



Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2025

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-3-9487

Foto: Matton

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

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 (projektledare och redaktör) tillsammans med en projektgrupp bestående av Sofia Colin, Vera Gustafsson och Lena Jönsson. Ett stort antal medarbetare från myndigheten har också bidragit till rapporten. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef och Natalia Borg har varit ansvarig avdelningschef.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	8
Samhällets utmaningar och möjligheter	8
Lika många nöjda som förut, men förändrade behov	9
Minskad tillgång till korttidsboende och dagverksamhet	9
Hemtjänstens roll efter en partners bortgång	10
Fast omsorgskontakt – en viktig faktor för kontinuitet.....	10
Olika avgifter inom äldreomsorgen	11
Stora regionala skillnader i äldres tillgång till tandvård	11
Tillgång till kommunal hälso- och sjukvård är stabil, men ojämnt fördelad	12
Tryggare vårdövergångar och minskade akutvårdsbehov	12
Antibiotikabehandling i säbo och tandvård – en växande utmaning	13
Större risk för ensamhet och psykisk ohälsa bland äldre	14
Färre undersköterskor och stora skillnader i landet	14
Färre sjuksköterskor men stabilt antal geriatiker	15
Digital delaktighet ökar – men klyftorna består	15
Inledning	17
Rapportens upplägg	17
Läsanvisning	17
Hur bra är vården och omsorgen för äldre – fokus på kärnindikatorer.....	20
Hälften av de äldre i säbo har möjlighet att träffa läkare vid behov.....	20
Två tredjedelar av de äldre har en fast läkarkontakt.....	22
Antalet oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat något	23
Färre äldre med hemsjukvård i ordinärt boende har läkemedel som bör undvikas.....	26
Hur är äldreomsorgens krisberedskap och civilt försvar i Sverige?	29
Hur möter omsorgen de äldres behov?	31
Många är nöjda med hemtjänst och säbo, men det finns utmaningar ...	32
Andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst eller säbo minskar ...	33
Färre äldre tar del av dagverksamhet och korttidsboende	34
Kortare väntetid till säbo, men många väntar fortfarande länge	35

Bristen på särskilda boenden för äldre är fortsatt stor.....	36
Äldre möter 16 olika personer i hemtjänsten på två veckor	37
Fler hemtjänsttagare behöver erbjudas en fast omsorgskontakt.....	38
Färre äldre per omsorgskontakt kan stärka känslan av kontinuitet i hemtjänsten	39
Hemtjänstens roll efter en partners bortgång	40
Hur möter vården de äldres behov?.....	49
Kommunernas roll i vård och omsorg	50
Kommunal hälso- och sjukvård kräver samverkan.....	50
Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer	51
Förebyggande, rehabiliterande och hälsofrämjande insatser	56
Trycksårsmått hos äldre i kommunala verksamheter	57
Vanliga åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård	58
Palliativ vård inom kommunal hälso- och sjukvård	60
Färre besök på akuten bland äldre.....	61
Äldre får vänta längre tid på landets akutmottagningar	62
Hur möter tandvården de äldres behov?.....	64
Tandvård för äldre – tillgång och framtida vårdbehov	65
Hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver prioriteras	68
Risker och utmaningar i tandvården för äldre	68
Från egenvård till omsorg- tandvårdens roll i äldreomsorgen	72
Hur säkerställs en trygg och säker vård och omsorg?	74
Utmaningar i uppföljning av vårdkvalitet.....	74
Systematiskt arbete för att identifiera vårdskador	75
Andelen vårdtagare i säbo med antibiotikabehandling ökar.....	76
Städning och vårdhygien behöver ses som en patientsäkerhetsfråga ...	77
Klagomål och anmälningar ökar.....	79
Fallolyckor bland äldre måste fortsätta förebyggas	81
Hur är den psykiska hälsan hos äldre?	88
Ensamhet bland äldre: en utmaning för individen och samhället	88
Statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet	91
Suicid bland äldre.....	92
Hur påverkar kompetensen och kontinuitet de äldre?	94
Kompetens inom patientsäkerhet är en förutsättning för säker och hållbar hälso- och sjukvård.....	95

Det finns brister i kontinuitet inom vård och omsorg för äldre.....	95
Statsbidrag till kommuner för att minska andelen timanställningar.....	96
Fler behöver välja yrket undersköterska	97
Färre sjuksköterskor men stabilt antal geriatriker	99
Fler delar upp arbetsuppgifter i äldreomsorgen – men utvärderingar saknas	105
Personalens språkkunskaper och dessas betydelse för vård- och omsorgskvaliteten	106
Fler undersköterskor – fler äldre upplever att personalen har rätt kompetens	108
Fler undersköterskor – fler äldre upplever att personalen har tillräckligt med tid.....	110
Hur samordnas vård och omsorg för äldre?.....	112
Bättre samverkan krävs för en tryggare vård och omsorg	113
Samverkan för tryggare utskrivning av äldre	114
Utvecklingen av äldres läkemedelsanvändning	114
Tio eller fler läkemedel minskade inom äldreomsorgen 2024	116
Läkemedelsanvändning hos äldre som får insatser enligt LSS.....	119
Vilka främjande och förebyggande åtgärder erbjuds?.....	122
Ny socialtjänstlag 2025 – en mer förebyggande och tillgänglig socialtjänst	122
Förebyggande insatser för äldres hälsa och välbefinnande	123
<i>Varje dag räknas</i> : Nationell demensstrategi 2025–2028.....	124
Levnadsvanor och deras roll i att förebygga demenssjukdomar	125
Skillnader i möjligheter till utevistelse på särskilda boenden för äldre .	126
Hur påverkar digitalisering och välfärdsteknik äldreomsorgen?	128
Ålderism kan förstärkas genom artificiell intelligens	129
Var femte pensionär använder inte internet	129
Insatser för att minska digitalt utanförskap	131
Ojämlik digital utveckling i kommunerna	132
Äldreomsorgens digitala utveckling.....	133
Digitalisering kan bidra till effektivare arbetssätt.....	135
Framtidsutsikter	136
Hur mycket kostar vård och omsorg för äldre?	138
Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre ökar.....	138
Kommunernas avgifter enligt socialtjänstlagen SoL	146

Referenser.....	149
Bilaga 1. Datakällor och underlag	154
Bilaga 2. Analys av hemtjänsten för efterlevande	155
Datakällor	155
Definitioner och koder.....	155
Studiegrupp	156
Uppföljning.....	157
Beräkningar	157
Bilaga 3. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.....	158
Bilaga 4. Utvecklingen av äldres läkemedelsanvändning.....	160
Läkemedel som ökat mest i användning.....	160
Läkemedel som minskat mest i användning	163
Bilaga 5. Kompletterande kostnadstabeller	165

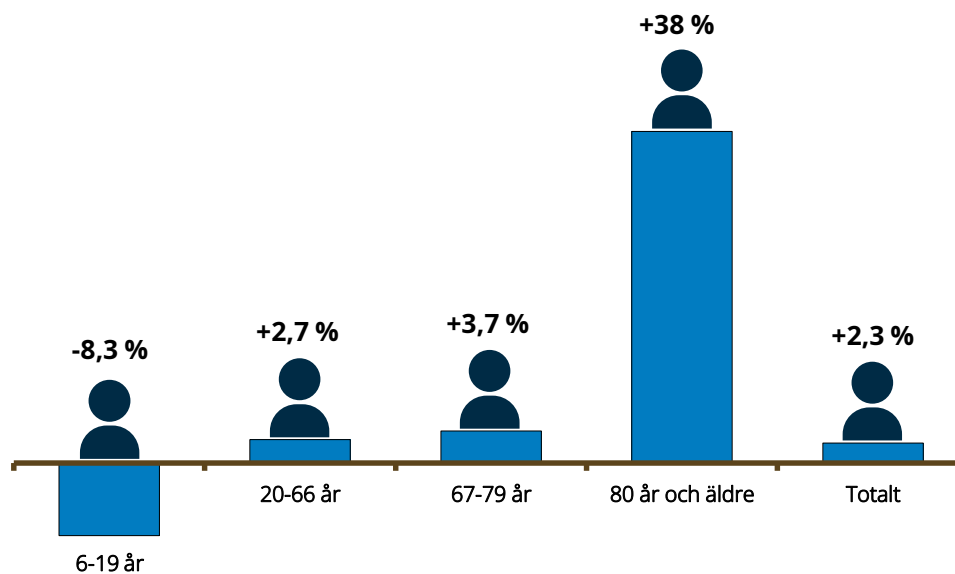
Sammanfattning

Samhällets utmaningar och möjligheter

Befolkningen förändras markant fram till 2033. Statistiska centralbyråns prognos visar att den största ökningen sker bland äldre. Gruppen 67–79 år växer med 3,7 procent, vilket ökar behovet av sjukvård, anpassade bostäder, omsorgsinsatser och rehabilitering. Den största förändringen sker bland de allra äldsta. Antalet personer som är 80 år eller äldre kommer att öka med hela 38 procent. Det innebär att fler kommer att behöva äldreomsorg och sjukvård, och att behovet av platser i särskilt boende för äldre (säbo) och hemtjänst ökar. En större andel äldre innebär också att fler kan drabbas av kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Fler äldre innebär att äldreomsorgen och hälso- och sjukvården behöver utvecklas för att möta de ökade behoven. Samtidigt kan satsningar på förebyggande vård och teknik i omsorgen bidra till att äldre kan leva självständigt längre.

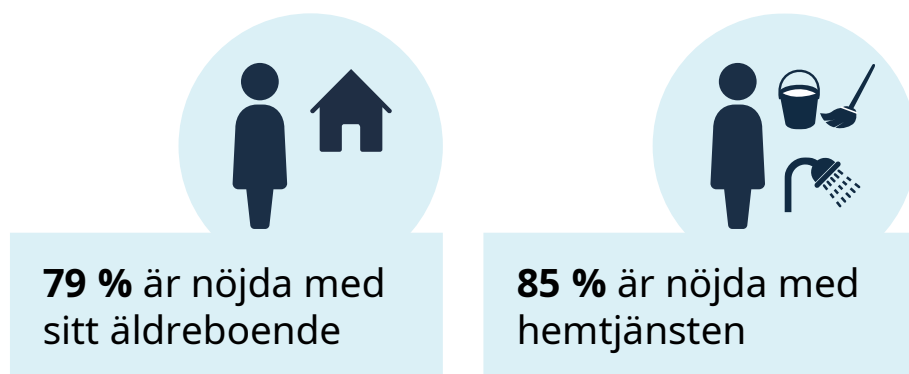
Befolkningsutveckling 2023–2033



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).

Lika många nöjda som förut, men förändrade behov

Nöjdheten med äldreomsorgen är generellt hög och har varit relativt stabil de senaste tre åren. År 2024 var 79 procent av de äldre nöjda med säbo, och 85 procent var nöjda med hemtjänsten. Men andelen äldre som får hemtjänst och säbo har minskat. Andelen personer 80 år eller äldre med hemtjänst har sjunkit från 21,3 procent år 2014 till 17,5 procent år 2024. Samma trend ses för säbo, där andelen har minskat från 13,1 procent till 10,4 procent under samma period.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, 2024.

En möjlig förklaring till att en mindre andel äldre bor på säbo kan vara att fler äldre bor kvar hemma längre, men det kan också tyda på att behovet av äldreomsorg inte alltid tillgodoses. Kvinnor får oftare äldreomsorg än män. År 2024 hade 20 procent av kvinnorna i gruppen 80 år och äldre hemtjänst, jämfört med 14,1 procent av männen. Samma mönster gäller säbo, där 12,6 procent av kvinnorna gruppen 80 år och äldre bodde på säbo jämfört med 7,5 procent av männen.

