till fortsatt tillsyn i nytt ärende, jämfört med 10 procent (116 ärenden) 2020.

Det kom in 63 covid-19-relaterade klagomål, varav 11 ärenden ledde till fortsatt tillsyn.⁶⁸

Lex Sarah-anmälningar

Under 2021 ökade antalet lex Sarah-anmälningar till IVO.⁶⁹ IVO:s ansvar när det gäller anmälningar enligt lex Sarah är att granska huvudmannens utredning. Om IVO bedömer att huvudmannens utredning följer gällande bestämmelser, avslutar IVO ärendet. Beslut togs i 1 074 ärenden (tabell 18). De

⁶⁵ Uppgifter från IVO 2022-01-11.

⁶⁶ Det är åtta ärenden där ålder inte är specificerad.

⁶⁷ Ett klagomål till IVO kan gälla ett eller flera verksamhetsområden, och en eller flera händelsekategorier. I beslutade ärenden kan verksamhetsområdet och vad ärendet avser kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet för ett verksamhetsområde respektive vad ett ärende avser kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

⁶⁸ Uppgifter från IVO 2022-01-11.

⁶⁹ Avser alla inkomna anmälningar. Enbart äldreomsorg kan inte specificeras.

vanligaste ärendena gällande äldreomsorg 2021 handlade om beviljad insats som inte utförts, beviljad insats som hade utförts felaktigt, och bemötande. Ärendena gällde oftast särskilt boende för äldre, följt av hemtjänst. Det liknar bilden från tidigare år.

Det kom in 21 covid 19-relaterade lex Sarah-anmälningar.⁷⁰ IVO fattade beslut i 24 ärenden.

Tabell 18. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Sarah 2015–2021

Lex Sarah	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Inkomna ärenden	1 204	1 204	1 294	1 163	1 200	1 104	1 193
Beslutade ärenden	1 294	1 254	1 333	1 177	1 170	1 128	1 074

Antal beslutade ärenden kan skilja sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Anmälningar av allvarliga vårdskador, lex Maria

Under 2021 ökade antalet anmälningar enligt lex Maria jämfört med 2020 (tabell 19). IVO:s ansvar när det gäller anmälningar enligt lex Maria är att granska vårdgivarens utredning. Om IVO bedömer att vårdgivarens utredning följer gällande bestämmelser, avslutar IVO ärendet. Sedan 2018 har flest beslutade ärenden gällt kirurgisk specialistsjukvård och primärvård.⁷¹ Ärendena gäller oftast vård och behandling följt av diagnostisering. Totalt 20 ärenden ledde till fortsatt tillsyn.

1 111 beslut gällde personer i gruppen 65 år och äldre.⁷² Flest beslut gällde vård och behandling, följt av diagnostisering och läkemedelshantering.

För äldreomsorgen beslutade IVO i 249 ärenden, och för hemsjukvård i ordinärt boende i 91 ärenden. Inom äldreomsorg var det vanligast med vård och behandling, läkemedelshantering och fall/fallskada. Inom hemsjukvård i ordinärt boende gällde flest beslut läkemedelshantering.

Tabell 19. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Maria 2015–2021

Lex Maria	2015	2016	2017	2018*	2019	2020	2021
Inkomna ärenden	2 372	2 465	2 679	2 009	2 270	2 170	2 263
Beslutade ärenden	2 821	2 494	2 752	2 256	2 110	2 104	2 267

* Ett minskat antal anmälningar hänger ihop med att det fram till den 1 september 2017 fanns en anmälningsskyldighet enligt Lex Maria när 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 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28).

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Det kom in 96 covid-19-relaterade anmälningar. IVO fattade beslut i 115 ärenden.⁷³ Verksamhetsområdet invärtesmedicin hade flest beslutade ärenden, 54 stycken.⁷⁴

⁷⁰ Antalet beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden som anmälts före 2021 ingår.

⁷¹ Primärvård utom hemsjukvård.

⁷² I 61 ärenden specificerades inte ålder. I beslutade ärenden kan ålder kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet ärenden specificerat på åldersgrupper kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

⁷³ Antalet beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden som anmälts före 2021 ingår.

⁷⁴ Uppgifter från Inspektionen för vård och omsorg 2022-01-11.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hygienrutiner och klädregler följs i högre grad

En viktig insats för att undvika smittspridning är att personal som har fysisk kontakt med den som får vård följer basala hygienrutiner och klädregler.

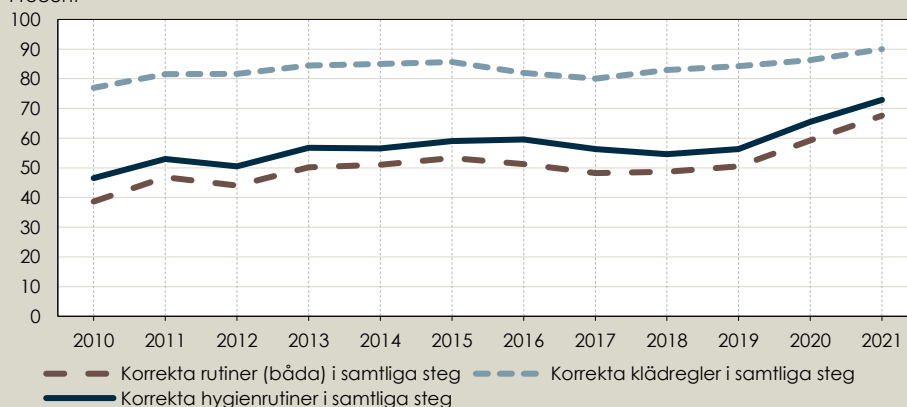
Nationell årlig punktprevalensmätning (PPM)⁷⁵ av hur hygienrutiner och klädregler efterlevs genomförs av Sveriges Kommuner och Regioner. I mätningen våren 2021 medverkade 140 kommuner med totalt 25 635 observationer [140]. Det var en dubblering av antalet deltagande kommuner jämfört med mätningar före hösten 2020. Efterlevnad av samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler var 68 procent och det bästa resultat som noterats sedan mätningarna startade 2010 (figur 47). Det var en stor spridning mellan kommunerna, från drygt 30 procent till omkring 95 procent. Följsamheten till klädregler var högre än följsamheten till hygienrutiner, 90 procent respektive 73 procent, en skillnad som även ses i tidigare mätningar. Att klädreglerna följs i högre grad är en bild som även ses i regionernas resultat. Ett förbättringsområde är desinfektion före patientnära arbete, som var 80 procent.

Under pandemiåret 2020 ökade intresse för hygienfrågor, inte minst inom kommunal vård och omsorg. Den ökade följsamheten till hygienrutiner och klädregler kan delvis antas bero på det förstärkta arbetet med vårdhygienutbildningar samt att genomgångar och träning genomförts för att ge kunskap i arbetet om att förhindra spridning av covid-19 [140].

Figur 47. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Andel (%) personal som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna.

Procent



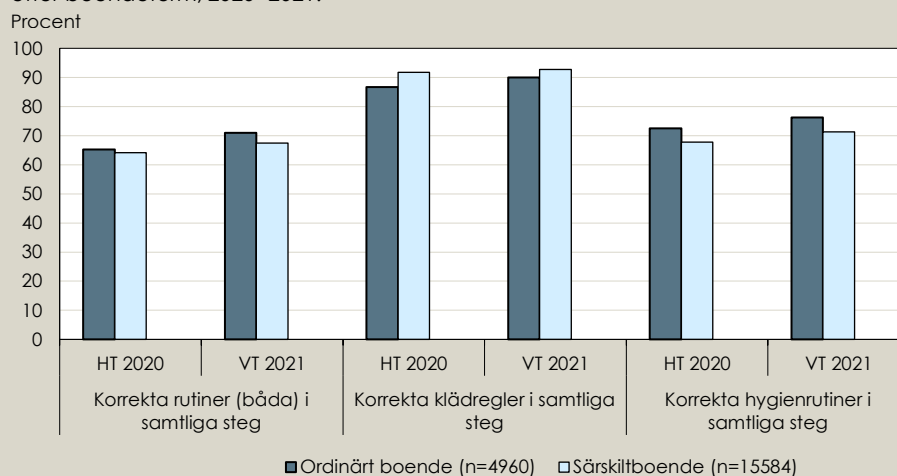
Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler varierade beroende på enhetstyp (figur 48). Det går dock inte att dra slutsatser av endast två mätningar, och antalet observationer varierade stort mellan enhetstyperna.

⁷⁵ Mätningen genomfördes vid en bestämd tidpunkt vecka 11–12 2021 och utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll och omfattar observationer av åtta steg som baseras på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg. År 2020 genomfördes PPM på både våren och hösten.

**Figur 48. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
Boendeform**

Andel (%) personal som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna efter boendeform, 2020–2021.

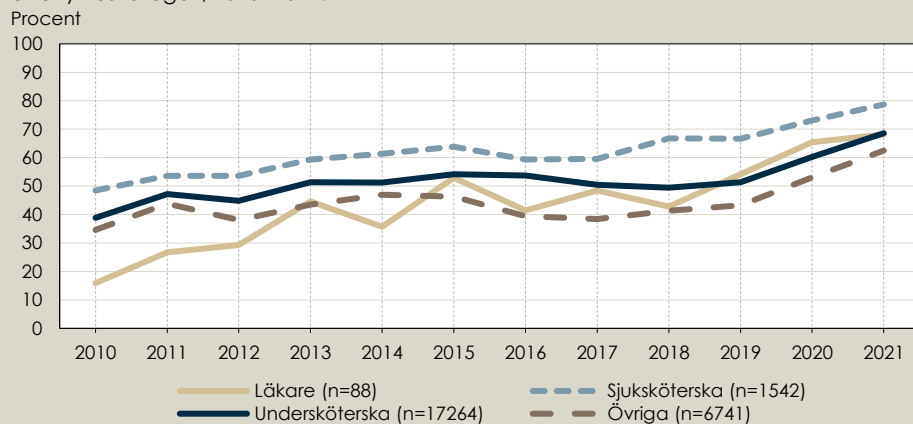


Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 49 visar följsamheten över tid för tre yrkesgrupper och en grupp benämnd övriga, där bl.a. vårdbiträden ingår. Sjuksköterskor har genomgående haft högst följsamhet i alla mätningar.

**Figur 49. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
Yrkeskategori**

Andel (%) personal som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna efter yrkeskategori, 2020–2021.



* Antal per yrkeskategori avser PPM 2021.

Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Att få full efterlevnad av basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser. Det är av stor vikt att kommunerna vidtar ytterligare åtgärder för att förbättra resultaten.

Säker vård här och nu

Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet

Webbutbildningen lanserades vecka 42 år 2021 och riktar sig till medarbetare samt chefer och ledare i hälso- och sjukvården, oavsett om det gäller tandvården, den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården, den prehospitla vården, vården på sjukhus eller inom någon annan verksamhet.

Utbildningen ger en bred förståelse för patientsäkerhetsområdet och det förebyggande arbetet.

Högt deltagande på utbildningar inom vårdhygien

Det togs fram tre e-utbildningar inom vårdhygienområdet 2020 i syfte att stärka beredskap och ge kunskap om de viktigaste principerna och utmaningarna i arbetet att förhindra spridning av covid-19. En utbildning var särskilt riktad till verksamma inom äldre- och funktionshindersomsorg [141]. Cirka 244 500 personer har deltagit i dessa tre utbildningar. Majoriteten av deltagarna arbetar inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Stärka analys, lärande och utveckling

Kvaliteten vid läkemedelsbehandling fortsätter att förbättras

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel [142]. Därtill medför den omfattande läkemedelsanvändningen hos många äldre en ökad risk för biverkningar och att läkemedel påverkar varandra (interagerar). Det finns därför ett stort behov av att fördjupa kunskapen om hur omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

Figur 50. Äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt, 2020.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

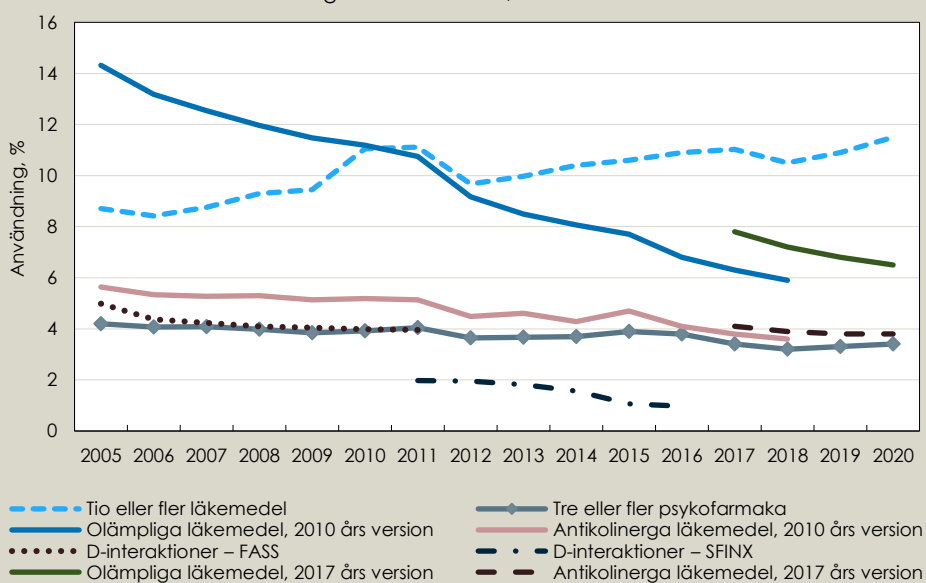
Personer som är 75 år eller äldre använder idag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel [143]. Äldre som är multisjuka och äldre som bor på särskilt boende är på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar mest känsliga för läkemedelsbehandling.

liga för läkemedel. Dessa grupper använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel [144]. Förskrivningen av olämpliga läkemedel⁷⁶ och läkemedelskombinationer till dem som fyllt 75 år har emellertid minskat kontinuerligt sedan 2005 (figur 51). 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 ökade under perioden 2005–2017 med 27 procent. En liten minskning sågs 2018, men andelen har därefter åter ökat, till att 2020 vara 32 procent högre än 2005.