Tillgången till säbo är begränsad, och väntetiden är fortsatt lång. År 2024 var den genomsnittliga väntetiden 63 dagar, med skillnader mellan könen. Kvinnor väntade i genomsnitt 66 dagar, medan män väntade 57 dagar. Den långa väntetiden innebär att äldre riskerar att bo kvar hemma längre än vad som är optimalt för deras hälsa och trygghet.

Minskad tillgång till korttidsboende och dagverksamhet

Korttidsboende och dagverksamhet är viktiga insatser för äldre som behöver tillfällig vård och omsorg eller social stimulans, men tillgången har minskat över tid. Andelen äldre 80 år eller äldre i dagverksamhet minskade från 1,4 procent 2014 till 1,0 procent 2020–2021. De senaste åren har andelen ökat något till 1,2 procent år 2024, men den ligger fortfarande på en låg nivå

jämfört med tidigare år. Även andelen som får korttidsboende har minskat, från 1,3 procent 2014 till 0,8 procent 2024. Minskningen kan påverka möjligheten för äldre att få rehabilitering och stöd i övergången mellan sjukhusvård och hemmet.

Hemtjänstens roll efter en partners bortgång

När en äldre person förlorar sin partner kan behovet av stöd öka. Socialstyrelsens analys av drygt 77 000 efterlevande under 2016–2023 visar att 28 procent fick hemtjänst i form av service eller personlig omvårdnad efter sin partners bortgång, trots att de inte tidigare haft några hemtjänstinsatser.

Under det första året efter en partners bortgång var åldern hos den efterlevande avgörande för vilken hemtjänstinsats som beviljades. För hemtjänst i form av service fanns även en könsskillnad. Andelen män var något högre än andelen kvinnor, och denna skillnad fanns i alla åldersgrupper. För omvårdnad syntes inte samma könsskillnader. Däremot var andelen som fick insatsen högre bland kvinnorna än männen i åldersgruppen 85 år och äldre.

Ekonomiska förutsättningar verkar påverka möjligheten att få hemtjänstinsatser i form av service, särskilt utifrån socioekonomiska skillnader i olika områden. I områdestyp 1, där de socioekonomiska utmaningarna är störst, var andelen som fick hemtjänstinsatser i form av service högst. Det gäller särskilt bland män, där 10 procent fick insatser jämfört med 6 procent av kvinnorna. En förklaring till skillnaden mellan olika socioekonomiska områden kan vara exempelvis att personer med högre inkomst oftare anlitar privat städhjälp. På längre sikt jämnades könsskillnaderna ut.

Fast omsorgskontakt – en viktig faktor för kontinuitet

För att öka tryggheten och förbättra kvaliteten inom hemtjänsten har en reform införts där äldre ska erbjudas en fast omsorgskontakt. År 2024 hade 74 procent av de äldre i gruppen 65 år och äldre som hade hemtjänstinsatser erbjudits detta, men andelen behöver öka för att reformen ska få tillräckligt bra genomslag. För att få till en god kontinuitet är det viktigt att den fasta omsorgskontakten inte ansvarar för alltför många hemtjänsttagare.

Hemtjänsttagare som ofta träffar sin fasta omsorgskontakt upplever i högre grad att de får trygg och individanpassad omsorg. De rapporterar även en högre kvalitet på hemtjänsten i allmänhet. Dock varierar tillgången till en

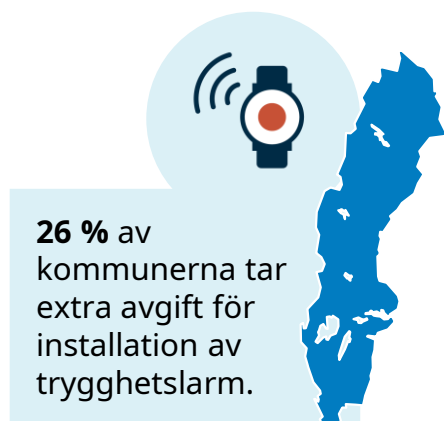
fast omsorgskontakt kraftigt mellan olika hemtjänstutförare – mellan 0 och 71 procent av de äldre uppger att de ofta träffar sin omsorgskontakt.

Den stora variationen i tillgången till en fast omsorgskontakt återspeglas även i hur många hemtjänsttagare varje omsorgskontakt ansvarar för. Antalet hemtjänsttagare per fast omsorgskontakt varierar mellan 3 och 7 personer på länsnivå, men på enhetsnivå kan variationen vara ännu större – mellan 1 och 25 personer per omsorgskontakt.

Olika avgifter inom äldreomsorgen

Äldreomsorgen finansieras genom skatter men också genom avgifter från den enskilde. Inga kommuner tar ut ett belopp som är högre än den lagstadgade maxtaxan, men det finns stora skillnader i hur avgiftsbestämmelserna tillämpas. Detta påverkar hur mycket vård och omsorg en person får innan maxtaxan nås. De flesta kommuner tar ut maxtaxa för hemtjänst vid 15 timmar per månad, men variationen är stor och gränsen ligger mellan 5 och 20 timmar beroende på kommun.

Även vilka tjänster som ingår i maxtaxan varierar. Till exempel tar 38 procent av kommunerna ut en avgift för matdistribution, och 26 procent tar ut en avgift för installation av trygghetslarm. Samtidigt erbjuds vissa tjänster avgiftsfritt, exempelvis ledsagning och avlösning upp till ett visst antal timmar. Skillnaderna innebär att äldre kan få betala olika mycket för samma typ av insatser beroende på var de bor.



Källa: Kommunernas avgifter enligt socialtjänstlagen, kartläggning och analys. Socialstyrelsen 2025.

Stora regionala skillnader i äldres tillgång till tandvård

Tandhälsan bland äldre som besöker tandvården är generellt god men den skiljer sig beroende på socioekonomiska faktorer och regionala skillnader. Andelen äldre som får nödvändig tandvård och munhälsobedömning

varierar kraftigt mellan regioner, från 33 till 92 procent för munhälsobedömning och från 44 till 94 procent för nödvändig tandvård.

Fler äldre har egna tänder kvar, vilket leder till en gradvis ökning av invasiv vård som tandextraktioner och antibiotikaförskrivning. Detta innebär i sig ökade risker vid tandbehandling av sköra och omsorgsberoende patienter. Äldre personer, särskilt i åldersgruppen 80–84 år, är den åldersgrupp där flest genomgår tandextraktioner – nära 10 procent av åldersgruppen fick minst en tand utdragen under 2023.

För att bibehålla en god munhälsa bland äldre behövs tydligare ansvarsfördelning, ledarskap och ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser. Personalförsörjningen inom tandvården behöver utvecklas i nära samverkan med hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen för att säkerställa att äldre får den vård de behöver.

Tillgång till kommunal hälso- och sjukvård är stabil, men ojämnt fördelad

Andelen äldre som får kommunal hälso- och sjukvård har varit i stort sett oförändrad mellan 2019 och 2023. År 2023 hade totalt 341 700 personer 65 år och äldre insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. De flesta får vård i det egna hemmet – 237 285 personer fick vård i ordinärt boende, varav 53 procent också hade hemtjänst. Bland personer i säbo fick 91 procent kommunal hälso- och sjukvård.

Kvalitetsregistret Senior alert används för att identifiera risker såsom trycksår, fall och undernäring. Av de identifierade riskerna leder 80 procent till åtgärder, men vissa områden behöver förbättras. Exempelvis genomförs munhälsobedömningar relativt ofta, medan bedömningar av blåsdysfunktion är fortsatt ovanliga.

Tryggare vårdövergångar och minskade akutvårdsbehov

En trygg övergång mellan sjukhus, kommunal hälso- och sjukvård och äldreomsorg är avgörande för äldres välbefinnande. Mellan 2014 och 2023 har antalet vårdtygn för utskrivningsklara patienter i gruppen 65 år och äldre minskat från 196 till 115 dagar per 1 000 invånare. Minskningen tyder på att samverkan mellan sjukhus och äldreomsorg har förbättrats, men det finns fortfarande utmaningar i att säkerställa en smidig vårdövergång.

Sedan 2018 har antalet besök på akutmottagning per 1 000 invånare minskat med 6,6 procent bland personer 80 år och äldre. Minskningen kan bero på bättre förebyggande insatser och en förstärkt primärvård. Samtidigt är medianvistelsetiden på akuten för personer i gruppen 80 år och äldre minst fem timmar, och kvinnor har generellt längre vistelsetid än män.

Antibiotikabehandling i säbo och tandvård – en växande utmaning

Användningen av antibiotika inom vård och omsorg är en viktig indikator på patientsäkerhet och smittförebyggande arbete. Resultaten från den senaste Svenska HALT-mätningen¹ 2023 visar att andelen vårdtagare på säbo som behandlas med antibiotika har nått den högsta nivån sedan mätningarna startade 2014. Av de drygt 20 000 vårdtagarna som inkluderades i undersökningen fick 3,1 procent antibiotikabehandling. Samtidigt var andelen vårdrelaterade infektioner 1,5 procent – en nivå som ligger i linje med perioden före pandemin.

Den ökade antibiotikaanvändningen kan kopplas till flera riskfaktorer som blivit allt vanligare inom äldreomsorgen. Socialstyrelsens analyser visar en tydlig ökning av förekomsten av urinkatetrar, trycksår och andra sår – faktorer som ökar risken för vårdrelaterade infektioner.

Även inom tandvården ses en ökad antibiotikaförskrivning till äldre patienter. Med stigande ålder ökar förekomsten av läkemedelsbehandling, muntorrhet och skörhet, vilket kan göra tandvård mer komplicerad. Vid invasiva ingrepp kan antibiotikabehandling ibland vara befogad, men den bör endast förskrivas på strikta indikationer för att motverka onödig resistensutveckling. Tandvården står för 6,1 procent av all antibiotikaförskrivning i öppenvården, och efter en lång period av minskad förskrivning kan nu en ökning observeras.

En särskild utmaning är att förskrivningen av bredspektrumantibiotika långsamt ökar, trots att tandvårdens antibiotikaval historiskt sett haft låg risk för resistensutveckling. Förskrivningen av antibiotika till äldre patienter ökar både inom den privata och den offentliga tandvården. Orsakerna är ännu inte helt klarlagda, men det kan delvis bero på ett ökat tandvårdsbehov hos patienter med nedsatt allmänhälsa, där antibiotika används i förebyggande syfte.

¹ Svenska HALT är en årlig punktprevalensmätning som samlar data om förekomsten av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och riskfaktorer bland vårdtagare på säbo.

Större risk för ensamhet och psykisk ohälsa bland äldre

Många äldre upplever ensamhet, vilket påverkar deras hälsa och livskvalitet. Av personer 60 år och äldre uppger 26 procent att de har måttliga besvär av ensamhet, och 8 procent att de har allvarliga besvär. Ensamhet är vanligare bland äldre i säbo, där 16 procent upplever ensamhet ofta, jämfört med 10 procent av dem som har hemtjänst.

Särskilt utsatta är äldre från nationella minoriteter och personer med lägre utbildningsnivå, eftersom bristande språkkunskaper och kulturella faktorer kan påverka tillgången till vård och omsorg.

Äldre män löper också högst risk att ta sitt liv. År 2023 var suicidtalet för män 85 år och äldre 53 per 100 000 invånare, vilket är mer än dubbelt så högt som för yngre män.

Färre undersköterskor och stora skillnader i landet

En annan utmaning inom äldreomsorgen är den låga personalkontinuiteten i hemtjänsten. År 2024 mötte en hemtjänsttagare med minst två besök per dag i genomsnitt 16 olika personer i personalen under en 14-dagarsperiod. Trots att situationen har stabiliserats de senaste åren finns det fortfarande stora variationer mellan kommunerna. Låg personalkontinuitet kan påverka både tryggheten för den äldre och möjligheten att bygga en tillitsfull relation med vård- och omsorgspersonalen.

År 2023 fanns 114 079 undersköterskor och 72 805 vårdbiträden anställda inom äldreomsorgen. En majoritet av undersköterskorna (68 procent) arbetade på säbo, medan resten var verksamma inom övriga insatser som hemtjänst. Bland vårdbiträden arbetade 48 procent på säbo.

Jämfört med 2022 har antalet undersköterskor inom äldreomsorgen minskat med 4,5 procent. Minskningen var större inom övriga insatser (7,6 procent) än på säbo (3 procent). Samtidigt ökade antalet vårdbiträden, vilket kan bero på att det saknas utbildade undersköterskor.

Det finns tydliga geografiska skillnader i fördelningen av undersköterskor mellan olika delar av landet. I södra Sverige finns 5 625 undersköterskor per 100 000 invånare som är 65 år eller äldre. I norra Sverige är tätheten högst – 5 673 undersköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre. Östra Sverige har den lägsta tätheten, med 4 439 undersköterskor per 100 000 invånare.

Resultatet visar att tillgången till undersköterskor varierar beroende på region, vilket kan påverka vårdens och omsorgens kvalitet och tillgänglighet.

Färre sjuksköterskor men stabilt antal geriatriker

Antalet sjuksköterskor och arbetsterapeuter inom äldreomsorgen minskade under 2022 jämfört med föregående år, medan antalet fysioterapeuter och dietister ökade. Sjuksköterskor utgör den största yrkesgruppen. Kvinnor dominerar samtliga yrken, särskilt bland sjuksköterskor (91 procent) och arbetsterapeuter (93 procent).

Den kommunala verksamheten är den största arbetsgivaren inom äldreomsorgen. År 2022 arbetade 83 procent av sjuksköterskorna och över 80 procent av arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna i kommunal regi. Fördelningen mellan säbo och ordinärt boende var relativt jämn för de flesta yrken, men dietister arbetade i högre grad på säbo (59 procent).

Det finns tydliga geografiska skillnader i tillgången på sjuksköterskor inom äldreomsorgen. I södra Sverige var 717 sjuksköterskor per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre. Norra Sverige hade en högre täthet (645 sjuksköterskor per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre) än östra Sverige, där tätheten var lägst i landet (552 sjuksköterskor per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre).

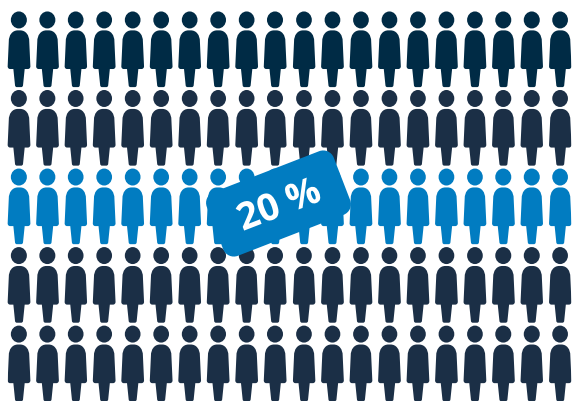
Antalet specialistläkare inom geriatrik är oförändrat på nationell nivå och uppgår till 532 läkare, vilket motsvarar 5 läkare per 100 000 invånare 65 år och äldre. Däremot finns stora regionala skillnader i tillgången på geriatriker.

Region Stockholm har flest geriatriker, med 249 läkare, vilket motsvarar 62 per 100 000 invånare 65 år och äldre – den högsta tätheten i landet. Dalarnas och Östergötlands län har också en relativt hög täthet, med 26 läkare per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre. I flera regioner är dock antalet geriatriker mycket lågt. Kronoberg, Gotland och Jämtland har endast 1–3 geriatriker per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre, medan Blekinge saknar geriatriker helt.

Digital delaktighet ökar – men klyftorna består

Var femte pensionär använder inte internet, och andelen är ännu högre bland personer 75 år och äldre. Kvinnor i denna åldersgrupp använder internet mer sällan än män.

Var femte pensionär använder inte internet



Källa: Internetstiftelsen, *Svenskar och internet 2024*.

Kommunernas insatser för digital delaktighet har ökat. År 2024 erbjöd 82 procent av kommunerna stöd för att främja äldres digitala delaktighet, en ökning med 11 procentenheter från 2023. Av dessa kommuner erbjuder 48 procent utbildning i digital teknik och 47 procent har digitala mötesplatser.

Större kommuner har gjort större framsteg i digitaliseringen än mindre kommuner. Till exempel är tillgången till gratis internet på säbo större i större kommuner. Det skapar en digital klyfta beroende mellan äldre i olika delar av landet.

Användningen av välfärdsteknik ökar, men utvecklingen är ojämn. Mellan 2023 och 2024 ökade användningen av digital nattillsyn med 12 procent och läkemedelsautomater med 49 procent. Samtidigt saknar en fjärdedel av kommunerna helt användare av GPS-larm, trots att tekniken är tillgänglig.

Inledning

Socialstyrelsen ska senast den 31 mars varje år lämna in till regeringen lägesrapporter om fyra av myndighetens ansvarsområden (6 a § förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). Dessa områden är

- individ- och familjeomsorg
- vård, tandvård och omsorg för äldre
- insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning
- tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.

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.

Socialstyrelsen arbetar för att Sverige ska nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. Lägesrapporten är ett sätt att bidra till detta.

Rapportens upplägg

Rapporten är främst en sammanställning av material från Socialstyrelsen, andra myndigheter och forskningsstudier, med syftet att ge en samlad och övergripande bild av nuläget.

Socialstyrelsen gör även vissa analyser specifikt för denna lägesrapport. De specifika analyserna i årets rapport har bland annat fokuserat på tillgången till stöd för efterlevande närstående, utvecklingen av äldres läkemedelsanvändning mellan 2017 och 2023, samt den tandvård som ges till äldre och antibiotikaförskrivning i samband med tandvårdsbesök.

Årets rapport tar sin utgångspunkt i den äldres perspektiv och belyser centrala kvalitetsområden som säker, jämlik och tillgänglig vård och omsorg. Den inkluderar även fokusområden som kostnadsutveckling.

Läsanvisning

För att underlätta för läsaren att navigera genom rapporten och ta del av de centrala analyserna och slutsatserna, ges här en läsanvisning. Den beskriver hur rapporten är indelad och hur de olika delarna samverkar för att ge en heltäckande bild.

Många läsare tar del av enbart vissa delar av rapporten. Därför återkommer vissa delar av innehållet på flera ställen. För att göra det lättare att följa

sammanhanget finns också hänvisningar mellan avsnitt där samma ämne tas upp ur olika perspektiv.

I det inledande kapitlet *Hur bra är vården och omsorgen för äldre - fokus på kärnindikatorer?* presenteras centrala indikatorer som belyser tillgången till vård, omsorg, patientsäkerhet och äldre personers upplevelser av vården. Här behandlas bland annat möjligheten att träffa läkare vid behov och utvecklingen av oplanerade återinskrivningar.

Kapitlet *Hur är äldreomsorgens krisberedskap och civilt försvar i Sverige* fokuserar på äldreomsorgens beredskap och hur kommuner och regioner hanterar kriser och civila försvarsinsatser för äldre personer.

I kapitlet *Hur möter omsorgen de äldres behov?* beskrivs hur äldreomsorgen anpassas för att möta de behov som äldre personer har, exempelvis genom hemtjänst, boendeformer och vårdinsatser. Kapitlet lyfter också frågor om kontinuitet och tillgång till stöd.

Kapitlet *Hur möter vården de äldres behov?* behandlar kommunal hälso- och sjukvård och dess roll i äldreomsorgen. Här ingår analyser av samverkan mellan vårdgivare, tillgången till palliativ vård och förekomsten av trycksår.

Hur möter tandvården de äldres behov? är ett kapitel som belyser munhälsa och tandvårdens roll i det övergripande hälsoperspektivet för äldre. Här presenteras data om förebyggande tandvårdsinsatser och risker för äldre relaterade till munhälsa.

Kapitlet *Hur säkerställs en trygg och säker vård och omsorg?* fokuserar på utmaningar i uppföljningen av vårdkvalitet, betydelsen av kunskap och kompetens inom smittförebyggande åtgärder samt vikten av ett systematiskt arbete för att minska risken för vårdskador.

Kapitlet *Hur är den psykiska hälsan hos äldre?* belyser faktorer som påverkar äldres psykiska välbefinnande, med särskilt fokus på ensamhet, suicid och utmaningar för äldre ur nationella minoriteter. Kapitlet beskriver även insatser och strategier för att förebygga och motverka psykisk ohälsa bland äldre.

Kapitlet *Hur påverkar kompetensen och kontinuitet de äldre?* belyser vikten av rätt kompetens och stabil personalförsörjning inom vård och omsorg för äldre. Kapitlet tar upp utmaningar kring kompetensförsörjning, effekterna av bristande kontinuitet och betydelsen av insatser för att stärka personalens kompetens och stabilitet i verksamheterna.

Kapitlet *Hur samordnas vård och omsorg för äldre?* beskriver hur samverkan mellan regioner och kommuner fungerar och vilka utmaningar som finns. Kapitlet belyser också utvecklingen av äldres läkemedelsanvändning och behovet av en trygg, individanpassad vård.

I kapitlet *Vilka främjande och förebyggande åtgärder erbjuds?* analyseras insatser för att förebygga ohälsa och förbättra livskvaliteten för äldre. Bland annat behandlas den nya socialtjänstlagen och insatser för att förebygga demenssjukdom.

Kapitlet *Hur påverkar digitalisering och välfärdsteknik äldreomsorgen?* beskriver teknikutvecklingen inom äldreomsorgen, med fokus på digital inkludering, välfärdsteknik och AI:s roll i vård och omsorg.

Avslutningsvis presenteras i kapitlet *Hur mycket kostar vård och omsorg för äldre?* en genomgång av äldreomsorgens finansiering och avgifter enligt socialtjänstlagen.

Rapporten är strukturerad för att ge en helhetsbild men kan också läsas selektivt. Som komplement finns flera bilagor, inklusive en metodbeskrivning, en läkemedelsanalys, en förteckning över olika datakällor och två statistikbilagor.

Hur bra är vården och omsorgen för äldre – fokus på kärnindikatorer

Socialstyrelsen följer utvecklingen av 14 kärnindikatorer som är kopplade till god och nära vård. Bland dessa indikatorer är fyra fokuserade mot äldre. Indikatorerna ger tillsammans en övergripande bild av resultaten inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Nedan redovisas hur indikatorerna har förändrats över tid, baserat på mätningar som var tillgängliga när denna rapport skrevs.