Sedan 2005 har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt. Exempelvis har samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka minskat med 19 procent [145]. Den mest uttalade förändringen har dock observerats för olämpliga läkemedel, vars användning minskade med 59 procent under perioden 2005–2018. En viktig typ av läkemedel som omfattas av denna indikator är så kallade antikolinerga⁷⁷ läkemedel, som kan orsaka minnesstörningar och förvirring hos äldre. Användningen av dessa läkemedel minskade med 35 procent under denna period.

Figur 51. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta

Andel personer 75 år och äldre som förskrivs olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer, 2005–2020.



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

** Fr.o.m. 2011 baserades analysen på en annan källa, SFINX, numera Janusmed interaktioner, tillgänglig i flertalet patientjournalssystem.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, Socialstyrelsen.

⁷⁶ 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).

⁷⁷ 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 kan därmed orsaka kognitiva störningar och förvirring hos äldre. Risken är större hos personer med Alzheimers sjukdom. Läkemedel med antikolinerga effekter kan också hämma funktionen av vissa inre organ och därigenom orsaka bl.a. muntorrhet, förstoppning och vattenkastningsbesvär.

I och med den nya versionen av Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [145], som publicerades 2017, ändrades indikatorn för olämpliga läkemedel för äldre. Dels reviderades listan över läkemedel med antikolinerga effekter, dels tillkom två nya läkemedel som klassificerats som olämpliga – det smärtstillande läkemedlet kodein och diabetesmedlet glibenklamid. Det innebar en ökning av förekomsten av såväl olämpliga läkemedel som antikolinerga läkemedel, men båda indikatorerna visar en fortsatt minskning sedan 2017, från 7,8 till 6,5 procent respektive 4,1 till 3,8 procent.

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 låg med denna interaktionskälla generellt lägre, men fortsatte att sjunka påtagligt, med 49 procent under 2011–2016, en minskning som dock delvis förklarades av att några av de läkemedelskombinationer som tidigare klassificerats som D-interaktioner under senare tid hade omklassificerats till C-interaktioner. Sedan 2017 redovisas inte D-interaktioner på grund av att tekniska förutsättningar för närvarande saknas för att mäta dem på registerdata.

Läkemedelsanvändningen hos personer 70 år och äldre under pandemiåret 2020

Socialstyrelsen har analyserat läkemedelsanvändningen hos personer 70 år och äldre under 2020, för att undersöka om användningen av vissa läkemedelsgrupper förändrades efter den första smittspridningsvågen av covid-19 i Sverige [28]. Utgångspunkten var att en minskad kontakt med vården i samband med restriktionerna antogs kunna ha medfört minskad receptförnyelse eller nyinsättning av läkemedel.

Mätningar av aktuell användning av olika läkemedelsgrupper (fyrställig ATC-nivå) gjordes, med en tidigare beskriven metod [146], den första dagen varje månad under året. För att justera för säsongsvariationer i läkemedelsanvändningen dividerades mätvärdena med medelvärdet för motsvarande mätpunkter 2018 och 2019. Därefter studerades den största förändringen under perioden 1 april – 1 december jämfört med 1 mars 2020.

För merparten av läkemedelsanvändningen sågs endast små eller inga minskningar. Bland de 30 vanligaste läkemedelsgrupperna var den största minskningen för en enskild grupp, i populationen som helhet, 7 procent (median 3 procent).

För några av de mer ovanliga läkemedelsgrupperna sågs dock större minskningar, vilket kunde återspegla otillräcklig läkemedelsbehandling vid vissa sjukdomar och tillstånd (tabell 20). Det gällde främst vissa medel vid ögonsjukdomar. Några typer av antibiotika – främst tetracykliner och penicilliner – minskade också i användning under perioden. En tänkbar förklaring

till detta är att personer som fick symtom på luftvägsinfektion i många fall misstänkte att dessa orsakats av covid-19, och därför inte sökte vård i syfte att få antibiotikabehandling, eller att behandlande läkare i större utsträckning gjorde den bedömningen.

Några läkemedelsgrupper ökade i stället i användning (Tabell 20). Det kan i viss utsträckning förklaras av symtom som en coronavirusinfektion kan orsaka, såsom luftvägsbesvär, feber och smärta. Intressant nog sågs en påtaglig ökning av användningen av gruppen Övriga antibakteriella medel (J01X), som hos äldre domineras av läkemedel för behandling av, eller profylax mot, urinvägsinfektion, vilket skulle kunna förklaras av en ökad förekomst av urinvägssymtom vid covid-19 [147].

Vidare kan ökningen av vissa läkemedelsgrupper återspegla försök till behandling av själva coronavirusinfektionen.

Tabell 20. Läkemedelsgrupper som minskade resp. ökade mest i användning 1 april till 1 december 2020, hos män respektive kvinnor ≥ 70 år

De 10 läkemedelsgrupper som minskat resp. ökat mest under någon månad fr.o.m. 1 april, jämfört med 1 mars, 2020. Användning (andel användare, procent) av läkemedelsgruppen den 1 januari 2020 samt största uppmätta förändring (minskning resp. ökning, procent).

ATC	Läkemedelsgrupp	Män		Kvinnor	
		Använd.	Föränd.	Använd.	Föränd.
Största minskning					
S01B	Antiinflammatoriska medel (ögon)	1,1	-42	1,3	-44
R05F	Hosthämmande medel i kombination med expektorantia	0,7	-38	0,7	-36
S01A	Antiinfektiva medel (ögon)	0,4	-28	0,5	-28
S03C	Kortikosteroider i kombination med antiinfektiva medel (ögon)	0,6	-29	0,7	-26
C05A	Utvärtes medel vid hemorrojder och analfissurer	0,2	-25	0,2	-26
J01A	Tetracykliner	0,2	-18	0,2	-33
A01A	Medel vid mun- och tandsjukdomar	1,9	-23	2,4	-22
J01C	Antibakteriella betalaktamer, penicilliner	0,6	-21	0,6	-17
A11E	Vitamin B-komplex, inkl. kombinationer	0,8	-22	0,7	-12
M01A	Antiinflammatoriska och antireumatiska medel, icke-steroida	2,3	-13	3,2	-16
Största ökning					
D02A	Hudskyddande och uppmjukande medel	4,5	29	5,4	24
J01X	Övriga antibakteriella medel	0,3	21	0,9	26
C08D	Kalciumantagonister med direkt hjärtselektiv effekt	0,3	19	0,5	16
P01B	Malariamedel	0,1	30	0,2	9
R01A	Avsvällande och övriga medel för lokal behandling vid nässjukdomar	2,4	12	2,3	14
S01X	Övriga medel vid ögonsjukdomar	1,0	10	2,2	14
D07A	Kortikosteroider	3,0	16	3,2	9
C05A	Utvärtes medel vid hemorrojder och analfissurer	0,2	10	0,2	14
N02B	Övriga analgetika och antipyretika	9,5	13	16,1	12
R05C	Expektorantia, exkl. kombinationer med hostdämpande medel	2,2	9	2,2	13

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

En av tio äldre återinskrivs inom 30 dagar

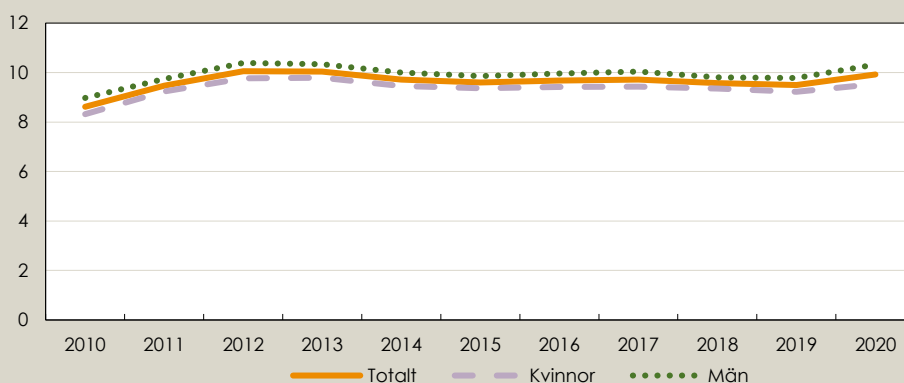
I *Öppna jämförelser 2021 – Vård och omsorg för äldre* redovisar Socialstyrelsen indikatorn *Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar efter ett vårdtillfälle* [148]. Indikatoren syftar till att spegla hur väl regioner och kommuner samverkar kring patienten, i vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Den mäter antalet personer 65 år och äldre som vid första inskrivningstillfället har en diagnos som är vanlig bland äldre. Tanken är att den ska indikera om vården på sjukhus vid föregående vårdtillfälle, eller insatserna därefter från primärvården eller socialtjänsten, har fungerat. Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom öppenvårds- eller socialtjänstinsatser.

För gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till återinskrivningar hjärtsvikt och lunginflammation [149]. År 2020 var det 10 procent av de patienter som var 65 år och äldre som hade oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, efter vård av de diagnoser som ingår i indikatorn⁷⁸ (figur 52).

Figur 52. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland personer 65 år och äldre för valda diagnoser, fördelat på totalt, kvinnor och män, åren 2010-2020.

Procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Utvecklingen över tid visar inga tydliga trender, utan både ökningar och minskningar förekommer [149]. Däremot finns en spridning bland kommunerna, från 4 till 21 procent äldre som återinskrivs inom 30 dagar (år 2020). Även om skillnaden mellan kvinnor och män genom åren är liten (cirka en procent) så är nivån på nationell nivå konsekvent högre för män. Vid närmare analys av regioner hade Jämtland lägst andel återinskrivningar inom 30 dagar bland personer 65 år och äldre år 2020, medan Östergötland och Skåne hade högst andelar⁷⁹ [148]. Män återinskrivs inom 30 dagar i större utsträckning än kvinnor i två tredjedelar av länen år 2020.

⁷⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2020-1-6544-bilaga-indikatorbeskrivningar.pdf>

⁷⁹ Variationen mellan regionerna kan bero på hur de organiserat sin sjukvård. Variationen kan även bero på att de definierar planerad och oplanerad på olika sätt. Regionerna bör se över sin användning av variabeln så att den tolkas på det sätt som avses i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2008:26).

God samverkan mellan kommunens hemsjukvård och regionens vårdinsatser i hemmet är viktig för att förebygga återinskrivningar, liksom läkartillgång. I Socialstyrelsens rapport om återinskrivningar bland multisjuka och sköra äldre framkommer i intervjustudier med regioner att mobila team, hemgångsteam eller särskilda samordnare som planerar, koordinerar och följer upp vården och omsorgen efter utskrivning är en framgångsrik åtgärd för att undvika återinskrivningar bland äldre [66].

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen ansvarar för samordning av insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (S2018/04111/FS delvis). Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner. Genom att ta fram egna handlingsplaner kan de etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. Eftersom patientsäkerhetsarbetet ser olika ut i landets kommuner och regioner behöver den nationella handlingsplanen brytas ner och anpassas hos respektive huvudman.

Under december 2021 och januari 2022 gjorde Socialstyrelsen en uppföljning av kommunernas och regionernas arbete med lokala handlingsplaner för patientsäkerhet och i vilken utsträckning de använder de verktyg som tagits fram för att implementera handlingsplanen.⁸⁰ Resultatet visar att av 230 kommuner som svarade hade enbart 29 (13 procent) en handlingsplan för patientsäkerhet och 56 kommuner hade ett beslut att ta fram en handlingsplan. Majoriteten av dessa kommuner svarade att de har utgått från den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet i sitt lokala arbete. 145 kommuner (63 procent) saknade en handlingsplan för patientsäkerhet. Vidare hade den nationella handlingsplanen diskuterats i förvaltningsledningen i 94 kommuner (41 procent), och 56 kommuner (24 procent) svarade att de inte hade en handlingsplan, men att de hade beslut att ta fram en.

⁸⁰ Uppföljning av handlingsplanens genomförande - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)

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 redogörs för tillgängligheten till vård och omsorg för personer i gruppen 65 år och äldre med fokus på bl.a. boende och andra socialtjänstinsatser samt välfärdsteknik.

Sammanfattande iakttagelser

- En jämförelse av äldreomsorg i de nordiska länderna visar att det är mindre vanligt att äldre i Sverige har plats på vård- och omsorgsboende än i Danmark och Norge, medan äldre svenskar tar emot mer hemtjänstinsatser.
- Kvinnor är som regel äldre än män vid flytt till SÄBO. Medelåldern skiljer sig mycket mellan länen: nästan fyra år mellan länen med högst och lägst medelålder. Medelåldern vid flytt till SÄBO samvarierar med hälsoläget i befolkningen, såsom självrapporterad hälsa och förväntad medellivslängd.
- Personalkontinuiteten inom hemtjänsten har försämrats nationellt under perioden 2007–2021. År 2021 mötte i genomsnitt en äldre person 16 olika individer ur personalen under en fjortondagarsperiod, jämfört med 12 individer år 2007. Det råder dock stor variation mellan kommunerna.
- Användningen av välfärdsteknik och digital kommunikation fortsätter att öka. Cirka 87 procent av kommunerna uppger idag att personer som bor på SÄBO har tillgång till internet i sina bostäder. Cirka 76 procent av kommunerna har infört digital natttillsyn i ordinärt boende, att jämföra med 37 procent 2016. Välfärdsteknik såsom digitala larm, digitala lås och medicinpåminnare kan påverka äldres känsla av att vara trygg och säkra i sitt hem: nästan 7 av 10 anger att de känner sig mer trygga och säkra till följd av tekniken. Däremot syns ingen tydlig positiv effekt av tekniken på de äldres självständighet eller delaktighet.

Allmänhetens förtroende för äldreomsorgen

Sedan mars 2020 publicerar Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) en månadsvis sammanställd rapport från Kantar Publics ”corona-barometer” [150]. I undersökningen mäts befolkningens förtroende för hur bl.a. äldreomsorgen hanterar situationen med en pandemi.

I december 2021 visade undersökningen att drygt en av fyra (27 procent) hade förtroende för äldreomsorgens hantering av coronaviruset. Förtroende för äldreomsorgen ökade från novembers rapport, då 20 procent uppgav att de hade förtroende och 5 procent uppgav att de hade ett stort förtroende för äldreomsorgen [150].

Socialtjänstinsatser för äldre personer

Behovet av såväl hälso- och sjukvård som äldreomsorg kommer att öka under den närmaste tioårsperioden, och verksamheterna behöver utvecklas och effektiviseras för att kunna möta behoven. Enligt SKR ökar de demografiska behoven i kommunsektorn med 7 procent mellan 2020 och 2030 [71]. Ökningen är störst inom äldreomsorgen och i omsorgen om personer med funktionsnedsättning. Inom dessa verksamheter behöver arbetsstyrkan öka med cirka 29 procent under perioden, om ingen förändring av arbetssätt sker. Samtidigt ökar antalet i arbetsför ålder inte i tillräckligt stor omfattning för att möta behoven av arbetskraft.

Äldreomsorgen i de nordiska länderna

Äldreomsorgens åtagande och omfattning i de nordiska länderna sticker ut i en europeisk kontext, men det finns vissa skillnader dem emellan, konstaterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i sin rapport *Den nordiska äldreomsorgen* år 2021 [151].

Variationen i insats- och boendeformer gör det svårt att sammanvägt jämföra andelen äldre som får omsorgsinsatser antingen i sitt eget hem (framför allt hemtjänst) eller i olika former av vård- och omsorgsboenden. Myndigheten bedömer dock att Danmark har högst total täckningsgrad, med högst andel äldre som mottar omsorg i sitt eget hem och en hög andel äldre som bor på vård- och omsorgsboenden. Även Norge har hög andel äldre som bor på boenden. Däremot är det en mindre andel äldre i Norge som mottar hemtjänst. Sverige har en något lägre andel äldre med plats på vård- och omsorgsboenden med heldygnsomsorg än Norge och utmärker sig även genom att ha få vård- och omsorgsboenden utan heldygnsomsorg jämfört med Norge och Danmark. Däremot är det en högre andel äldre i Sverige som har hemtjänst än i Norge, och hemtjänstinsatserna i Sverige är mer omfattande än i Danmark och Norge. Finland har sammantaget lägst andel av befolkningen som får omsorgsinsatser [151].

Myndigheten konstaterar att sammanvägda jämförelser av täckningsgraden inom olika insats- och boendeformer mellan länder är svåra, och de ger endast en övergripande bild av äldreomsorgens omfattning, särskilt då insatsernas innehåll och kvalitet kan variera stort. Exempelvis kan det finnas skillnader i personaltäthet och personalens kompetens. En jämförelse av andelen personer i olika åldrar med olika former av äldreomsorgsinsatser tar inte heller hänsyn till skillnader i mer preciserade behov bland de äldre eller hur olika omsorgsformer möter dessa behov. Därtill saknas jämförbara resultatmått på äldreomsorgens utfall och kvalitet [151].

Vad gäller äldreomsorgens omfattning konstaterar myndigheten även att andelen äldre personer som får hemtjänst eller bor på vård- och omsorgsboende minskat i alla fyra länderna sedan 2010. Det kan vara ett tecken på att det generellt sett över tid blivit svårare att få äldreomsorg [151].

Utveckling av olika kommunala insatser

Den nedåtgående trenden för andelen personer som har fått socialtjänstinsatser fortsätter. Sedan 2014 har andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg minskat i samtliga insatsformer (tabell 21). I oktober 2021 bodde drygt 79 000 personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre, och knappt 8 000 befann sig på en korttidsplats. Majoriteten bodde på ett särskilt boende eller korttidsplats som drevs i kommunal regi.⁸¹ Rädslan för smittan gjorde att många äldre var tveksamma till att använda vård- och omsorgstjänster under 2020, men fler sökte och fick hemtjänst eller en plats på särskilt boende för äldre under 2021. (Läs mer i avsnittet *Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilt boende för äldre*.)

Tabell 21. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 65 år och äldre

Andel (%) personer 65 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, 2014–2021.

Årtal	Hemtjänst ¹			Särskilt boende			Korttidsboende			Dagverksamhet		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2014	8,5	5,0	6,9	5,4	2,9	4,3	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
2015	8,5	5,1	6,9	5,3	2,9	4,2	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
2016	8,3	5,1	6,8	5,3	2,9	4,2	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
2017	8,2	5,1	6,8	5,2	2,9	4,1	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
2018	8,0	5,1	6,7	5,0	2,9	4,0	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
2019	8,3	5,3	6,9	5,0	2,8	4,0	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
2020	8,3	5,2	6,9	4,7	2,7	3,8	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
2021	8,0	5,1	6,7	4,6	2,7	3,7	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Not. Befolkningsuppgifter ifrån SCB Matris 000003O5, hämtad 2021-11-25).

Not. 1. I begreppet "Hemtjänst" ingår här endast hemtjänstbeslut som innefattar personlig omvårdnad eller service.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, november 2021, samt befolkningstabell från SCB (se not 1).

Vidare analys av gruppen 80 år och äldre visar att socialtjänstinsatserna har minskat även i den här åldersgruppen, trots att både antalet och andelen personer i den åldersgruppen har ökat sedan 2014 (tabell 22). Det innebär att även den gruppens nyttjande av hemtjänst minskar, trots att de i högre grad lever i ordinärt boende.

⁸¹ Enskild regi definieras som vård och omsorg som kommunen har det yttersta ansvaret för, men som utförs av annan än kommunen, t.ex. bolag (även kommunala bolag), stiftelser eller kooperativ, på uppdrag av och mot ersättning från kommunen eller som kommunen köper platser i särskilt boende för äldre av. Kommunal regi definieras som vård och omsorg som i huvudsak utförs av kommunalt anställd personal.

Tabell 22. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 80 år och äldre

Andel (%) personer 80 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, 2014–2021.

Årtal	Hemtjänst ¹			Särskilt boende			Korttidsboende			Dagverksamhet		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2014	21,2	14,7	18,7	15,1	9,1	12,8	1,1	1,6	1,3	1,4	1,3	1,4
2015	21,4	14,9	18,9	15,0	9,0	12,7	1,1	1,5	1,3	1,4	1,3	1,3
2016	21,0	14,7	18,5	15,1	8,9	12,7	1,0	1,5	1,2	1,3	1,2	1,3
2017	20,8	14,6	18,4	14,7	8,7	12,3	0,9	1,5	1,1	1,3	1,2	1,2
2018	20,4	14,2	17,9	14,4	8,6	12,0	0,9	1,4	1,1	1,2	1,2	1,2
2019	20,8	14,4	18,3	13,9	8,3	11,6	0,8	1,4	1,1	1,3	1,2	1,2
2020	20,9	14,0	18,1	13,0	7,6	10,8	0,7	1,0	0,8	1,0	1,0	1,0
2021	20,0	13,4	17,3	12,7	7,3	10,5	0,7	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9

Not. Befolkningsuppgifter ifrån SCB Matris 000003O5, hämtad 2021-11-25.

Not. 1. I begreppet "Hemtjänst" ingår här endast hemtjänstbeslut som innefattar personlig omvårdnad eller service.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, november 2021, samt befolkningstabell från SCB (se not. 1).

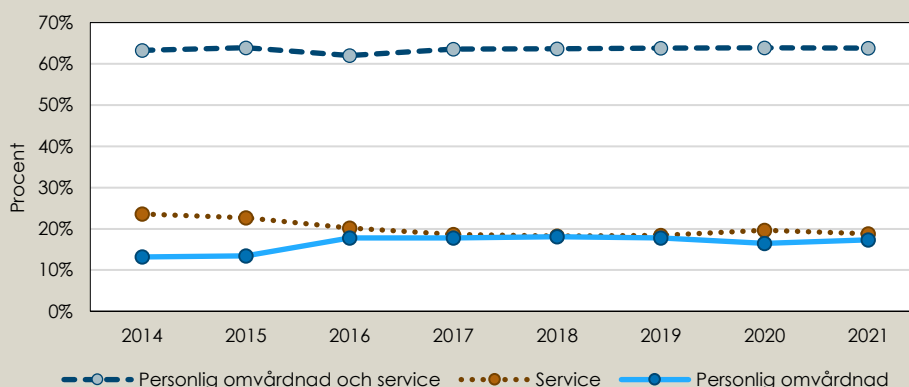
Utvecklingen av olika hemtjänstinsatser

Hemtjänst syftar till att göra det möjligt för den enskilde att bo kvar i det egna hemmet eller boendet. Vilka insatser som anses utgöra hemtjänst beror på syftet med insatsen.⁸² Hemtjänstens traditionella innehåll kan indelas i uppgifter av servicekaraktär och uppgifter som mer inriktas mot personlig omvårdnad. Med serviceuppgifter kan t.ex. avses praktisk hjälp med hemmets skötsel – städning och tvätt – och hjälp med inköp, ärenden på post och bank samt tillredning av måltider eller distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodo- se fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä sig och förflytta sig, sköta personlig hygien och övriga insatser för att bryta isolering och främja känslan av trygghet och säkerhet i det egna hemmet.

Vid en jämförelse av de insatser personer med hemtjänst fick i form av service och personlig omvårdnad 2014 och 2021 blir skillnaden påtaglig (figur 53). Jämförelsen visar att andelen personer med enbart personlig omvårdnad har ökat stadigt, men har sedan några år stabiliserat sig och ligger på samma nivå som andelen personer med enbart service.

⁸² Prop. 2017/18:158 s. 117.

Figur 53. Andel (%) olika typer av insatser bland personer 80 år och äldre med hemtjänst* mellan 2014 och 2021



*Not. 1. I begreppet "Hemtjänst" ingår här endast hemtjänstbeslut som innefattar personlig omvårdnad eller service.

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

Utvecklingen vad gäller de olika socialtjänstinsatserna säger egentligen väldigt lite 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 t.ex. e-handel, får hjälp via närstående eller väljer att inte ansöka om hjälp, alternativt får avslag när det gäller små och tidiga insatser [5].

Biståndsbedömt trygghetsboende

I april 2019 trädde ändringar i SoL i kraft som förtydligar kommunernas möjlighet att inrätta särskilda boendeformer för äldre som främst behöver stöd och hjälp i boendet samt annan lättåtkomlig service, och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. Boendeformen benämns biståndsbedömt trygghetsboende och regleras i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL. Det är frivilligt för kommunen att inrätta denna.

2021 uppgav 24 kommuner att de har inrättat biståndsbedömt trygghetsboende, och hittills har 911 sådana platser skapats [152].

Personalkontinuitet – en viktig kvalitetsaspekt

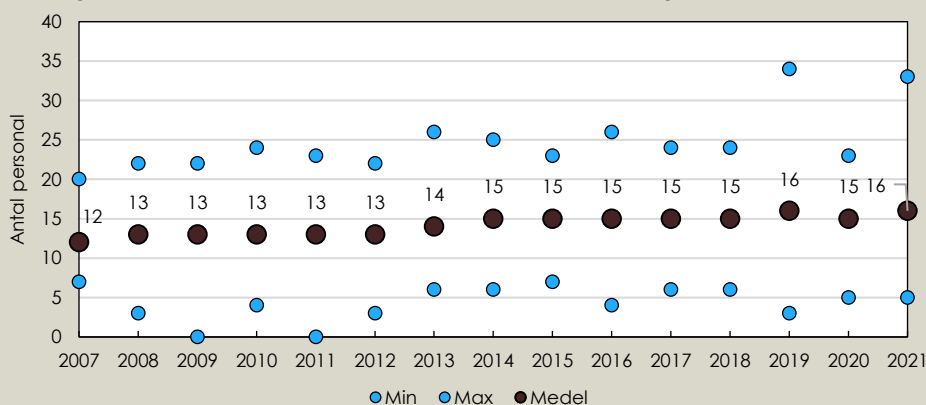
Kontinuitet är nära sammanflätad med den upplevda tryggheten hos vård- och omsorgstagare [153]. Kontinuitet i äldreomsorgen handlar om flera aspekter som är viktiga för att de äldre ska få möjlighet till sammanhang mellan insatser utifrån sina samlade behov, och vid utförandet av insatserna. För personer med komplexa vård- och omsorgsbehov eller demenssjukdomar är kontinuitet och individuellt anpassade insatser särskilt viktiga. När personalen sedan tidigare känner till problemet hos vård- och omsorgstagaren inger det en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet.

Många personer med hemtjänst möter i sin vardag personal från olika yrkesgrupper, verksamheter och utförare. Personalkontinuiteten i hemtjänsten kan utvärderas med måttet "antal olika hemtjänstpersonal som hjälper den äldre personen under 14 dagar". Uppgifterna, som bygger på kommunernas frivil-

liga redovisning i Kolada [154], gäller personer med behov av minst två insatser under tiden 07.00–22.00 veckans alla dagar. Personalkontinuiteten för-sämrades nationellt under perioden 2007–2021, från 12 till 16 olika individer från hemtjänsten som en äldre person möter under en 14-dagarsperiod, vilket visas i figur 54. Utvecklingen har stabiliserats de senaste åren, men det finns betydande variationer i personalkontinuitet mellan kommunerna.