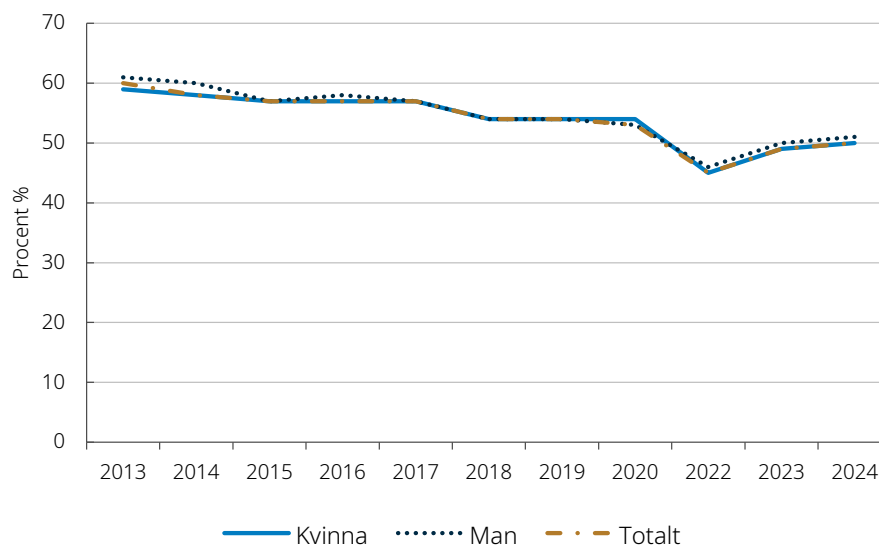
Hälften av de äldre i säbo har möjlighet att träffa läkare vid behov

Tillgången till läkare för äldre som bor i särskilda boenden för äldre (säbo) varierar mellan kommuner och regioner. Figur 1 visar andelen personer 65 år och äldre i säbo som uppgett att det är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en läkare vid behov. Önskvärd riktning för indikatorn är höga värden. Andelen minskade från 60 procent år 2013 till 45 procent år 2022. Under 2023 och 2024 skedde en viss återhämtning, då andelen steg till 49 procent respektive 50 procent [1].

Tidigare har skillnaden mellan män och kvinnor varit upp till två procentenheter, där män generellt har rapporterat något bättre tillgång till läkare. Denna skillnaden kvarstår 2024, då 51 procent av männen och 50 procent av kvinnorna uppgav att det var lätt att få träffa en läkare.

Figur 1. Möjlighet att träffa läkare vid behov för personer 65 år och äldre i särskilda boenden för äldre. Riket

Andel (%) personer 65 år och äldre i särskilda boenden för äldre som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare. Uppdelat på kön, period 2013-2024, riket.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

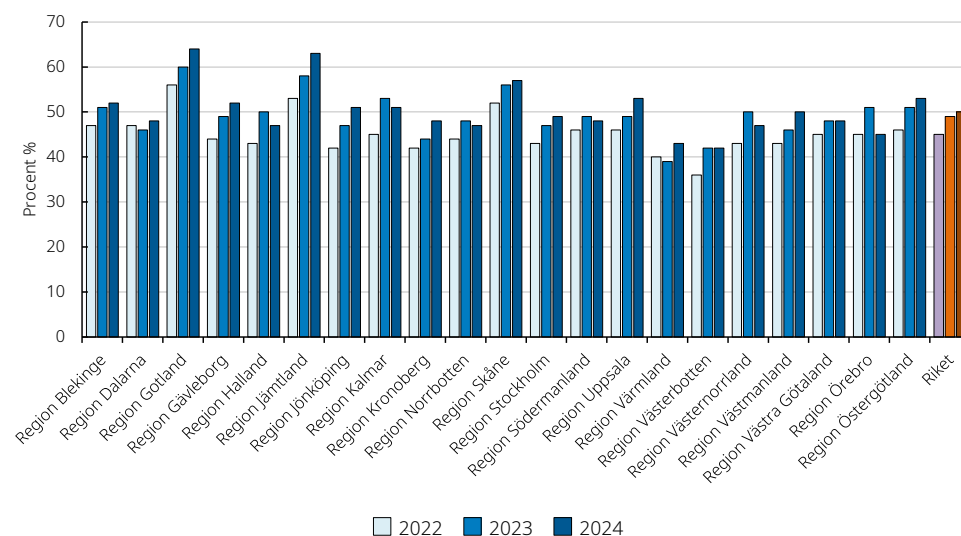
Den senaste ökningen kan indikera att tillgången till läkare inom säbo har förbättrats något, även om nivån fortfarande är betydligt lägre än 2013 års nivå. Figuren 2 ger en fördjupad bild av denna utveckling genom att belysa skillnader mellan regionerna.

År 2024 rapporterar Region Gotland och Region Jämtland de högsta andelarna äldre i säbo som anser att det är lätt att få träffa en läkare, med 64 respektive 63 procent. Samtidigt uppvisar regioner som Västerbotten och Värmland en lägre andel, 42 respektive 43 procent.

Även om den nationella trenden pekar mot en förbättring, fortsätter de regionala skillnaderna att vara påtagliga. Vissa regioner har sett en tydlig ökning i andelen äldre som upplever god tillgång till läkare, medan andra fortfarande ligger kvar på en relativt låg nivå. (Läs mer i avsnittet *Personalen inom vård och omsorg för äldre.*)

Figur 2. Regionjämförelse i möjligheten att träffa läkare vid behov för personer 65 år och äldre i särskilda boenden för äldre

Andel (%) personer 65 år och äldre i särskilda boenden för äldre som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare. Regionjämförelse, period 2013-2024.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

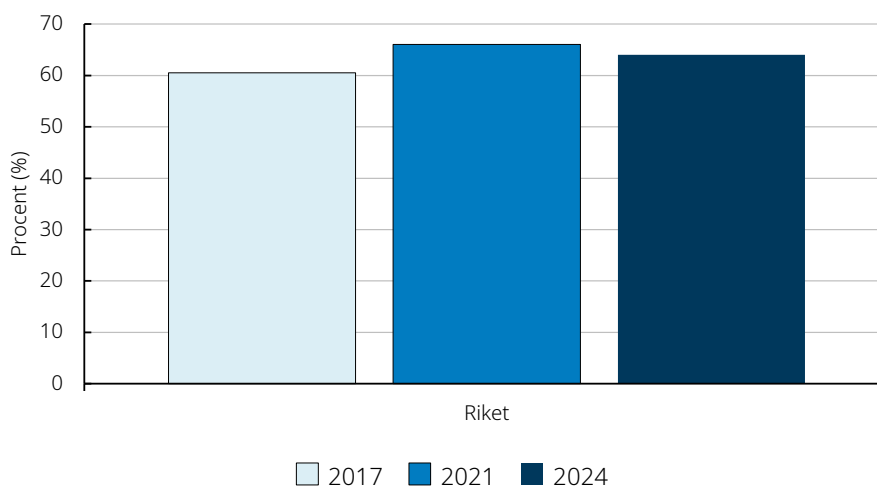
Två tredjedelar av de äldre har en fast läkarkontakt

Figur 3 visar andelen personer 65 år och äldre som uppgett att de har en fast läkarkontakt som de vanligtvis går till om de behöver vård. Önskvärd riktning för indikatorn är höga värden. Frågan ställdes både 2017, 2021 och 2024. Under denna period ökade andelen som svarade ja från cirka 61 procent år 2017 till 66 procent år 2021. År 2024 minskade andelen något och uppgår nu till cirka 63 procent.

Den fasta läkarkontakten behöver inte nödvändigtvis vara inom primärvården, utan kan även omfatta specialistvård eller annan vårdgivare som personen har en återkommande kontakt med för sin medicinska vård.

Figur 3. Fast läkarkontakt för personer 65 år eller äldre

Andel (%) personer 65 år eller äldre som svarar positivt på frågan: "Har du någon fast eller särskild läkarkontakt du går till för medicinsk vård?"*



Källa: *International Health Policy Survey 2024 (IHP) till personer 65 år eller äldre till personer 65 år eller äldre*, Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

* Två svarsalternativ har slagits ihop: 1. Ja och 2. Ja, men jag har fler än en ordinarie läkare.

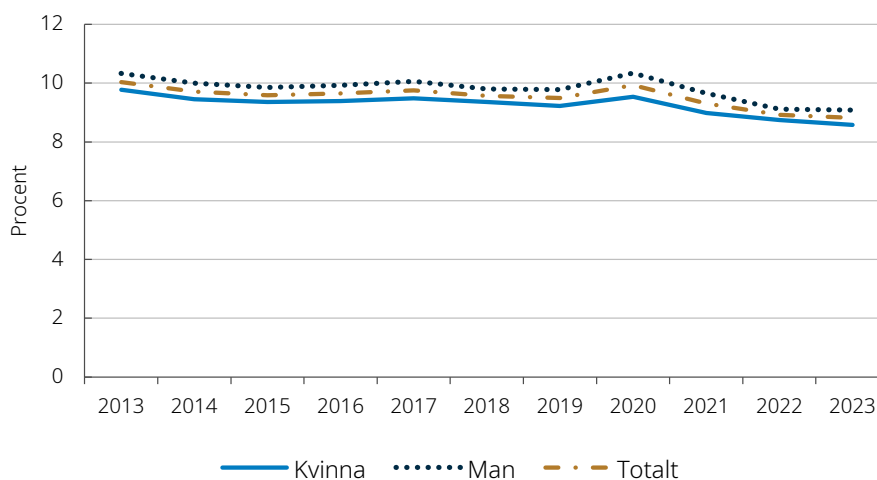
Antalet oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat något

År 2013 var andelen återinskrivningar cirka 10 procent, medan den hade sjunkit till 8,8 procent år 2023 (figur 4). Önskvärd riktning för indikatorn är låga värden. Män återinskrivs oftare än kvinnor, en skillnad som har varit stabil sedan 2013. År 2023 var andelen 9,1 procent för män och 8,6 procent för kvinnor.

Under pandemin ökade andelen återinskrivningar till 9,9 procent år 2020, sannolikt till följd av ökad belastning på vården. Därefter syns en tydligt nedåtgående trend.

Figur 4. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Andel (%) oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för personer 65 år och äldre, uppdelat på kön och perioden 2013-2023, riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

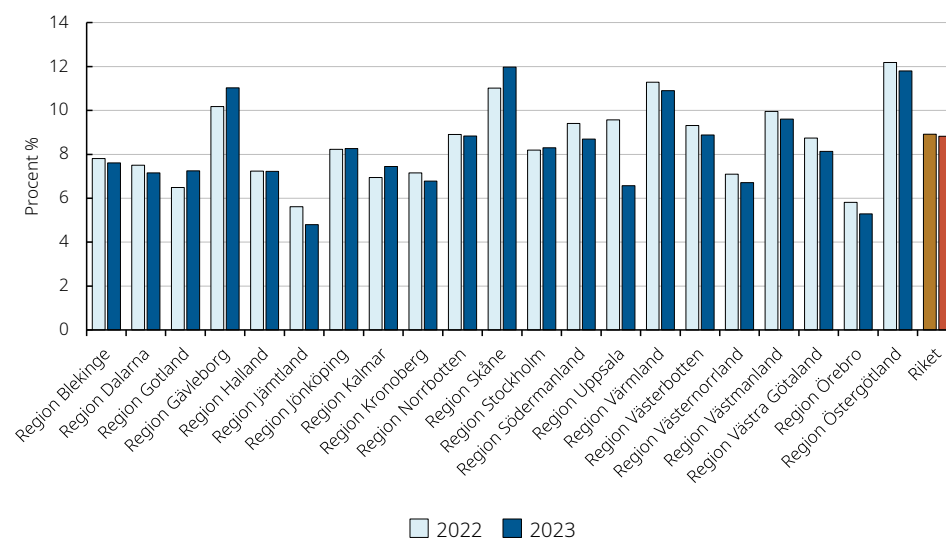
Den regionala variationen i oplanerade återinskrivningar bland äldre framgår tydligt i figur 5. På riksnivå låg andelen på 8,9 procent år 2022. Högst andel oplanerade återinskrivningar 2023 rapporterades i Region Skåne (12,0 procent), Region Östergötland (11,8 procent) och Region Gävleborg (11,0 procent). Medan Region Jämtland (4,8 procent), Region Örebro (5,3 procent) och Region Gotland (7,3 procent) hade de lägsta andelarna oplanerade återinskrivningar bland äldre.