Figur 54. Riket. Personalkontinuitet för personer 65 år och äldre med hemtjänst

Samtliga rapporterande kommuner 2007–2021, under en 14-dagarsperiod. Medeltal.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada, 2022-01-07.

I samband med covid-19-pandemin aktualiserades vikten av en god personalkontinuitet för att undvika risk för smitta bland äldre, som är en särskilt sårbar grupp. Detta i kombination med att personalen måste avstå från arbete på grund av symtom och sjukdom skapade extra utmaningar för personalkontinuiteten. Sjukfrånvaro och personalomsättning är redan tidigare ett vanligt förekommande problem inom äldreomsorgen [155]. Det kan också vara så att kommuner med låg personalkontinuitet behöver organisera sitt arbete på ett bättre sätt, för öka kvalitet för hemtjänsttagare och närstående, men också för personalen.

Fler kommuner inför förenklad biståndsbedömning

Den 1 juli 2018 trädde en ny bestämmelse i kraft, 4 kap. 2 a § SoL. Enligt bestämmelsen kan socialnämnden i en kommun erbjuda äldre personer hemtjänst utan föregående behovsprövning.⁸³ Bestämmelsen är frivillig för kommunen att använda, och det är upp till kommunen att avgöra vilka typer av hemtjänstinsatser, och i vilken omfattning, de ska erbjudas äldre personer enligt den nya bestämmelsen. Kommuner som väljer att tillämpa 4 kap. 2 a § SoL är skyldiga att informera den äldre personen om i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon kan påverka utförandet av insatserna, och på vilket sätt kommunen följer upp insatserna. Dessutom har den äldre personen alltid rätt att ansöka om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Om den som handläg-

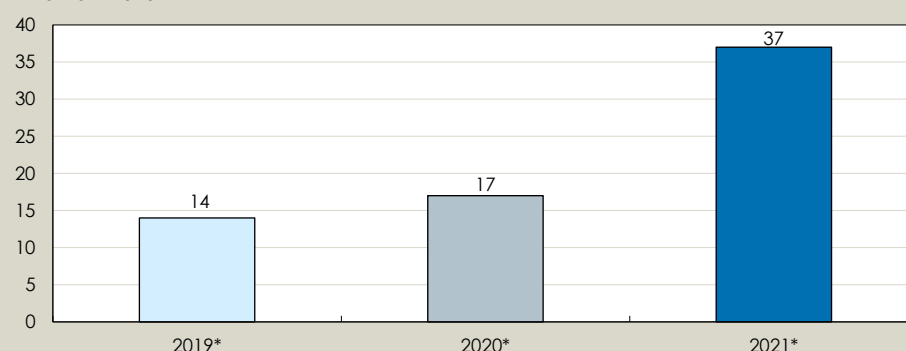
⁸³ Prop. 2017/18:106, bet. 2017/18:SoU:32, rskr.2017/18:308.

ger ärendet bedömer att den äldre personen inte förmår tillgodogöra sig informationen ska en utredning göras enligt 11 kap. 1 § SoL avseende rätten till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.⁸⁴

Allt fler kommuner inför modeller för att förenkla kommunernas biståndsbedömning av hemtjänstinsatser. Men covid-19-pandemin har troligen påverkat antalet äldre personer som har sökt och beviljats hemtjänst genom förenklad biståndsbedömning negativt. År 2021 fick drygt 1 600 personer hemtjänst genom förenklad biståndsbedömning i 37 kommuner. Antalet äldre ligger på samma nivå som 2020, men då var det 17 kommuner som erbjöd förenklad biståndsbedömning (figur 55 och 56).

Figur 55. Antal kommuner med personer 65 år och äldre som har beslut om förenklat hemtjänst

Antal kommuner

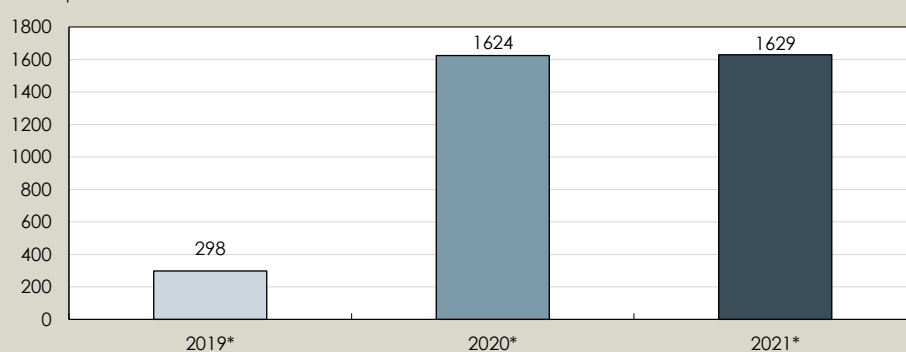


* 2019 = 31 dec 2018, 2020 = 31 dec 2019, 2021 = 1 sep 2021

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

Figur 56. Antal personer 65 år och äldre som har förenklat beslut om hemtjänst. Riket, 2019–2021

Antal personer



* 2019 = 31 dec 2018, 2020 = 31 dec 2019, 2021 = 1 sep 2021

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

Tid mellan beslut och verkställighet

Antalet ej verkställda beslut har ökat markant

Den som beviljats plats på särskilt boende för äldre ska inte behöva vänta för länge på erbjudande om att få plats på ett boende. En lång väntan kan få ne-

⁸⁴ Prop. 2017/18:106 s. 21.

gativa konsekvenser för den äldres hälsa och även påverka de närstående negativt. Enligt socialtjänstlagen har kommunerna en skyldighet att omedelbart verkställa gynnande biståndsbeslut.⁸⁵ IVO kan utkräva en särskild avgift från kommunen om väntetiden är oskäligt lång.

Under 2020 ökade antalet rapporterade ej verkställda beslut markant i jämförelse med 2019. Kommunerna rapporterade drygt 9 000 fler ej verkställda beslut till IVO än 2019, vilket motsvarar en ökning på 69 procent. Ökningen var som störst under mars och april 2020, då antalet ej verkställda beslut sju-faldigades respektive femfaldigades i jämförelse med samma månader 2019 [30]. Ökningen av antalet ej verkställda beslut som kommunerna rapporterade in till IVO under 2020 kan framför allt kopplas till avbrott i befintliga socialtjänstinsatser. Ungefär 60 procent av det totala antalet ej verkställda beslut under perioden januari till och med oktober berodde på avbrott i befintliga insatser. Övriga, alltså ungefär 40 procent, berodde på att insatsen inte hade verkställts.

Det är främst dagverksamheterna enligt SoL som har ställts in

De socialtjänstinsatser som flest kommuner rapporterade in som ej verkställda under första halvåret 2020 var dagverksamheterna enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Antalet inrapporterade ej verkställda beslut inom hemtjänst samt korttidsboende inom äldreomsorgen ökade också markant för första halvan av 2020 i jämförelse med samma tidsperiod 2019.

Av alla inrapporterade ej verkställda beslut om dagverksamhet inom äldreomsorgen under perioden januari till och med oktober 2020 hade 96 procent direkt eller indirekt koppling till covid-19. Dagverksamheterna drivs ofta inom befintliga äldreboenden, där flera personer samlas i en lokal. Enligt vad som framkommit som exempel i inrapporteringen av ej verkställda beslut till IVO från kommunerna, hade personal inte haft möjlighet att säkerställa nödvändiga avstånd till de äldre och mellan de äldre. IVO bedömde även att det fanns en direkt eller indirekt koppling till covid-19 i majoriteten (56–88 procent) av alla inrapporterade ej verkställda beslut om hemtjänst, korttidsboende, annat bistånd, avlösning i hemmet samt ledsagning.

Kortare väntetid till plats på särskilt boende för äldre

Väntetiden till SÄBO minskade från 63 dagar 2020 till 44 dagar 2021 (figur 57). Det är en minskning med 19 dagar jämfört med 2020. Spridningen mellan kommunerna har varit stor. Sedan 2015 finns information om väntetider könsuppdelad. År 2015–2020 fick kvinnor i genomsnitt vänta 62 dagar, jämfört med 57 dagar för män. År 2021 fanns däremot ingen skillnad mellan kvinnor och män: båda fick i genomsnitt vänta 44 dagar.

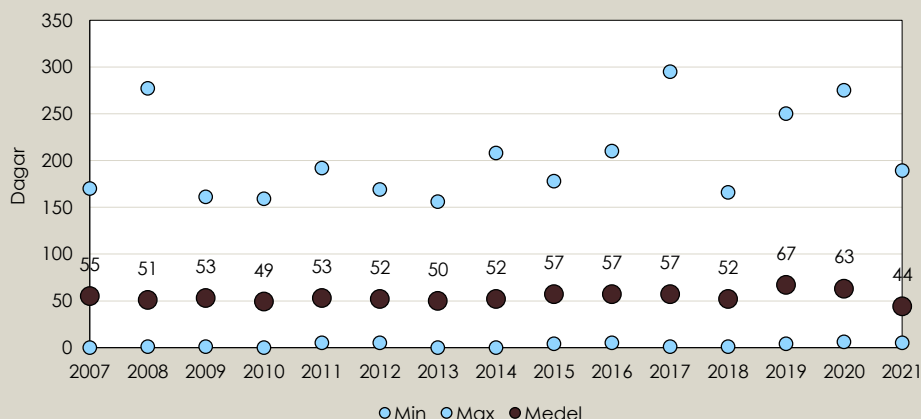
Den minskade väntetiden till särskilda boenden kan sannolikt relateras till covid-19-pandemin: i början av pandemin flyttade betydligt färre personer in på särskilda boenden än tidigare år (figur 11). Färre personer ansökte och fick omsorg från sin kommun, och fler tackade nej till insatser. Äldre har troligtvis låtit bli att söka plats på boenden av rädsla att smittas, och smittspridningen ledde också till vissa intagningsstopp på boenden. Under det senaste

⁸⁵ 16 kap. 3 § SoL.

året har inflyttningen till äldreboenden återhämtat sig nationellt, men varierar mellan regionerna (figur 14).

Figur 57. Väntetid från beslut om särskilt boende för äldre till erbjudande om inflyttning

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde. Riket samt spridning, år 2008–2021.



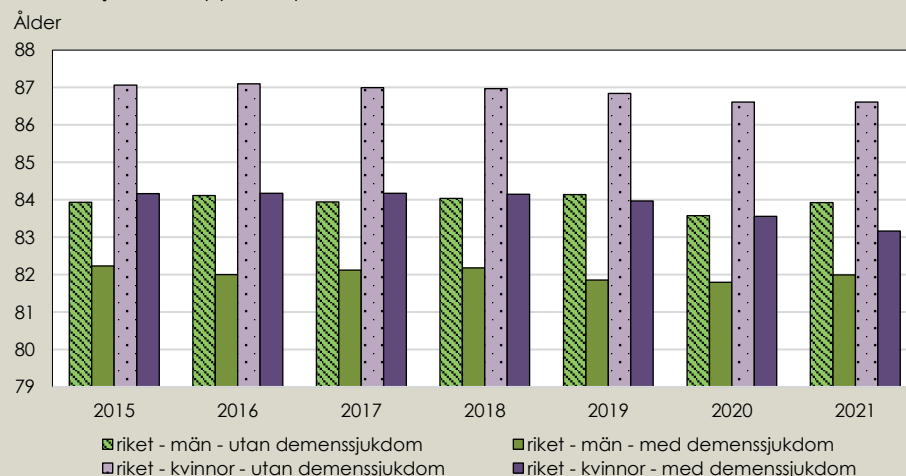
Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2022-01-06.

Varierande medelålder vid inflyttning till särskilt boende för äldre

Kvinnor är ofta äldre än män vid inflyttning till särskilt boende. På riksnivå är kvinnor 85,4 år och män 83,3 år gamla i genomsnitt (figur 58). Män utan demenssjukdom flyttar i genomsnitt knappt två år senare än de med demenssjukdom, och för kvinnor är skillnaden nästan tre år.

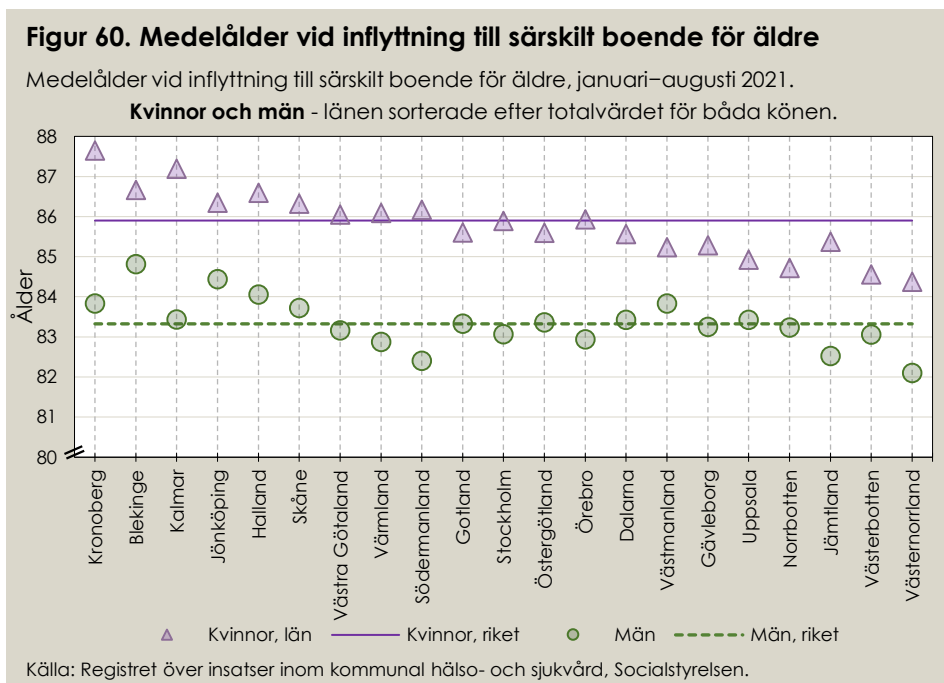
Figur 58. Genomsnittlig ålder vid inflyttning till särskilt boende för äldre

Genomsnittlig ålder vid inflyttning till särskilt boende för äldre för personer med eller utan demenssjukdom, uppdelat på kön.



Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

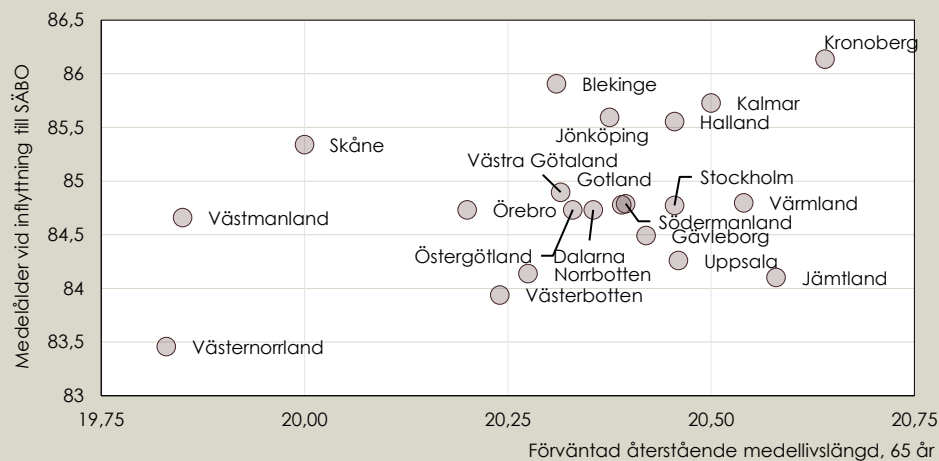
I alla län är medelåldern högre bland kvinnorna än bland männen. Men det finns också en betydande variation mellan länen, nästan fyra år för båda könen. I de län där inflyttningsåldern är högst är männen i nivå med kvinnorna i de län där inflyttningsåldern är lägst (figur 60).



Tänkbara förklaringar till variationen kan vara faktorer som berör behov, efterfrågan och tillgänglighet. Exempelvis samvarierar medelåldern vid inflyttning med hälsoläget i befolkningen, såsom självrapporterad hälsa och förväntad medellivslängd. I de län där den förväntade kvarvarande medellivslängden vid 65 år var högre är även medelåldern vid inflyttning till särskilt boende högre (figur 61). Det län där den förväntade medellivslängden vid 65 års ålder är högst har också högst medelålder vid inflyttning till särskilt boende.

Figur 61. Medellivslängd vid 65 år och ålder vid inflyttning till särskilt boende för äldre, län

Medellålder vid inflyttning till särskilt boende för äldre (SÄBO) januari–augusti 2021 samt återstående förväntad medellivslängd vid 65 års ålder (medelvärde för könen) 2020.



Källa: Statistiska Centralbyrån samt Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

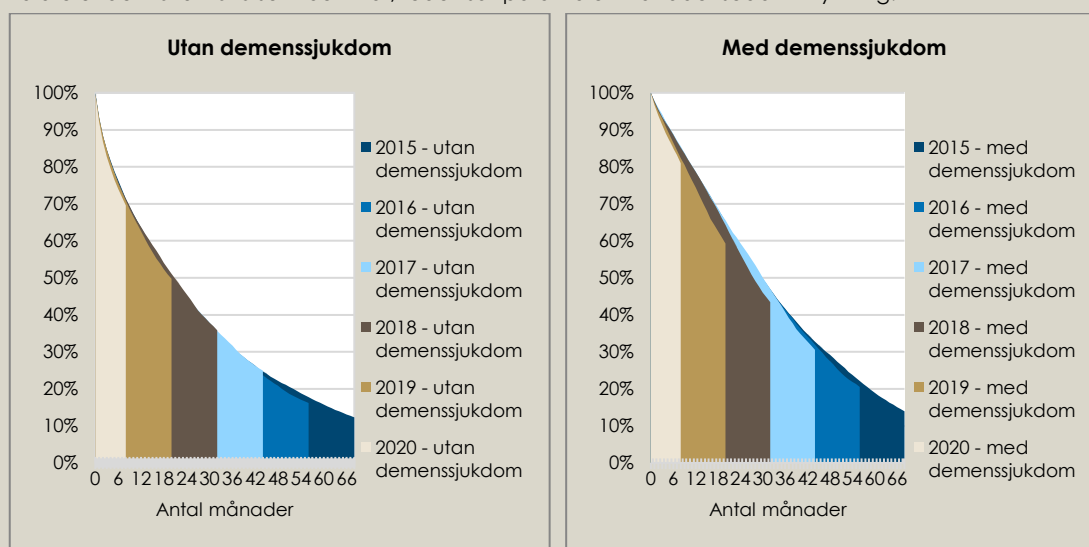
Tid på särskilt boende för äldre

Medianvistelsetid på SÄBO varierar mellan kommunerna. En längre medianvistelsetid innebär i regel att fler platser krävs på SÄBO, eftersom de äldre bor där en längre tid. Socialstyrelsens analyser av vistelsetid på SÄBO visar att medianvistelsetid för alla personer 65 år och äldre på SÄBO i riket är 25 månader. För personer med demenssjukdom är medianvårdtiden 30 månader, och för personer utan demenssjukdom 21 månader. Dessa medianvårdtider är beräknade för personer som flyttade till särskilt boende under åren 2015–2018.

Figur 62 visar att ett halvt år efter inflyttningen till särskilt boende för äldre, har i genomsnitt 35 procent av dem som inte har demenssjukdom och 12 procent av dem som har demenssjukdom avlidit, oavsett inflyttningsår.

Figur 62. Vistelsetid på särskilt boende för äldre efter inträdesår

Andel (%) personer, 65 år och äldre med eller utan demenssjukdom, som flyttade in på särskilt boende för äldre under 2015–2020 som bor kvar, redovisat på antalet månader sedan inflyttning.



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

Boendesituationen för äldre

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

Däremot finns det på nationell nivå information om hur många personer som har en biståndsbedömd insats om särskilt boende för äldre. I oktober 2021 hade drygt 79 000 personer en biståndsbedömd insats om SÄBO. (Se även avsnittet *Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilt boende för äldre*).

Balans i utbudet av särskilda boendeformer för äldre

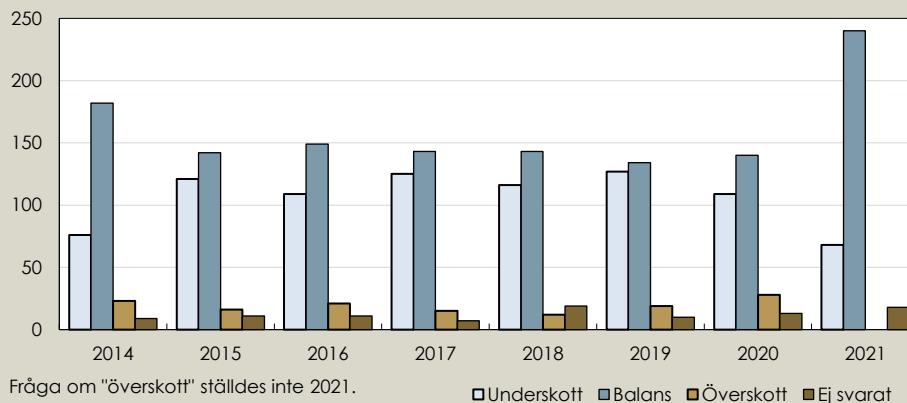
Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät från 2021 har antalet kommuner som bedömer att de har balans i utbudet av särskilda boendeformer för äldre ökat betydligt sedan förra året, från 140 till 204 kommuner [152] (figur 63). Svartalativ om ”överskott” har utgått. Nio kommuner har i sina kommentarer särskilt påpekat att kommunen har ett överskott på särskilda boendeformer. De kommunerna återfinns bland kommuner med balans, vilket gör att 2021 års resultat inte är direkt jämförbart med tidigare års. Förra året uppgav 28 kommuner att de hade överskott på särskilda boendeformer för äldre.

Effekter av covid-19-pandemin kan vara en förklaring, ett ökat byggande av specialbostäder de senaste åren kan vara en annan. Statistik från SCB visar att det har skett ett ökat byggande av specialbostäder de senaste åren. Antalet färdigställda specialbostäder genom nybyggnad var år 2020 det största på över 20 år [152].

Figur 63. Kommunernas bedömning av utbudet av särskilda boendeformer för äldre i kommunen, 2014–2021

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

Antal kommuner



Fråga om "överskott" ställdes inte 2021.

Källa: Boverkets bostadsmarknadsenkät 2021.

I 2021 års bostadsmarknadsenkät uppgav 266 kommuner att det fanns knappt 85 200 bostäder som var klassade som särskilda boendeformer för äldre [152]. Antalet platser i korttidsboende var drygt 6 500, fördelade på 262 kommuner.

Totalt 70 kommuner bedömde att det sammanlagt tillkommer cirka 5 000 bostäder i särskilda boendeformer för äldre under 2021–2022. Det var fyra kommuner färre än 2020 och cirka 300 förväntade bostäder färre än förväntningarna inför 2020–2021, då antalet var nästan 5 300. Knappt hälften av bostäderna förväntades bli påbörjade under 2021, och den andra halvan har planerad byggstart 2022.

E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen

Det råder en samsyn kring att ny teknik, bättre samordning och kompetensutveckling är centrala inslag i utvecklingen mot en effektiv och personcentrerad vård. De senaste årens situation med pandemin har visat på behovet av distanslösningar inom äldreomsorgen. Digitala möten har ersatt många fysiska möten, och allt fler kommuner har satsat på tillsyn av äldre med hjälp av digitala medel i stället för, eller som ett komplement till, de fysiska tillsynsbesöken nattetid. En av de grupper som har störst behov av välfärdstjänster är de som fyllt 80 år [156].

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att behålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Exempel på denna teknik är digitala nycklar eller sensorer som larmar vid avvikande rörelsemönster.

Välfärdsteknik kan även syfta till att lösa omsorgspersonalens behov. Exempel är olika typer av digitala planerings- och dokumentationsverktyg som stöd för schemaläggning och dokumentation i realtid. Det är viktigt att den

personal som arbetar nära brukarna och tekniken känner till de juridiska ramarna för tekniken samt vet hur de ska använda tekniken för att den ska ge ett reellt mervärde.

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 undersöktes [156]. Uppföljningen visar också att användningen av digital kommunikation ökat i snabbare takt än tidigare, troligen till följd av att pandemin gjort det svårare att hålla fysiska möten. Kommunerna har snabbt ställt om till digital kommunikation när fysiska möten inte är möjliga. Detta handlar om kommunikation mellan kommunens tjänstemän, vård- och omsorgspersonal och enskilda samt i kommunens kommunikation med andra aktörer. Ett exempel är samordnad individuell planering med stöd av video.

Utvecklingen kan i övrigt beskrivas i följande punkter:

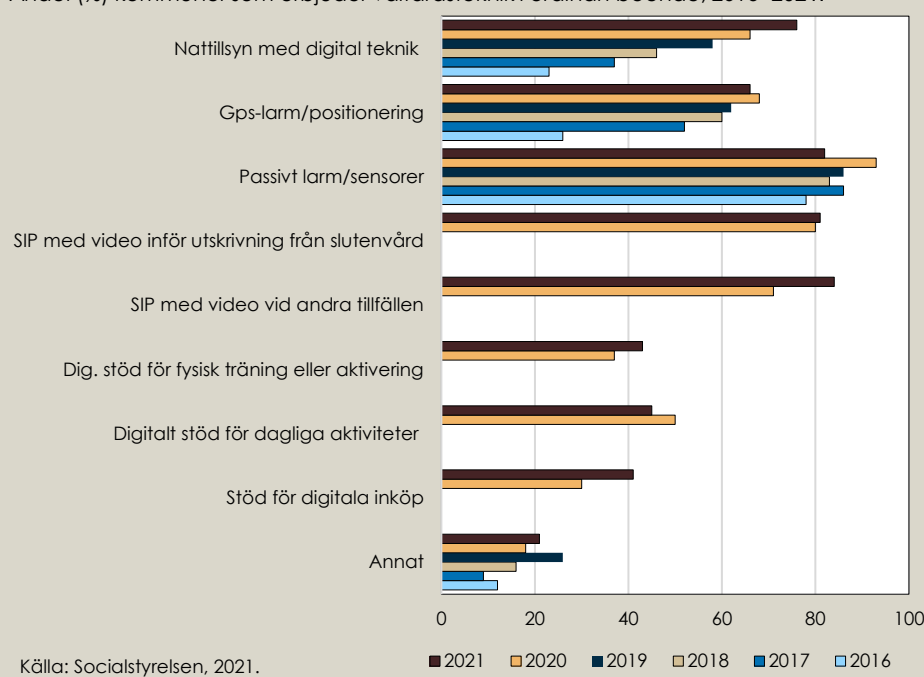
- I cirka 87 procent av kommunerna har personer som bor i särskilda boenden för äldre tillgång till internet i sina bostäder, via wifi eller fiber.
- Användningen av digital natttillsyn ökar, och cirka 76 procent av kommunerna har infört detta för äldre som bor i ordinärt boenden. Över 3 000 personer har sådan tillsyn. Allt fler kommuner använder också digital tillsyn under dagen.
- Allt fler personalgrupper kan dokumentera digitalt när de arbetar externt. Utvecklingen är särskilt tydlig inom hemtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. I 56 procent av kommunerna kan all hemtjänstpersonal dokumentera i verksamhetssystemet när de arbetar utanför kontoret, och i 45 procent av kommunerna kan all hälso- och sjukvårdspersonal dokumentera mobilt.
- 58 procent av kommunerna har ett ledningssystem som omfattar välfärdsteknik, och 28 procent har ett som omfattar e-tjänster.
- Användningen av säker hantering av identiteter och behörigheter inom socialtjänsten ökar inte. Endast 35 procent av kommunerna har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas. Andelen kommuner där all personal i handläggningen och i utförarledet har tillgång till stark autentisering har dock ökat markant i förhållande till 2019 och 2020.