Mellan 2022 och 2023 ökade andelen återinskrivningar i flera regioner, exempelvis Gävleborg, Gotland och Kalmar, medan de minskade i regioner som Uppsala, Södermanland och Västmanland.

Den långsiktiga trenden visar en generell minskning av oplanerade återinskrivningar bland äldre sedan 2013, trots tillfälliga ökning, särskilt under pandemin.

Figur 5. Regionjämförelse i oplanerade återinskrivningar bland äldre

Andel (%) oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för personer 65 år och äldre. Regionjämförelse.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Högre återinskrivningsfrekvenser rapporterade när journaler granskades

Sedan 2018 registreras oplanerade återinskrivningar även i Markörbaserad journalgranskning (MJG) [2]. Granskningen visar högre återinskrivningsfrekvenser i sjukhusvård oberoende av diagnos jämfört med de som redovisas i figur 4, för utvalda diagnoser².

Önskvärd riktning för indikatorn är låga värden. När alla diagnosområden ingick skedde år 2023 en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter avslutad slutenvård i 15,6 procent av de granskade vårdtillfällena.

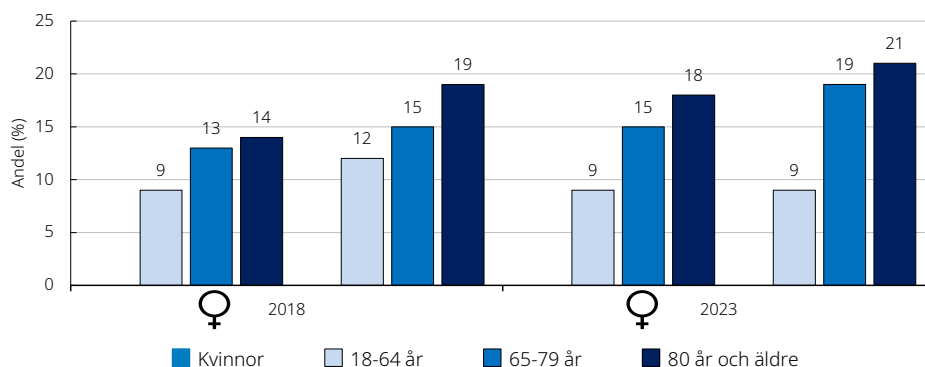
Andelen män som återinskrivits har under perioden 2018–2023 varit signifikant högre än andelen kvinnor (figur 6). I gruppen män 80 år och äldre återinskrivs 19 procent inom 30 dagar år 2018, en andel som ökade till 21 procent år 2023. För kvinnor i samma åldersgrupp var återinskrivningsprocenten knappt 20 procent lägre än för män både 2018 och 2023.

² Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom efterföljande öppenvårds- och hemsjukvårdsinsatser. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre, <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/indikatorer/indikatorbibliotek/oplanerade-aterinskrivningar-bland-aldre/>

Det finns även en tydlig koppling mellan återinskrivningar och skador.³ Bland de patienter som återinskrivs hade 21 procent minst en skada och 11 procent minst en vårdskada. Bland de patienter som inte återinskrivs var motsvarande andelar 9 procent respektive 5 procent.

Figur 6. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar registrerade i arbetet med markörbaserad journalgranskning

Andel (%) oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar registrerade i arbetet med markörbaserad journalgranskning (MJG), uppdelat på kön och period 2018-2023, riket.



Källa: Markörbaserad journalgranskning, Sveriges kommuner och regioner.

Färre äldre med hemsjukvård i ordinärt boende har läkemedel som bör undvikas

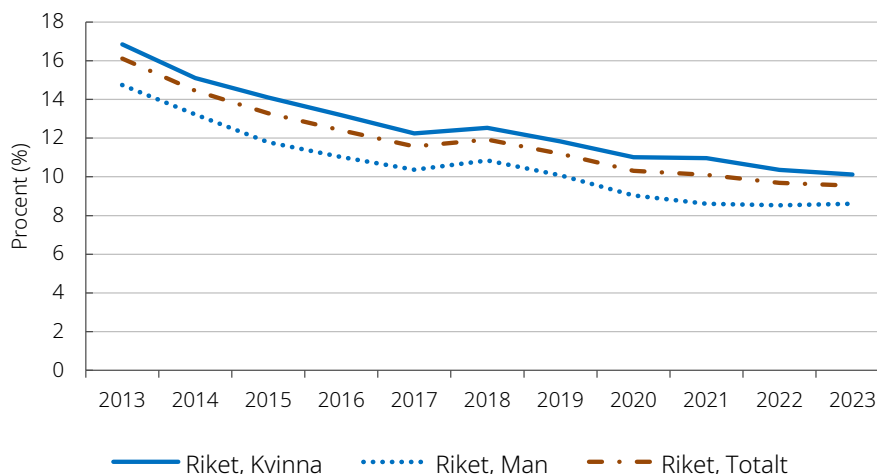
Vissa läkemedel bör undvikas av äldre om inte särskilda skäl föreligger. Önskvärd riktning för indikatorn är låga värden. I figur 7 redovisas andelen personer 75 år och äldre som har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende och som har minst ett sådant läkemedel. Andelen har minskat från 16 procent år 2013 till knappt 10 procent år 2023. En tydlig nedgång skedde mellan 2013 och 2017, när den totala andelen minskade från 16 procent till knappt 12 procent. Efter 2017 fortsatte minskningen, men i något långsammare takt.

Andelen kvinnor med läkemedel som inte bör skrivas ut till äldre har varit högre än andelen män under hela perioden, med en genomsnittlig skillnad på cirka 2 procentenheter.

³ Skador är alla skador och vårdskador är de skador som bedömts som undvikbara. Se Patientsäkerhetslagen: 1 kap 5 §: Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Figur 7. Äldre med läkemedel som bör undvikas, hemsjukvård i ordinärt boende

Andel (%) äldre med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende period 2013-2023.



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

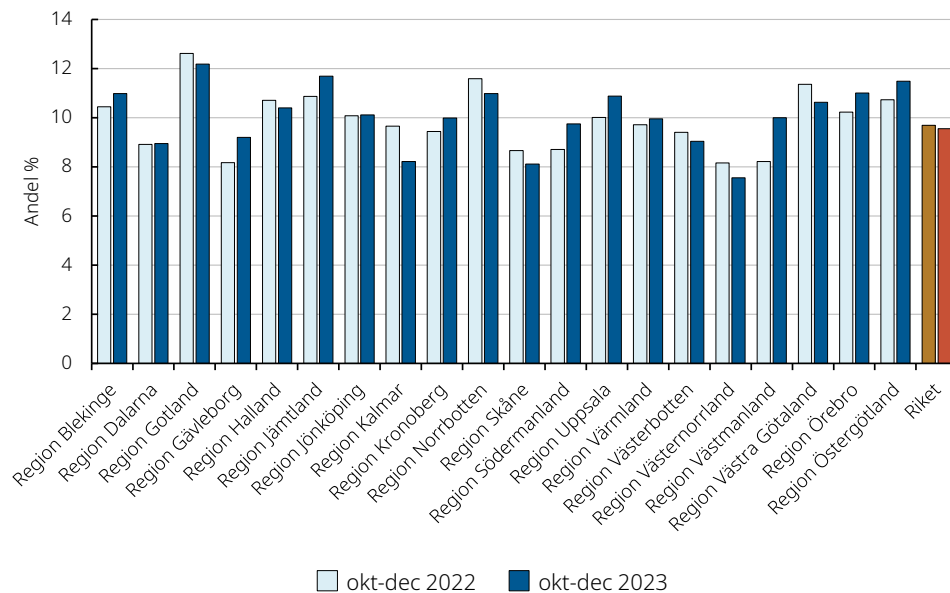
I figur 8 framgår den regionala variationen i användningen av läkemedel som inte bör skrivas ut till äldre. På riksnivå var andelen personer 75 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende som hade minst ett sådant läkemedel 9,7 procent under fjärde kvartalet 2022. Under samma period 2023 minskade andelen något, till 9,6 procent.

Skillnaderna mellan regionerna är dock stora. Högst andelar rapporterades i Region Gotland (12,2 procent), Region Östergötland (11,5 procent) och Region Jämtland (11,7 procent) år 2023. De lägsta andelarna rapporterades i Region Skåne (8,1 procent), Region Kalmar (8,2 procent) och Region Västernorrland (7,6 procent).

Mellan 2022 och 2023 ökade andelen äldre med dessa läkemedel i vissa regioner, bland annat Blekinge, Gävleborg och Södermanland. Andra regioner, som Kalmar, Skåne och Västerbotten, såg en minskning. Dessa variationer kan spegla skillnader i förskrivningspraxis, implementering av läkemedelsgenomgångar och riktade insatser för en mer anpassad läkemedelsanvändning för äldre. (Läs mer i avsnitten *Utvecklingen av äldres läkemedelsanvändning* och *Tio eller fler läkemedel minskade inom äldreomsorgen 2024*.)

Figur 8. Regionjämförelse av äldre med olämpliga läkemedel inom hemsjukvård i ordinärt boende

Andel (%) äldre med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Regionjämförelse, period 2022-2023.



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

Hur är äldreomsorgens krisberedskap och civilt försvar i Sverige?

Kriser och olyckor är oundvikliga och påverkar särskilt äldreomsorgen. Exempelvis har strömavbrott och störningar i mobilnätet vid flera tillfällen lett till allvarliga konsekvenser för kommunernas möjligheter att genomföra hemtjänstinsatser och upprätthålla funktionaliteten i välfärdsteknik, såsom trygghetslarm.

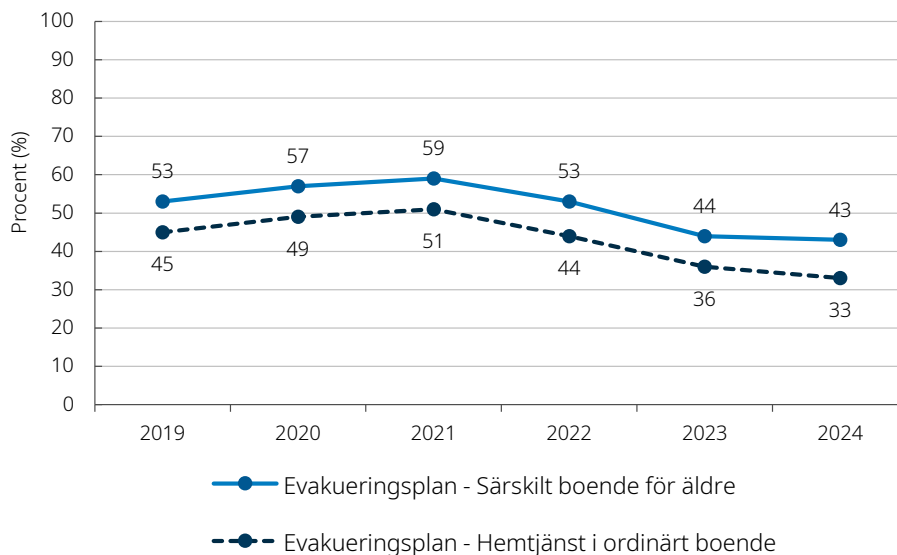
Äldre utgör en av de mest utsatta grupperna vid kriser eller krig. Många äldre är beroende av omsorgstjänster, läkemedel, hjälpmedel och livsmedel. I händelse av kris eller krig ska äldreomsorgen kunna fortsätta bedriva sin verksamhet. Det innebär att äldre som till exempel är i behov av hemtjänst eller särskilt boende för äldre (säbo) måste få stöd även under pågående störningar.