Av figur 64 framgår att välfärdsteknik i ordinärt boende har ökat generellt i användning i kommunerna. Den digitala natttillsynen har ökat konstant under perioden 2016–2021. År 2016 hade 37 procent av kommunerna infört digital natttillsyn, eller testade sådan i pilotprojekt. År 2021 var motsvarande andel 76 procent. Även samordnad individuell plan (SIP) med stöd av video ökade i samma utsträckning under perioden.⁸⁶

⁸⁶ Resultaten för 2016–2019 redovisas inte i tabellen. Under dessa år efterfrågades uppgifter sammantaget för både SIP vid utskrivning från sjukhus och SIP vid andra tillfällen. Under denna period ökade andelen kommuner som använde SIP med video från 38 till 83 procent – alltså en kraftig utveckling.

Figur 64. Utveckling av välfärdsteknik i ordinärt boende

Andel (%) kommuner som erbjuder välfärdsteknik i ordinärt boende, 2016–2021.



Förutom de digitala hjälpmedel som förekommer inom socialtjänsten används i den kommunala hälso- och sjukvården också ett antal andra, exempelvis digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, digitala medicinska skåp, läkemedelsfördelare och annan medicinteknisk utrustning (t.ex. för monitorering).

Pandemins påverkan på digitaliseringen

Samtidigt som kommunerna beskriver att de sett en ökande användning av digitalt stöd under pandemin, upplever man att utvecklingen och implementeringen av ny teknik till viss del har pausats. Redan befintliga system, i synnerhet för digitala möten, har kommit till användning, men utvecklingen och upphandlingarna av nya system har inte kunnat genomföras, då pandemin krävt att personalen fokuserat på insatser för att minska smittspridningen [156].

Överenskommelsen om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus

Regeringen och SKR ingick under 2020 en överenskommelse som syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering: *Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus*. Överenskommelsen är treårig och gäller för åren 2020–2022. Den omfattar totalt 200 miljoner kronor per år under avtalsperioden. Av dessa går 168,7 miljoner till kommunerna, vilket

kan rekquireras från Kammarkollegiet, och 15 miljoner kronor till tio modellkommuner⁸⁷. SKR erhåller 16,3 miljoner kronor till stödfunktionen/kompetenscentret och till arbetet med säker digital kommunikation⁸⁸.

Socialstyrelsen följer upp hur de 167,3 miljoner kronor som anslagits för utveckling av e-hälsa i kommunerna har använts i den årliga rapporten *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*, och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärderar hela överenskommelsen.

Digital teknik med äldre i fokus

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått regeringens uppdrag att utvärdera *Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus*⁸⁹. I delrapporten *Digital teknik med äldre i fokus* [157], som publicerades i september 2021, konstateras bl.a. att

... satsningen Överenskommelsen om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus har flera styrkor. En central styrka är att satsningen är utformad för att hantera kommunernas behov både av nationell samordning, kunskapsstöd och finansiellt stöd, i och med att satsningen innehåller både ett stimulansmedel och en samordnande stödfunktion. Vår uppföljning visar att kompetenscentrets utformning och organisatoriska förutsättningar ger goda förutsättningar för att ge kommunerna det verksamhetsnära och konkreta stöd de behöver. Kompetenscentret har också goda förutsättningar i form av resurser, kunskap och kompetens. De insatser som hittills genomförts och planerats motsvarar också flera av de områden där kommunerna har behov av stöd. Samtidigt är nästa kritiska steg för kompetenscentret att nå ut med stödet till övriga kommuner.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att det tagit ett år att bygga upp kompetenscentret sedan överenskommelsen slöts, och att de två år som återstår av satsningen är en kort tid för att hinna genomföra mer omfattande insatser på såväl nationell som lokal nivå. Tidigare studier visar att en utmaning med tidsbegränsade projektsatsningar är att de ofta inte leder till varaktiga förändringar. Myndigheten ser risker för det även i den här satsningen. Det finns en osäkerhet om hur den samordnade kunskapen, det stöd och de nätverk som kompetenscentret bygger upp ska leva kvar efter satsningen. Osäkerheten om vad som händer efter satsningen, tillsammans med den relativt korta tidsperioden, kan också påverka kommunernas och kompetenscentrets möjligheter att använda medlen i satsningen på ett ändamålsenligt sätt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har ställt frågor till brukare om användning av välfärdsteknik i den svenska delen av undersökningen International Health Policy Survey (IHP) 2021. Den svenska delen av undersökningen genomfördes med hjälp av SCB, och frågorna ställdes till 9 000

⁸⁷ De tio modellkommunerna är Borås, Eskilstuna, Grästorps, Kalmar, Karlstad, Kramfors, Lund, Skellefteå, Uddevalla och Övertorneå.

⁸⁸ Läs mer om säker digital kommunikation (SDK) på Ineras webbplats <https://www.inera.se/utveckling/pagaende-projekt-och-utredningar/saker-digital-kommunikation/>.

⁸⁹ <https://www.regeringen.se/4b04f8/contentassets/413da0bcdc1b478e83c342e2fc94a29b/overenskommelse-aldreomsorg.pdf>

slumpmässigt utvalda personer över 65 år. Cirka 3 000 personer deltog i undersökningen. Myndigheten identifierade 85 personer som är något eller allvarligt begränsade i sin vardag, och som får återkommande hjälp av vård- och omsorgspersonal. Bland dessa personer är digitalt larm den vanligaste typen av välfärdsteknik – 81 procent uppger sig använda den tekniken. Efter digitala larm är digitala lås den vanligaste tekniken. Även medicinpåminnare, teknik för kommunikation med hälso- och sjukvårdspersonal, teknik för daglig hygien (t.ex. duschrobot och intelligenta toaletter) och digital nattilsyn förekommer, om än i mindre utsträckning.

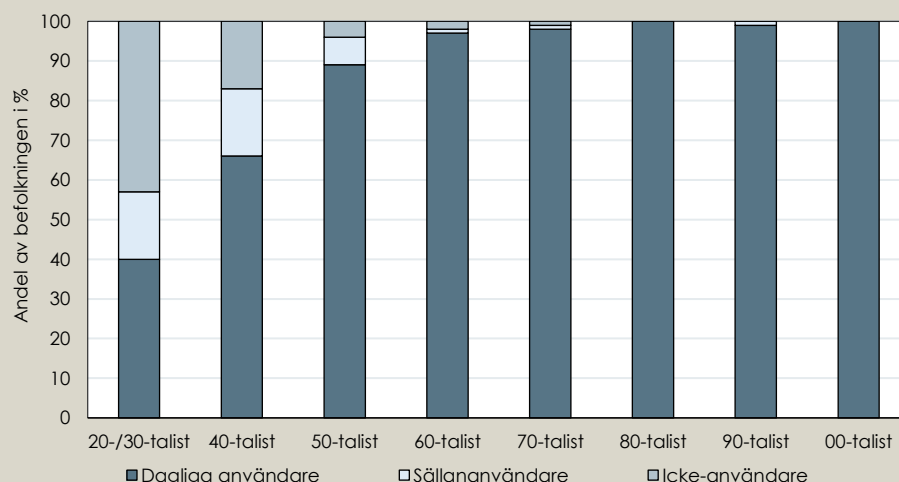
I enkäten frågade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys alla som hade någon form av digital teknik hur tekniken påverkar deras känsla av att vara trygg och säkra i sitt hem. Nästan 7 av 10 (69 procent) svarade att de känner sig mer trygga och säkra. Endast 4 procent svarar att de känner sig mindre trygga och säkra.

Däremot visar studien inte på någon tydlig positiv effekt när det gäller självständighet eller delaktighet. Endast 3 av 10 (34 procent) svarade att tekniken fick dem att känna sig mer självständiga, medan mer än hälften (59 procent) uppgav att tekniken inte gör någon skillnad. Det finns också de (4 procent) som upplever att tekniken gör dem mindre självständiga.

Var femte pensionär använder inte internet alls

I Internetstiftelsens rapport från 2021 konstateras att 90 procent av befolkningen i Sverige använder internet dagligen. Men 6 procent använder aldrig internet [158], framför allt de äldsta i samhället. Var tredje person som är 76 år eller äldre uppger att de inte använder internet (figur 65). I närmast yngre åldersintervall, 66–75, år har andelen icke-användare minskat till var tionde. Totalt sett är var femte pensionär icke-användare. I yngre åldrar har andelen icke-användare krympt kraftigt till att vara nästan obefintlig.

Figur 65. Hur ofta använder du internet? År 2021



Källa: INTERNETSTIFTELSEN, Svenskarna och internet 2022.

Siffrorna ovan bygger på att de som ingår i undersökningen har förmåga att besvara frågor via telefon eller webb. Det innebär att vissa grupper bland de

äldre inte deltagit i undersökningen. Hit hör bl.a. äldre med begränsade kunskaper i svenska språket samt personer med demenssjukdom eller andra kognitiva funktionsnedsättningar. I procent av befolkningen är det en liten andel, men till antalet personer handlar det om stora grupper. Antalet personer med demenssjukdom, vilka nästen enbart utgörs av äldre personer, beräknas uppgå till långt över 100 000 personer [94]. Det handlar om personer som har stora behov av att vården och omsorgen är lättillgänglig, som behöver använda kommunala färdtjänstmedel samt handla mat och andra nödvändiga saker på ett enkelt och begripligt sätt.

Internetstiftelsen har identifierat fem aktiviteter som är viktiga för att ge tillgång till digitala tjänster som har centrala funktioner i vår vardag i samhället [158]. De är att:

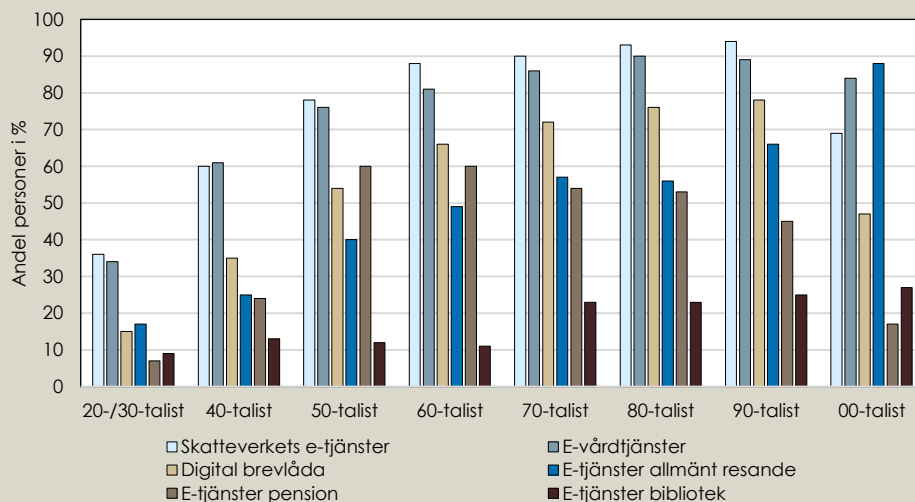
- installera Mobilt BankID
- använda/legitimera sig med Mobilt BankID
- använda en vårdapp, dvs. besöka en läkare digitalt via videosamtal
- logga in på 1177 Vårdguiden för att se exempelvis recept, provsvar, journaler och inbokade läkartider
- genomföra en betalning vid köp på nätet.

Internetstiftelsen konstaterar att de äldre åldersgrupperna oftare har svårigheter att använda dessa funktioner, och därför oftare behöver hjälp än de yngre åldersgrupperna.

Med stigande ålder behöver personer mer hjälp med att utföra dessa aktiviteter. Det framgår tydligt av rapporten att det nästan enbart är de äldre som inte använder internet och därmed befinner sig i ett digitalt utanförskap. Av dem som är födda på 1920- och 1930-talet använder 4 av 10 inte internet, drygt 1 av 10 saknar kännedom om minst ett område, och drygt 3 av 10 behöver digital hjälp. Allt detta betyder att mer än 8 av 10 bland de äldsta riskerar ett utvidgat digitalt utanförskap.

Ytterligare en fråga som belyser äldres förhållande till internetanvändning är huruvida de använder e-tjänster. Av figur 66 framgår att användningen av samhällseliga e-tjänster sjunker i takt med stigande ålder.

Figur 66. Har du under de senaste 12 månaderna använt någon av följande e-tjänster? År 2021



Källa: INTERNETSTIFTELSEN, Svenskarna och internet 2022.

I rapporten omnämns även nackdelen med internet i form av olika risker i form av bl.a. näthat och nätbedrägerier. Medan det främst är yngre som drabbas av olika former av näthat, sticker äldre som grupp ut när det gäller nätbedrägerier. Oron för att drabbas av nätbedrägeri är störst i de äldre generationerna. Samtidigt konstaterar Internetstiftelsen att de äldre är minst utsatta för bedrägeriförsök på nätet, trots att de är mest oroliga för sådana.

Bryt isoleringen – så kan vi minska det digitala utanförskapet för äldre

Post- och telestyrelsen (PTS) fick i slutet av april 2020 i uppdrag att genomföra insatser i syfte att bidra till tillgänglighet och användning av it och elektroniska kommunikationstjänster för äldre och personer som befinner sig i isolering med anledning av utbrottet av covid-19 [159]. PTS har genomfört uppdraget bl.a. genom att ta fram webbplatsen *Digitalhjälp* och vägledningar om videokommunikationstjänster och fjärrstyrningstjänster, samt om hur man handlar mat och medicin på internet. Särskilt stödmaterial till vård- och omsorgspersonal har också tagits fram för att underlätta för dem att guida andra i hur digitala tjänster används.

PTS konstaterar att syftet med uppdraget inte var att kartlägga eller utreda, men att vissa lärdomar ändå har dragits om uppdragets målgrupper och digital delaktighet.

Genom uppdraget har det framkommit att det finns ett behov hos äldre av att:

- *få tillgång till utrustning och bredband*
Ett stort problem är att många äldre inte har råd med eller inte prioriterar att betala för internet och hårdvara.
- *få motivation*
Det finns många i ett digitalt utanförskap som inte är motiverade att lära sig hantera digitala tjänster och redskap. Fördelarna måste bli tydligare,

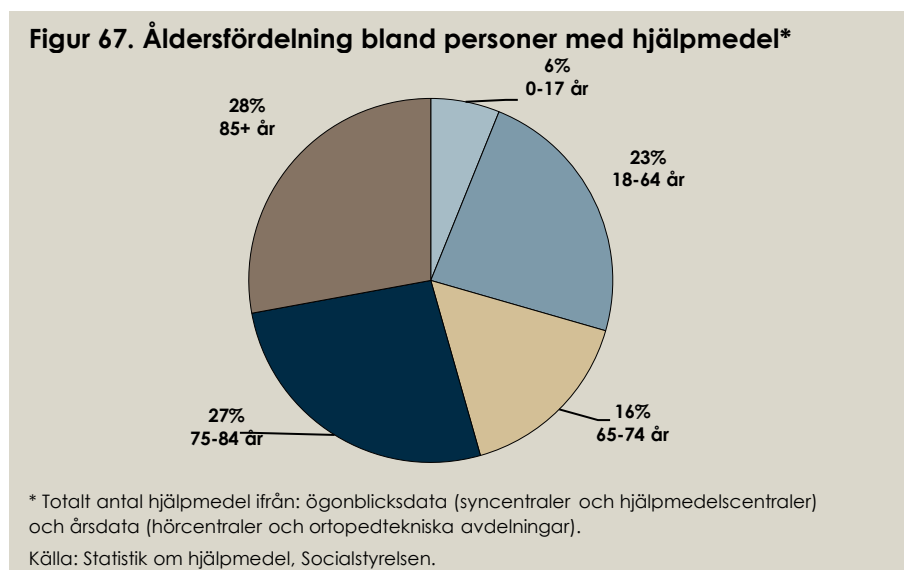
och personerna behöver exempelvis förstå varför det är värt att lägga pengar på utrustning och digitala tjänster.

- *utveckla sin digitala kompetens på distans och/eller coronasäkert*
Det behövs gratis eller billig handledning för att säkerställa låga trösklar för dem som behöver hjälp.
- *få tillgång till anpassade tjänster och verktyg*
Många äldre behöver tjänster och verktyg som är anpassade till personer med funktionsnedsättningar.
- *få en kontaktsväg till hjälp*
En stor utmaning är att nå de äldre som inte finns på digitala kanaler. De som bor i glesbygd har ofta sämre tillgång till institutioner som exempelvis bibliotek eller studieförbund, vilka skulle kunna bidra till personens digitala kompetensutveckling. Detta skulle kunna avhjälpas med ett samordnat stöd som en hjälptelefon, eller möjlighet att få material via postutskick.

I uppdraget har man också identifierat behov hos dem som stöttar äldre. Det finns behov av samordning av insatserna, digital kompetens, tillgång till infrastruktur och it-utrustning. Det finns också behov av bättre förutsättningar för de aktörer som utbildar äldre i digitalisering i form av utrustning och studiematerial.

Rollatorer är det vanligaste hjälpmedlet

År 2022 publicerade Socialstyrelsen för första gången en kartläggning av förskrivning av hjälpmedel [160]. Den visar att fler kvinnor än män har erhållit personligt förskrivna hjälpmedel för rörelse, kognition och kommunikation. I februari 2021 var det knappt 876 000 personer, varav 516 000 kvinnor (60 procent), och 359 800 män (40 procent), som hade hjälpmedel inom dessa områden. Av dessa var det drygt 70 procent som var 65 år och äldre, figur 67.



Hjälpmedel för rörelsenedsättning, exempelvis rollatorer och rullstolar, dominerade i åldersgruppen 65 år och äldre. Drygt 335 000 personer hade vid

mättillfället fått en rollator, 92 procent av dessa var personer 65 och äldre. Andra vanliga hjälpmedel var manuella vårdarmanövrerade rullstolar och gåstativ.⁹⁰ Det finns vissa skillnader mellan kvinnor och män. Exempelvis i gruppen 85 år och äldre skrevs det ut 371 eldrivna rullstolar med manuell direktstyrning per 100 000 kvinnor och hela 969 per 100 000 män.

Oftast tas inga avgifter ut, 56 procent av hjälpmedlen i kommunerna och 68 procent av hjälpmedlen i regionerna är utan kostnad för den enskilde. Avgifterna för de personer som måste betala varierar beroende på hjälpmedel och var i landet personen bor.

⁹⁰ Ögonblicksdata. Verksamheterna gjorde ett datauttag en dag under vecka 5 i februari 2021.

Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller

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

Tabell 23. Kostnader för vård och omsorg för äldre

Miljarder kronor i löpande priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2016–2020
	2016	2017	2018	2019	2020	Miljarder kronor (%)
Total kostnad vård och omsorg för äldre	117,4	121,7	126,3	129,4	135,3	17,9 (15,3 %)
Årlig förändring	3,3%	3,7%	3,8%	2,4%	4,6%	
Verksamhetsområde						
Särskilt boende*	66,9	69,3	71,8	73,4	77,1	10,2 (15,2 %)
Ordinärt boende	48,9	50,7	52,8	54,3	56,7	7,8 (16,0 %)
Hemtjänst	39,4	40,9	42,9	44,7	47,3	7,9 (20,1 %)
Korttidsboende	6,7	6,7	6,7	6,8	6,7	0,0 (0,7 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	2,9	3,2	3,2	2,8	2,7	-0,1 (-5,2 %)
Öppen verksamhet	1,6	1,7	1,7	1,7	1,5	-0,1 (-5,6 %)

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2016–2020, Statistiska centralbyrån.

*Kostnadsposten inkluderar även vård och omsorg för äldre i annat boende enligt SoL och HSL

Tabell 24. Antal personer med hemtjänst enligt SoL/HSL och kostnad per person med insats

Kronor i fasta priser, 2020 års prisnivå.

	2016	2017	2018	2019	2020
Antal personer i ordinärt boende med hemtjänst och antal personer i ordinärt boende med endast KHSV*	210 348	215 359	222 486	216 912	214 440
Kostnad för hemtjänst enligt SoL/HSL per person**	206 183	203 023	205 366	211 770	220 493

*KHSV: kommunal hälso- och sjukvård **Avser antalet personer med hemtjänst enligt socialtjänstlagen och insatser för personer i ordinärt boende enligt hälso- och sjukvårdslagen

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2016–2020, Statistiska centralbyrån Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och register över hälso- och sjukvård.

Bilaga 2. Särskild demenspopulation

Socialstyrelsen har tagit fram en demenspopulation för att se i vilken utsträckning personer med demenssjukdom drabbats av covid-19 jämfört med den allmänna befolkningen. Demenspopulationen är framtagen genom att lägga samman patientregistret, läkemedelsregistret, samt dödsorsaksregistret. Populationen för år 2020 innehåller 89 398 individer och består av individer med demenssjukdom och som är i livet den 31 december 2020.

Statistiken omfattar bl.a. antal bekräftat smittade, antal avlidna, antal som blivit inskrivna i slutenvård samt antal som vårdats i slutenvård och som funnits möjlighet att följa i 30 dagar. Dessutom finns statistik för olika socialtjänstinsatser såsom personlig assistans, insatser enligt LSS⁹¹ och SoL⁹². det senare exempelvis hemtjänst och särskilda boendeformer för äldre.

Antal bekräftat smittade

Population

Bekräftat smittade fall enligt Folkhälsomyndighetens databas SmiNet med ett giltigt personnummer eller samordningsnummer, 70 år eller äldre. Personer som har avlidit och registrerats med covid-19 som underliggande dödsorsak i dödsorsaksintyg (ICD-10: U07.1 eller U07.2) inkomna till Socialstyrelsens register fram till den 29 november 2021 med ett giltigt personnummer eller samordningsnummer, 70 år eller äldre.

Antal inskrivna i slutenvård

Population

Populationen utgörs av alla individer som slutenvårdats för covid-19 med inskrivningsdatum fram till och med 12 december 2021 enligt rapportering till patientregistret eller frivillig särskild veckovis inrapportering om slutenvård till Socialstyrelsen från regionerna. Patienter som slutenvårdas vid fler än ett tillfälle räknas bara som inskriven en gång respektive utskriven en gång. Statistiken är preliminär och baserad på de uppgifter som inkommit till Socialstyrelsen vid 14 december 2021.

Bortfall för dessa uppgifter kan dock finnas. Data om vårdtillfällen rapporteras normalt in tre månader i följd till patientregistret och inte förrän tre månader har förflutit så är data att betrakta som slutrapporterade. Det kan alltså förekomma upp till tre månaders eftersläpning för delar av statistiken över vårdtillfällen under normala omständigheter. I genomsnitt saknas i den första inrapporteringen av slutenvård över 10 procent, men den siffran kan variera

⁹¹ Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

⁹² Socialtjänstlagen (2001:453).

mycket kraftigt från månad till månad. Pågående vårdtillfällen är också underrepresenterade i statistiken. Pågående vårdtillfällen (där patienten ännu inte skrivits ut från en sjukhusinläggning) har ett bortfall uppskattat till cirka 25 procent. Det slutgiltiga antalet patienter som skrivits in på sjukhus kommer därför att förändras allt eftersom det inkommer mer uppgifter till Socialstyrelsen. Bortfallet för den frivilliga särskilda inrapporteringen av slutenvårdstillfällen från regionerna är inte känt i dagsläget och kan endast skattas med noggrannhet i efterhand. Slutenvårdstillfällen för juli månad, särskilt data från den senaste veckan, är mer preliminära än slutenvårdstillfällen från början av mars. Slutenvård i de regioner som inte rapporterar in särskild veckodata till Socialstyrelsen under pandemin ingår inte alls i statistiken för de senaste veckorna.

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. 2021. Hämtad 2021-01-03 från: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
4. SCB. Sveriges framtida befolkning 2021–2070. Demografiska rapporter 2021:1; 2021.
5. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
6. SCB. Antalet äldre per arbetsföra invånare ökar i Sverige. 2021. Hämtad 2022-01-17 från: <https://www.scb.se/pressmeddelande/antalet-aldre-per-arbetsfora-invanare-okar-i-sverige/>
7. Rostila M, Toivanen S. Den orättvisa hälsan [Elektronisk resurs] om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Malmö: MTM; 2020.
8. Rostila M, Toivanen S. Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber; 2018.
9. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. MSB:s verktygslåda för kontinuitetshantering [Elektronisk resurs]; 2021.
10. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2021 – Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm; 2021.
11. Coronakommissionen. Äldreomsorgen under pandemin. Stockholm: Norstedts juridik; 2020. Report No.: 9789138251324.
12. OECD. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. Paris: OECD Publishing; 2020.
13. World Health O. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief, 24 July 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 2020.
14. Szebehely M. Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden. Underlagsrapport till SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin; 2020.
15. Scenarier för fortsatt spridning – delrapport 7. Delrapport inom regeringsuppdraget att löpande uppdatera scenarier för hur smittspridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 kan komma att utvecklas framöver. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
16. Delredovisning av uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19 (S2021/00825 delvis). Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
17. Folkhälsomyndigheten. Vaccinationstäckning för de som fått dos tre. 2022-01-12. Hämtad 2022-01-18 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-dos-tre/>
18. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Socioekonomiska faktorer och covid-19 i Stockholms län; 2020.