Ett sätt för kommunerna att förbereda sig inför kriser och allvarliga händelser är att göra kontinuitetsplaner. Dessa planer ska innehålla förutsättningar för att behålla god kvalitet inom en verksamhet oavsett vilken störning den utsätts för. Precis som tidigare år uppger många kommuner i *Öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2024* att arbetet med att ta fram, utveckla eller uppdatera kontinuitetsplaner pågår [3]. Trots detta är andelen kommuner som har en aktuell kontinuitetsplan fortfarande låg. År 2024 uppgav 23 procent av kommunerna att de hade en kontinuitetsplan i sina egna verksamheter som innehåller reservrutin, återställningsrutin, återgångsrutin och nödvändiga kontaktuppgifter för hemtjänsten och säbo.

Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattenstörningar kan också leda till att personer i olika boendeformer behöver evakueras. För hemtjänsten hade 33 procent av kommunerna en evakueringsplan beslutad på ledningsnivå, och för säbo hade 43 procent det (figur 9) [3].

Figur 9. Andel kommuner med evakueringsplan för särskilt boende för äldre och hemtjänst, 2019–2024

Andelen (%) kommuner som har en evakueringsplan i sina egna verksamheter för särskilt boende för äldre och för hemtjänst i ordinärt boende för personer 65 år och äldre.



Källa: *Öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2024*. Socialstyrelsen.

Oavsett om verksamheten bedrivs i kommunal eller enskild regi är det ansvarig nämnd som ska försäkra sig om att verksamheten uppfyller kravet i socialtjänstlagen på god kvalitet. Det innebär också att säkerställa att krisberedskap finns i de vård- och omsorgsverksamheter som upphandlas eller tillhandahålls via ett valfrihetssystem. För privata verksamheter kan kommunerna inkludera krav på krisberedskap vid upphandling. Knappt hälften av kommunerna uppger att de har inkluderat krav på krisberedskap vid upphandling av hemtjänst och säbo. För säbo finns skillnader mellan stora och små kommuner. Bland kommuner med 70 000 invånare eller fler är det nästan tre fjärdedelar som har inkluderat krav på krisberedskap vid upphandling av säbo. Det kan jämföras med en fjärdedel av kommunerna med färre än 30 000 invånare [3].

Hur möter omsorgen de äldres behov?

Sammanfattande iakttagelser

Nöjdheten har varit relativt stabil de senaste tre åren. År 2024 var 79 procent av de äldre nöjda med särskilt boende för äldre (säbo) och 85 procent var nöjda med hemtjänsten.

Färre äldre får hemtjänst och särskilt boende för äldre. Andelen personer över 80 år med hemtjänst har minskat från 21,3 procent (2014) till 17,5 procent (2024). Andelen i säbo har sjunkit från 13,1 procent till 10,4 procent under samma period.

Kvinnor får oftare äldreomsorg än män. År 2024 hade 20 procent av kvinnorna hemtjänst jämfört med 14,1 procent av männen. 12,6 procent av kvinnorna bodde i säbo, jämfört med 7,5 procent av männen.

Dagverksamhet och korttidsboende har minskat. Andelen äldre över 80 år i dagverksamhet minskade från 1,4 procent (2014) till 1,0 procent (2020–2021) men ökade därefter till 1,2 procent (2023–2024). Andelen äldre på korttidsboende minskade från 1,3 procent (2014) till 0,8 procent (2024).

Väntetiden till särskilt boende för äldre är fortsatt lång. År 2024 var den genomsnittliga väntetiden 63 dagar. Kvinnor väntade i genomsnitt 66 dagar, medan män väntade 57 dagar.

Personalkontinuiteten i hemtjänsten är låg. En hemtjänsttagare med minst två besök per dag mötte i genomsnitt 16 olika personal under en 14-dagarsperiod år 2024. Utvecklingen har stabiliserats under de senaste åren, men det finns fortfarande betydande skillnader mellan kommunerna i fråga om personalkontinuitet.

Fler hemtjänsttagare behöver en fast omsorgskontakt. År 2024 hade 74 procent av de äldre över 65 år erbjudits en fast omsorgskontakt.

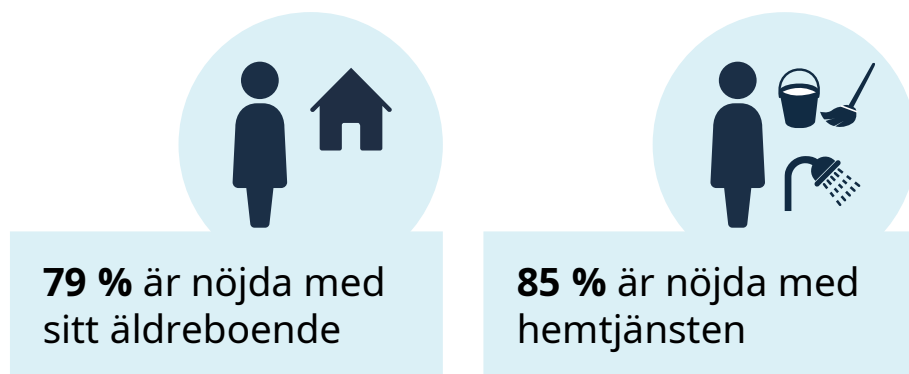
För att få till en god kontinuitet är det viktigt att den fasta omsorgskontakten inte ansvarar för alltför många hemtjänsttagare. När en fast omsorgskontakt ansvarar för högst tre hemtjänsttagare uppger 67 procent av de äldre att de träffar sin omsorgskontakt ofta eller ibland. När omsorgskontakten ansvarar för fler än sju hemtjänsttagare sjunker andelen till 60 procent.

Socialstyrelsens analys av drygt 77 000 efterlevande under 2016–2023 visar att 28 procent fick hemtjänst i form av service eller personlig omvårdnad efter sin partners bortgång, trots att de inte tidigare haft några hemtjänstinsatser.

Ekonomiska förutsättningar verkar påverka möjligheten att få hemtjänstinsatser i form av service och personlig omvårdnad, särskilt utifrån socioekonomiska skillnader i olika områden. I områdestyp 1, där de socioekonomiska utmaningarna är störst, var andelen som fick hemtjänstinsatser i form av service högst, särskilt bland män där 10 procent fick insatser jämfört med 6 procent för kvinnor.

Många är nöjda med hemtjänst och säbo, men det finns utmaningar

Generellt är många personer 65 år och äldre nöjda med hemtjänsten eller särskilt boende för äldre hög i Sverige, och nöjdhetsnivån har varit relativt stabil de senaste tre åren. År 2022 var 77 procent av de äldre nöjda med sitt särskilda boende för äldre, en siffra som ökade till 78 procent 2023 och 79 procent 2024 [1]. Bland personer med hemtjänst i ordinärt boende har nöjdheten också varit fortsatt hög och jämn, med 86 procent nöjda både 2022 och 2023 samt 85 procent år 2024.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, 2024.

Samtidigt finns det vissa brister inom äldreomsorgen, vilket bland annat har framkommit i IVO:s tillsyn [4, 5] och Institutet för mänskliga rättigheters rapport "*Hemma är någon annanstans*" [6]. Äldre personer som flyttar till särskilt boende för äldre upplever ofta en stor förändring och en känsla av förlust av sitt tidigare liv, och det tar tid att anpassa sig.

Rapporten "*Hemma är någon annanstans*" visar att det finns engagerad och kunnig personal, men identifierar också tydliga brister [6]. Ålderism gör att

äldres behov av delaktighet och självbestämmande ofta förbises. Dessutom är kunskapen om mänskliga rättigheter låg hos personalen. Eftersom lagstiftningen och dess praktiska tillämpning har svag koppling till de mänskliga rättigheterna, är det svårt att kräva ansvar när rättigheter inte tillgodoses. Äldre har begränsade möjligheter att påverka sin omsorg och anpassar ofta sina behov efter personalens arbetsbelastning.

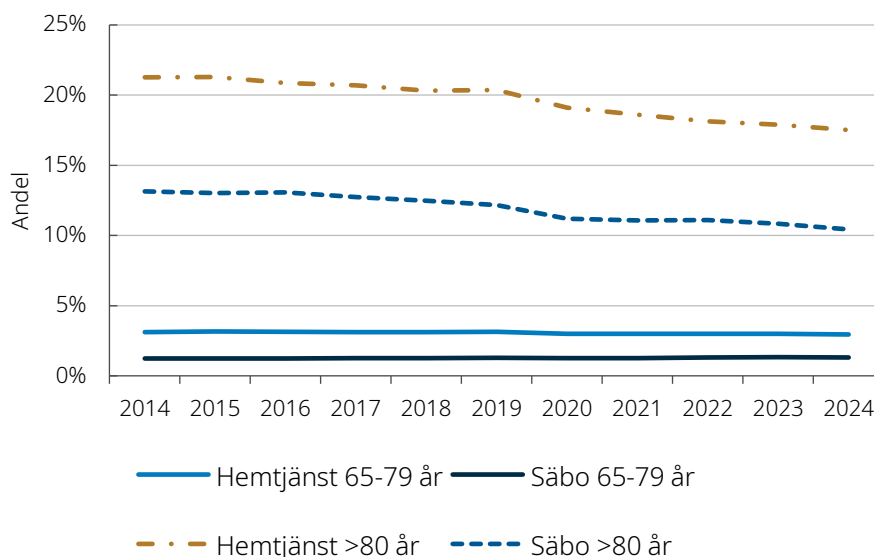
Andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst eller säbo minskar

I oktober 2024 bodde 84 300 personer som fyllt 65 år på särskilt boende för äldre, medan 7 300 hade en korttidsplats, 11 300 hade dagverksamhet och 153 400 hade hemtjänst.

Figur 10 visar andelen personer i åldersgrupperna 65–79 år samt 80 år och äldre som har haft hemtjänst eller bott på särskilt boende för äldre under perioden 2014–2024. Andelen personer i åldersgruppen 65–79 år med hemtjänst har varierat något, med en topp på 3,2 procent år 2015, för att sedan stabiliseras på 3,0 procent från 2020 och framåt. Andelen på säbo har varit mer konstant och legat mellan 1,2 och 1,3 procent under hela perioden.

Figur 10. Utveckling av olika hemtjänstinsatser och särskilt boende för äldre enligt socialtjänstlagen för personer 65 år och äldre

Andel (%) personer 65-79 år och 80 år och äldre som hade hemtjänstinsatser eller bodde på särskilt boende för äldre (säbo) enligt socialtjänstlagen, oktober 2014–2024. I bilaga 3 redovisas antal personer och andelar redovisade per kön.