19. Drefahl S, Wallace M, Mussino E, Arad-hya S, Kolk M, Brandén M, et al. Socio-demographic risk factors of COVID-19 deaths in Sweden: A nationwide register study: Stockholm University - Department of Sociology; 2020.
20. Statistik om dödsorsaker år 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
21. Folkhälsomyndigheten. Vaccinationstäckning per födelseland, inkomst och utbildningsgrad. 2022. Hämtad 2022-01-02 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-i-undergrupper/>
22. Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020.
23. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
24. Folkhälsomyndigheten. Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre; 2021.
25. Folkhälsomyndigheten. Färre äldre oroliga för att söka vård; 2021.
26. Länsstyrelsen Hallands län. Rapportering 2 avseende uppdrag ”Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19”; 2020.
27. Magnusson L, Sennemark E, Ekman B, Johansson P, Hanson E. Konsekvenser av covid-19-pandemin för anhöriga som ger vård, hjälp och stöd till en närstående; 2021.
28. Socialstyrelsen. Uppdämda vårdbehov - Analys och förslag till insatser. Stockholm; 2021.
29. Socialstyrelsen. Analys av första covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Stockholm; 2020.
30. IVO. Vad har IVO sett 2020 [Elektronisk resurs]; 2021.
31. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Lägesrapport 2021. Stockholm; 2021.
32. Socialstyrelsen. Anhöriga som ger omsorg till närstående: omfattning och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
33. Socialstyrelsen. Anhöriga som ger vård eller stöd till någon de står nära : underlag till en nationell strategi. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
34. Socialstyrelsen. Fortsatt färre äldre än tidigare som sökt och fått hemtjänst; 2021-12-10.
35. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård: stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
36. WHO. UN Decade of Healthy Ageing. 2021-2030. 2021. Hämtad från: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
37. GLOBALA MÅLEN. 2021. Hämtad från: <https://www.globalamalen.se/>
38. The Seventy-fourth World Health Assembly. Oral health. Agenda item 13.2.
39. WHO. Global strategy on tackling oral diseases. 2022. Hämtad 2022 från: www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/gaporalhealth
40. WHO. World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care. 2021. Hämtad från: <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-world-health-assembly-resolution-paves-the-way-for-better-oral-health-care>

41. Anne W Ekdahl, Joakim Alfredsson, Madelene Johanson, Carina Metzner, Timo Strandberg, Katarina Wilhelmson, et al. Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov. *Lakartidningen*. 2020;117:F3HE.
42. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58(4):681-7.
43. Socialstyrelsen. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
44. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
45. När behovet får styra : ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa Vol. 1. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
46. Socialstyrelsen. Webbutbildning och vägledning för munhälsa. 2021. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/aktuellt/webbutbildning-och-vagledning-for-munhalsa/>
47. Socialstyrelsen. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, Slutrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
48. Svenskt Demenscentrum. Standardiserat insatsförlopp. 2021. Hämtad 2022-01-09 från: <https://www.demenscentrum.se/arbete-med-demens/teman/standardiserat-insatsforlopp>
49. Inspektionen för socialförsäkringen. Inkomstens betydelse för tandvårdskonsumtion: en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen (ISF); 2016.
50. Försäkringskassan. Statistik – efterfrågan av tandvård med statligt tandvårdsstöd. 2021. Hämtad 2022-02-04 från: <https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2021-01-15-statistik---efterfragan-av-tandvard-med-statligt-tandvardsstod>
51. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*. 2020; 54(24):1451-62.
52. Folkhälsomyndigheten. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande [Elektronisk resurs]; 2021.
53. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. FYSS nya Rekommendationer om Fysisk Aktivitet och Stillasittande! 2021. Hämtad från: <https://www.fyss.se/yfas-nya-rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>.
54. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and ageing*. 2006; 35(suppl_2):ii37-ii41.
55. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *The New England journal of medicine*. 2003; 348(1):42-9.
56. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; (12).
57. Peel NM, Kassulke DJ, McClure RJ. Population based study of hospitalised fall related injuries in older people. *Injury Prevention*. 2002; 8(4):280.
58. SBU. Fysisk träning för att minska risken för fall hos äldre [Elektronisk resurs]. 2021.
59. SKR. Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre. Fördjupning av hälsofrämjande och förebyggande insatser Stockholm; 2020.

60. SKL. Strategi för hälsa. Tillsammans - Varje dag lite bättre. Stockholm; 2018.
61. Hamark EoR, Hamark T, Hamark M. Sveriges befolkning [Elektronisk resurs]; 2020.
62. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 – Kommunal hälso- och sjukvård; 2020.
63. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. Förebygga fallskador. 2021. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>
64. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser kommunal hälso- och sjukvård 2021. Stockholm; 2021.
65. Guttormsson U. Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2020 [Elektronisk resurs]: CAN rapport; 2021.
66. Socialstyrelsen. Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre. Stockholm; 2021.
67. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning; 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
68. Alecta. Pensionärerna och ekonomin. 2021. Hämtad 2021 från: https://www.alecta.se/pensionarerna_ekonomin
69. SCB. Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige 2020 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2022.
70. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2018 [Elektronisk resurs]; 2018.
71. SKR. Ekonomirapporten, oktober 2021 – Om kommunernas och regionernas ekonomi; 2021.
72. SKR. Fakta om äldreomsorgen. I ljuset av coronapandemin; 2020.
73. Statskontoret. Uppdrag att följa utvecklingen av statens styrning av kommuner och regioner. Hämtad 2021-12-08 från: <https://www.statskontoret.se/link/9696c07b573440018f841172bd605c60.aspx>. 2021.
74. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten maj 2021; 2021.
75. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten oktober 2021; 2021.
76. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020: utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
77. Socialstyrelsen. Uppföljning. 2022. Hämtad 2022-01-17 från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/god-och-nara-varld/uppfoljning/>
78. Statistiska centralbyrån k. Matchningen på arbetsmarknaden - sambandet mellan utbildning och yrke [Elektronisk resurs]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2018.
79. Holmvall Karin (UKÄ) ECU, Elenäs Julia (UKÄ), Attestål Anita (Skolverket), Östbring Lisa (MYH). Uppdrag att kartlägga och föreslå fler vägar till vårddyrken [Elektronisk resurs]: Universitetskanslersämbetet; 2021.
80. Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU30. Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.
81. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Läget för ledarna - Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg [Elektronisk resurs]; 2021.

82. Eklöf M, Pousette A, Dellve L, Skagert K, Ahlborg jr G. Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI) - Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg. Institutet för stressmedicin. 2010; Rapport 7.
83. Socialstyrelsen. Förutsättningar och stöd för första linjens chefer: kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
84. Socialstyrelsen. Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/kommunal-halso--och-sjukvard/>
85. Socialstyrelsen. Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/aldre-och-personer-med-funktionsnedsattning/>
86. Socialstyrelsen. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan: nationell vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
87. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm; 2011.
88. Socialstyrelsen. Systematisk uppföljning: beskrivning och exempel. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2014. Report No.: 9789175551944.
89. Socialstyrelsen. Individens behov i centrum: ett stöd för att använda ICF och strukturerad dokumentation i socialtjänsten. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
90. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Effekten av IBIC - Utvärdering av arbetssättet Individens behov i centrum i socialtjänsten [Elektronisk resurs]: Stockholm; 2021.
91. 177 Vårdguiden. Demenssjukdomar. 2022. Hämtad 2022-01-13 från: <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/larande-forstaelse-och-minne/demenssjukdomar/>
92. NVC. Demensomsorg för invandrare. En handbok. Nordens välfärdscenter; 2020.
93. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - Utvärdering 2018 - Vård och omsorg vid demenssjukdom - Sammanfattning med förbättringsområden [Elektronisk resurs]; 2018.
94. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
95. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens plan för att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella demensstrategin. Stockholm; 2018.
96. Socialstyrelsen. Förslag på nya nationella satsningar inom området demens – Återrapportering av regeringsuppdrag, S2017/07302 [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2021.
97. Svenskt demenscentrum. Samverkan för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom : en inspirationsskrift för kommuner och regioner. [Stockholm]: Svenskt demenscentrum; 2021.
98. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. : SKR; 2021.
99. WHO. Dementia. 2022. Hämtad 2022-01-27 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

100. Socialstyrelsen. Uppdämda vårdbehov under covid-19-pandemin. En analys utifrån de nationella riktlinjerna. Stockholm; 2021.
101. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
102. Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre [Elektronisk resurs]. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2017.
103. 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.
104. Folkhälsomyndigheten. Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer [Elektronisk resurs]; 2019.
105. FORTE. Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre. [Elektronisk resurs]. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2017.
106. Canuto A, Weber K, Baertschi M, Andreas S, Volkert J, Dehoust MC, et al. Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2018; 26(2):174-85.
107. Börjesson-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.
108. Nilsson J, Östling S, Waern M, Karlsson B, Sigström R, Guo X, et al. The 1-month prevalence of generalized anxiety disorder according to DSM-IV, DSM-V, and ICD-10 among nondemented 75-year-olds in Gothenburg, Sweden. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2012; 20(11):963-72.
109. Folkhälsomyndigheten. Statistik psykisk hälsa. 2020. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>
110. Lennartsson Carin, Heap Josephine, Agahi Neda, Nordin Johanna. På tal om ålder; Psykiskt välbefinnande – oavsett generation. Mind; 2021.
111. Niclasen J, Lund L, Obel C, Larsen L. Mental health interventions among older adults: A systematic review. *Scand J Public Health*. 2019; 47(2):240-50.
112. Forsman AK, Nordmyr J, Matosevic T, Park AL, Wahlbeck K, McDaid D. Promoting mental wellbeing among older people: technology-based interventions. *Health promotion international*. 2018; 33(6):1042-54.
113. Åsbrig N. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Lakartidningen*. 2014; 41:111.
114. WHO. Mental health of older adults. 2021. Hämtad 2021-02-08 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
115. Folkhälsomyndigheten. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? [Elektronisk resurs]; 2021.
116. Socialstyrelsen. Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin. Stockholm; 2020.
117. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och suicidprevention – Lägesrapport 2020 [Elektronisk resurs]; 2021.
118. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an

- interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. The lancet Psychiatry. 2021; 8(7):579-88.
119. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. International journal of geriatric psychiatry. 2008; 23(12):1213-21.
 120. Lennartsson C. Sammanfattning av forskningen rörande konsekvenser av ensamhet för ohälsa och dödlighet (Kapitel 2). I Dahlberg, L., & Lennartsson, C. (red.) (2020). Ensamhet bland äldre personer i Norden. Köpenhamn; 2020.
 121. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. 2015; 10(2):227-37.
 122. Lennartsson C, Agahi N, Hols-Salén L, Kelfve S, Kåreholt 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.
 123. Dahlberg L. Loneliness during the COVID-19 pandemic. Aging & mental health. 2021; 25(7):1161-4.
 124. Charlotta Nilsen NA, Isabelle von Saenger, Jenny Österman, Åsa Hedberg Rundgren, Carin Lennartsson. Hur mår stockholmarna efter 65? Beskrivning av hälsa och levnadsvanor 2002-2018; 2020.
 125. Folkhälsomyndigheten. Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19 [Elektronisk resurs]; 2020.
 126. Svenska palliativregistret. Årsrapport för svenska palliativregistret 2020; 2021.
 127. Socialstyrelsen. Statistik om dödsorsaker 2021. Stockholm; 2021.
 128. Svenska palliativregistret. Svenska palliativregistrets utdataportal. 2021. Hämtad 2021-11-24 från: <https://palliativregistret.se/utdataportalen/>
 129. Riksrevision. Riksrevisionens rapport om granskning av statens styrning av äldreomsorgen [Elektronisk resurs]; 2021.
 130. Strang P, Bergström J, Martinsson L, Lundström S. Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. Journal of pain and symptom management. 2020; 60(4):e2-e13.
 131. SKR. Palliativ vård i SÄBO. En värdig vård i livets slut; 2020.
 132. Martinsson L, Strang P, Bergström J, Lundström S. Were Clinical Routines for Good End-of-Life Care Maintained in Hospitals and Nursing Homes During the First Three Months of the Outbreak of COVID-19? A National Register Study. Journal of pain and symptom management. 2021; 61(1):e11-e9.
 133. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede [Elektronisk resurs]: vägledning, rekommendationer och indikatorer : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 134. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Palliativ vård i livets slutskede – Målnivåer för indikatorer [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2017.
 135. Socialstyrelsen. Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2020.
 136. SKR. Markörbaserad journalgranskning (MJG). 2021. Hämtad 2022-01-22 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markorbaseradjournalgranskning.4633.html>

137. SKR. Skador vid vård av covid-19 patienter. Lärdomar från Markörbaserad journalgranskning; 2021.
138. Folkhälsomyndigheten. Infektioner och antibiotika på särskilt boende [Elektronisk resurs]; 2021.
139. Senior alert. PPM - punktprevalensmätning av trycksår. 2021. Hämtad 2021-12-03 från: <https://www.senioralert.se/resultat/ppm-punktprevalensmatning-av-trycksar/>
140. SKR. Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler. 2021. Hämtad 2021-11-08 från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner/resultatmatningbkh.2277.html>
141. Socialstyrelsen. Webbutbildning om basala hygienrutiner i vård och omsorg. Utbildningar, material och vägledning. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/utbildning-och-material-covid-19/>
142. 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.
143. Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
144. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör Socialstyrelsen; 2012.
145. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
146. Wallerstedt SM, Fastbom J, Johnell K, Sjöberg C, Landahl S, Sundström A. Drug treatment in older people before and after the transition to a multi-dose drug dispensing system-a longitudinal analysis. *PloS one*. 2013; 8(6):e67088.
147. Lamb LE, Dhar N, Timar R, Wills M, Dhar S, Chancellor MB. COVID-19 inflammation results in urine cytokine elevation and causes COVID-19 associated cystitis (CAC). *Medical hypotheses*. 2020; 145:110375.
148. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2021 – Vård och omsorg för äldre. Stockholm; 2022.
149. Socialstyrelsen. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. . Stockholm; 2020.
150. Orbe J, Lundqvist A, (MSB). Kantar Sifos rapport om förtroende, oro och beteende under pandemin. December 2021; 2021.
151. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Den nordiska äldreomsorgen [Elektronisk resurs]. 2021.
152. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten 2021. Hämtad 2021 från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/aldre/sarskilda/>
153. SOU. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm; 2017:21.
154. RKA. KOLADA. 2022-01-06. Hämtad från: <https://www.kolada.se/>
155. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
156. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021: uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.

157. Digital teknik med äldre i fokus. En delredovisning av utvärderingen av överenskommelsen om digitalisering i äldreomsorgen [Elektronisk resurs]. 2021.
158. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2021. En årlig studie av svenska folkets internetvanor; 2021.
159. Nilsson O. Bryt isoleringen : så kan vi minska det digitala utanförskapet för äldre. Digiteket; 2021.
160. Socialstyrelsen. Uppdrag statistik på hjälpmedelsområdet – slutrapport [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2022.

Publikationen kan laddas ner från
www.socialstyrelsen.se