* Som mottagaren av hemtjänst räknas antal personer i ordinärt boende med ett hemtjänstbeslut som består av personlig omvårdnad eller service, samt de som har hemtjänstbeslut med ospecificerat innehåll.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, januari 2024.

Bland de allra äldst personer 80 år och äldre har det däremot skett en tydligare minskning både vad gäller hemtjänst och säbo. Andelen äldre med hemtjänst har sjunkit från 21,3 procent 2014 och 2015 till 17,5 procent år 2024. Nedgången är särskilt märkbar från 2020. Även andelen äldre på säbo har minskat, från 13,1 procent i början av perioden till 10,4 procent 2024, med en tydlig nedgång mellan 2019 och 2020. Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att en del av denna minskning kan förklaras av pandemins effekter [7, 8].

Könsskillnaderna är tydliga – kvinnor i både åldersgruppen 65–79 år och 80 år och äldre får oftare hemtjänst och bor oftare på säbo jämfört med män (bilaga 3, tabell 20). I gruppen 80 år och äldre är skillnaderna särskilt tydliga – år 2024 hade 20 procent av kvinnorna hemtjänst jämfört med 14,1 procent av männen, och 12,6 procent av kvinnorna bodde på säbo jämfört med 7,5 procent av männen.

Det finns tydliga regionala skillnader i hemtjänst och säbo för personer över 80 år. Alla regioner har en nedgång i antalet personer som får hemtjänst, men takten varierar. Minskningen är mer påtaglig i storstadsregioner som Stockholm, medan mindre regioner, som Norrbotten hade en mer stabil utveckling fram till 2020 innan även de började minska. Även i säbo syns regionala skillnader. Antalet äldre i säbo har minskat i alla regioner, men utvecklingen skiljer sig åt. Till exempel har Stockholm och Västra Götaland haft en stadig nedgång, medan Gotland och Örebro har haft mer varierande trender över tid (data visas inte).

Den stabila andelen kommunala insatser i åldersgruppen 65–79 år tyder på att vård- och omsorgsbehoven i denna grupp inte har förändrats nämnvärt under perioden. Däremot kan minskningen av insatser för personer 80 år och äldre bero på flera faktorer, såsom förbättrad hälsa och längre självständighet, ökad användning av alternativa lösningar inklusive privata tjänster samt eventuella resursbegränsningar inom kommunal äldreomsorg.

Färre äldre tar del av dagverksamhet och korttidsboende

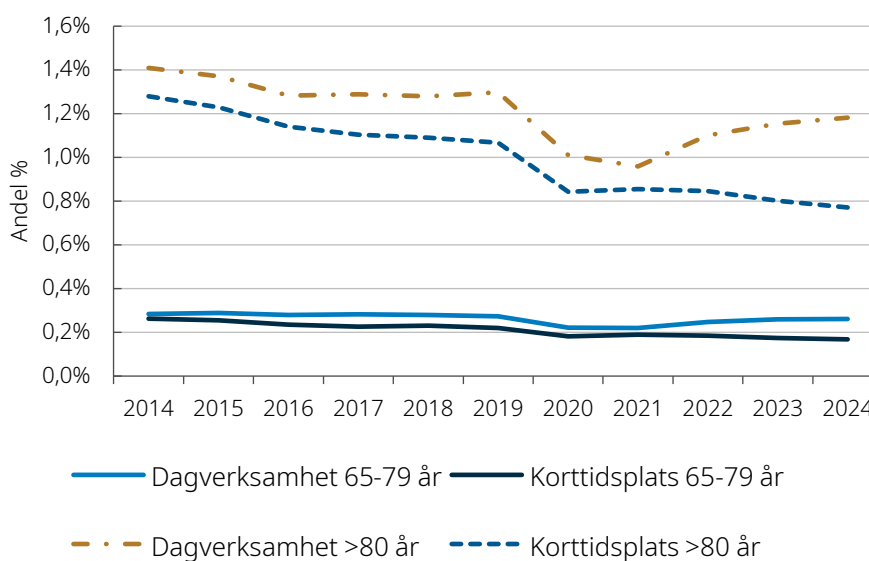
I figur 11 presenteras utvecklingen av dagverksamhet och korttidsboende för personer 65–79 år och 80 år och äldre under perioden 2014–2024. Andelen personer i åldersgruppen 65–79 år som deltagit i dagverksamhet har varit stabil. Den låg på 0,3 procent under större delen av perioden, med en kort nedgång till 0,2 procent under åren 2020–2022, och återgick sedan till 0,3 procent 2023 och 2024. Andelen personer i samma åldersgrupp som haft en korttidsplats har varit något lägre, mellan 0,2 och 0,3 procent, med en stabilisering på 0,2 procent från 2016 och framåt.

I gruppen 80 år och äldre har andelen personer i dagverksamhet minskat något över tid (figur 11). År 2014 deltog 1,4 procent i dagverksamhet, men andelen sjönk gradvis och nådde 1,0 procent 2020 och 2021. Därefter har den ökat något igen, till 1,2 procent 2023 och 2024. Användningen av korttidsplats har minskat tydligare i denna åldersgrupp. År 2014 hade 1,3 procent av de äldre över 80 år en korttidsplats, men från 2020 och framåt har den stabiliserats på 0,8 procent. En del av minskningen under 2020 och 2021 kan kopplas till pandemin, då tillgången till dagverksamhet och korttidsboende var begränsad på grund av smittskyddsåtgärder [7, 8].

Det finns tydliga könsskillnader i både dagverksamhet och korttidsboende, särskilt i åldersgruppen 80 år och äldre (bilaga 3, tabell 21). Generellt sett har en högre andel kvinnor än män deltagit i dagverksamhet, även om skillnaden har minskat över tid.

Figur 11. Utveckling av dagverksamheten och korttidsboende enligt socialtjänstlagen för personer 65 år och äldre

Andel (%) personer 65-79 år och 80 år och äldre som hade dagverksamhet eller korttidsboende enligt socialtjänstlagen, oktober 2014–2024, avser riket. I bilaga 3 redovisas antal personer och andelar per kön.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, januari 2024.

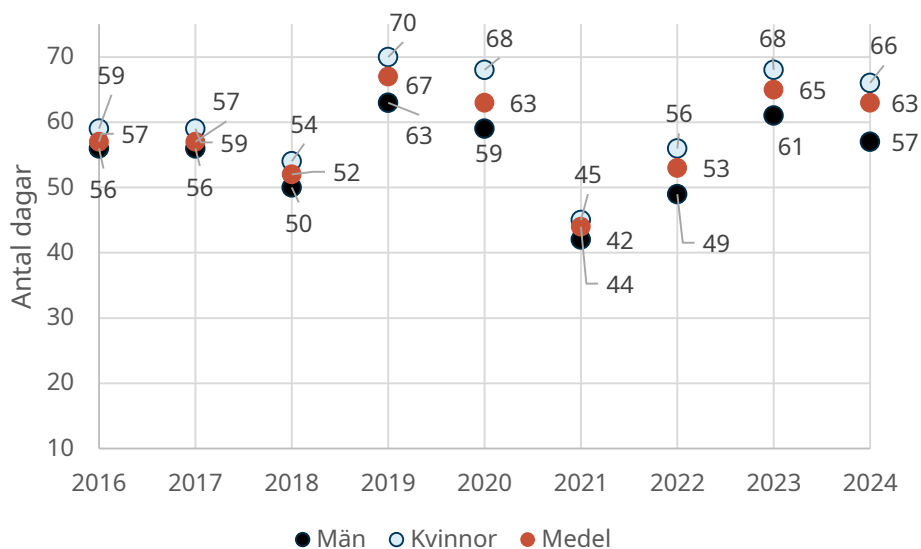
Kortare väntetid till säbo, men många väntar fortfarande länge

Väntetiden till säbo har ökat från 57 dagar år 2016 till 63 dagar år 2024, vilket kan tyda på att tillgängligheten till säbo inte har hållit jämna steg med behoven hos den äldre befolkningen (figur 12). Jämfört med 2023 är väntetiden 2 dagar kortare. Det finns dock en stor spridning mellan kommunerna. Den marginella minskningen på 2 dagar jämfört med 2023 är positiv, men skillnaden är som sagt liten. År 2024 var den genomsnittliga

väntetiden för kvinnor 66 dagar, medan män i genomsnitt väntade 9 dagar kortare, 57 dagar.

Figur 12. Genomsnittlig 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 för äldre, medelvärde. Riket, kvinnor och män, år 2016–2024.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2025-01-19.

År 2024 uppgick andelen personer 65 år och äldre som väntade längre än 90 dagar på ett första erbjudande om särskilt boende för äldre till 26 procent för kvinnor och 21 procent för män [9]. Dessa siffror belyser könsskillnader i väntetider, där kvinnor tenderar att få vänta något längre än män.

Bristen på särskilda boenden för äldre är fortsatt stor

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2024 bedömer 112 kommuner att de har ett underskott på säbo. Det ligger i linje med utvecklingen de senaste tio åren, förutom under pandemiåren 2020–2021 då färre personer sökte plats på boenden [10]. Antalet kommuner som bedömer att utbudet av särskilda boendeformer är i balans har ökat något – 148 kommuner uppger balans jämfört med 140 föregående år.

Behovet av särskilda boendeformer förväntas öka i takt med att antalet äldre, särskilt personer över 80 år, ökar i hela landet. Kommunerna ser dock svårigheter med att möta detta behov. Endast 55 procent av kommunerna bedömer att behovet kommer att vara täckt om två år. År 2023 var det 60 procent av kommunerna som bedömde att behovet skulle vara täckt inom två år, och 2022 var samma siffra 65 procent. På frågan om kommunerna bedömer att behovet kommer vara täckt inom fem år svarar endast 39

procent av kommunerna ja i 2024 års enkät. Det är en minskning med 5 procentenheter från föregående år. Kommunerna anger flera orsaker till att behovet kommer bli svårt att täcka. Bland annat anses nuvarande lokaler inte räckra för att täcka framtida behov, och bostadsbyggandet anges inte hålla jämna steg med det ökande antalet äldre. Kommunerna rapporterar särskilt stora utmaningar när det gäller boenden för personer med demenssjukdom [10].

För att hantera underskottet använder kommunerna olika strategier. Några förlänger vistelsetiden på korttidsboenden, erbjuder fler personer korttidsplatser eller ökar hemtjänstinsatser i hemmet. Andra samarbetar med privata aktörer för att köpa platser och på så sätt minska underskottet [10].

Bara en liten andel av kommunerna har inrättat biståndsbedömt trygghetsboende

Sedan 2019 har kommunerna möjlighet att införa biståndsbedömda trygghetsboenden, en boendeform som kan beviljas efter individuell behovsbedömning. Denna boendeform är avsedd för personer som inte längre klarar av att bo kvar hemma, men som inte har behov av heldygnsvård. Till skillnad från i särskilt boende ingår inte mat, service, omvårdnad eller sjukvård. Hemtjänst och hemsjukvård täcker de boendes behov av service och omsorg. Enligt lagstiftningen krävs inte personal dygnet runt, men viss personal ska finnas tillgänglig under vissa tider [10].

År 2024 uppger 31 kommuner att de har inrättat biståndsbedömda trygghetsboenden [10]. Bland de 248 kommuner som ännu inte infört boendeformen uppger 41 att det finns ett behov, medan 141 bedömer att något behov inte finns. 26 kommuner uppger att de planerar att inrätta eller bygga mer av boendeformen inom de närmaste tre åren.

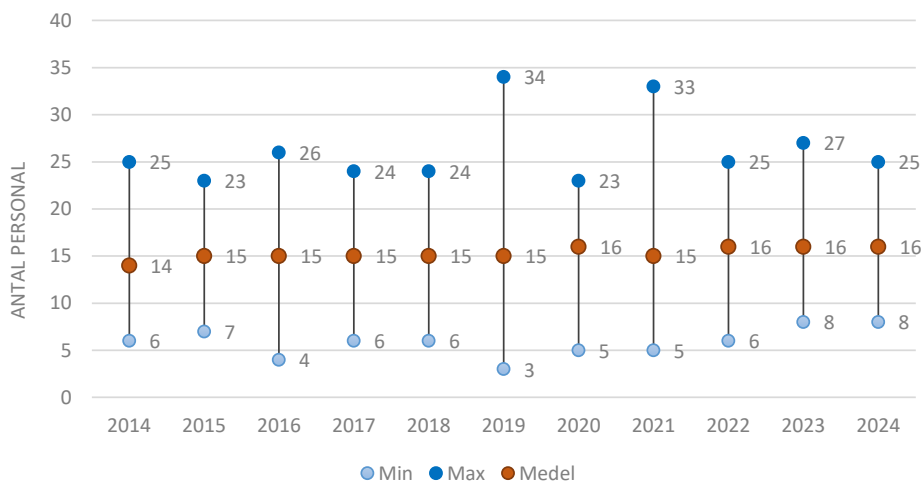
Äldre möter 16 olika personer i hemtjänsten på två veckor

Många äldre bor kvar hemma trots stora vård- och omsorgsbehov med insatser från både socialtjänstens omsorg och olika professioner inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att dessa personer möter personal från olika yrkesgrupper, verksamheter och aktörer i sin vardag, vilket ställer krav på en fungerande samverkan och samordning.

År 2024 mötte en hemtjänsttagare som är 65 år eller äldre och som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag (måndag–söndag) i genomsnitt 16 olika personer i hemtjänsten under en fjortondagarsperiod (figur 13). Utvecklingen har stabiliserats under de senaste åren, men det finns fortfarande betydande variationer i personalkontinuitet mellan kommunerna.

Figur 13. Personalkontinuitet för personer 65 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst

Genomsnittlig personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar, medelvärde. Riket, under perioden 2014–2024.*



* Trygghetslarm och matleveranser räknas ej. Mätningen avser tiden 07.00- 22.00.

Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada 2025-01-22.

Fler hemtjänsttagare behöver erbjudas en fast omsorgskontakt

Funktionen fast omsorgskontakt är sedan den 1 juli 2022 reglerad i socialtjänstlagen, SoL. Den som har hemtjänst ska enligt socialtjänstlagen erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt.

Socialstyrelsen publicerade nyligen rapporten *Har hemtjänsttagarna fasta omsorgskontakter? En uppföljning av reformen fast omsorgskontakt i hemtjänsten*. Denna visar att många hemtjänsttagare erbjuds en fast omsorgskontakt och att många tackar ja. Samtidigt behöver fler få detta erbjudande. År 2024 hade 74 procent av de äldre över 65 år erbjudits detta, men andelen behöver öka för att reformen ska få tillräckligt bra genomslag.

Hemtjänsttagare som ofta träffar sin fasta omsorgskontakt upplever i högre grad att de får trygg och individanpassad omsorg. De rapporterar även en högre kvalitet på hemtjänsten i allmänhet. Dock varierar tillgången till en fast omsorgskontakt kraftigt mellan olika hemtjänstutförare – mellan 0 och 71 procent av de äldre uppger att de ofta träffar sin omsorgskontakt.

Tre faktorer visar på behovet av bättre styrning och organisering:

- Det finns stora skillnader i resultat mellan kommuner och utförare.
- Reformen är fortfarande ny, vilket gör att fler anpassningar kan behövas.

- Få utförare har hittills ändrat sin organisation för att uppfylla reformens intentioner.

Även om många tackar ja till en fast omsorgskontakt är det många som inte känner till vad det innebär. För att fler ska kunna fatta medvetna beslut om att tacka ja eller nej behöver informationen förbättras.

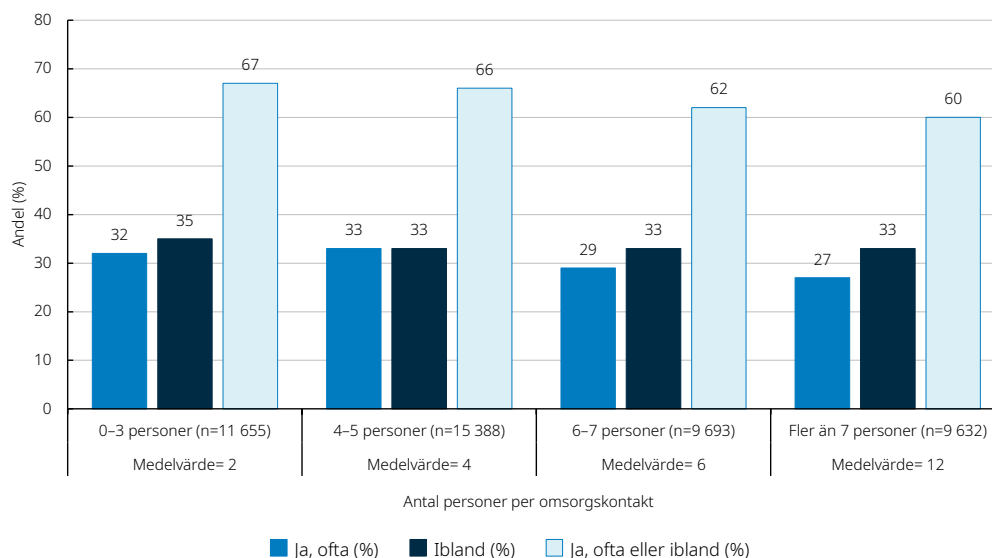
Färre äldre per omsorgskontakt kan stärka känslan av kontinuitet i hemtjänsten

I takt med att äldreomsorgen utvecklas är det avgörande att förstå hur de äldre själva upplever den vård och omsorg de får, samt hur verksamheternas arbetssätt påverkar dessa upplevelser. Socialstyrelsen enkätundersökningar, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* [1] och *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård* [11] erbjuder en unik möjlighet att analysera sambandet mellan äldre personers upplevelser och verksamheternas arbetssätt. Analysen bidrar till att belysa områden där äldreomsorgen kan stärkas för att ytterligare förbättra vård- och omsorgskvaliteten samt tryggheten för äldre personer.

I *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2024* finns en indikator som visar hur många äldre personer varje fast omsorgskontakt ansvarar för [11]. I *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2024* ställs en fråga om hur ofta de äldre träffar sin fasta omsorgskontakt [1]. Analysen av dessa två frågor visar ett samband mellan antalet äldre personer som den fasta omsorgskontakten har ansvar för och hur ofta de äldre har träffat sin fasta omsorgskontakt, figur 14. När en fast omsorgskontakt ansvarar för högst 3 personer, svarar 67 procent av de äldre att de träffar sin omsorgskontakt ofta eller ibland. När omsorgskontakten ansvarar för fler än 7 personer, minskar andelen till 60 procent. Denna skillnad pekar på att personalresurser kan påverka äldres kontakt med personalen och upplevelse av kontinuitet i hemtjänsten.

Figur 14. Andel äldre som ofta eller ibland träffar sin fasta omsorgskontakt i hemtjänsten, grupperat efter antal personer per omsorgskontakt

Andel (%) personer 65 år och äldre som svarat att de brukar träffa sin fasta omsorgskontakt i hemtjänsten ofta eller ibland, grupperat på indikatorn antal personer som en fast omsorgskontakt ansvarar för. Vardagar, hemtjänst, år 2024.



Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2024 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2024, Socialstyrelsen.

Hemtjänstens roll efter en partners bortgång

Drygt hälften av alla personer över 65 år bor tillsammans som par och delar hushåll. Inom dessa hushåll har män och kvinnor ofta olika ansvarsområden [12]. Det är exempelvis vanligare att kvinnor ansvarar för det vardagliga hushållsarbetet, medan män i högre utsträckning sköter underhållsarbetet i hemmet [13].

När den ena parten avlider kan detta leda till nya behov, exempelvis i form av stöd från socialtjänsten. För att undersöka om detta återspeglas i olika behov av socialtjänstinsatser under efterlevandeperioden har Socialstyrelsen genomfört en studie. I analysen följdes drygt 77 000 efterlevande, 23 903 män och 53 316 kvinnor, under 2016–2023⁴.

⁴ Personerna kunde bli efterlevande under något av åren 2016–2023. Detta utgjorde startpunkten för uppföljningen som sedan fortsatte till och med 31 december 2023 eller tills personen avled. Efterlevandeperioderna varierade därför från 1 till 8 år.

Hemtjänst i form av service och personlig omvårdnad

De vanligaste socialtjänstinsatserna i det egna hemmet (ordinärt boende) är hemtjänst i form av service och personlig omvårdnad (cirka 40 procent vardera). Service innebär till exempel hjälp med tvätt, städning och inköp, medan personlig omvårdnad handlar om att möta fysiska och psykosociala behov. Dessa insatser rapporteras till Socialtjänstregistret.

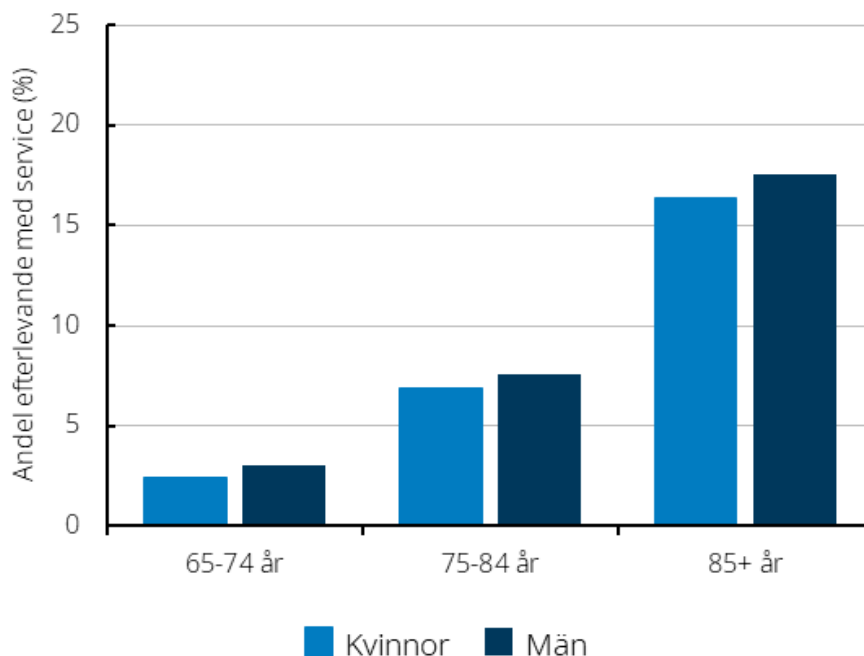
För att undersöka hur behov kan förändras efter en partners bortgång analyserades efterlevande som fick service eller omvårdnad för första gången. Dessa utgjorde drygt 28 procent av de efterlevande.

Hemtjänst under det första året som efterlevande

Under det första året efter en partners bortgång var ålder hos den efterlevande avgörande för vilken hemtjänstinsats som beviljades (figur 15 för service och 16 för omvårdnad). För hemtjänst i form av service fanns även en könsskillnad. Andelen män var något högre än andelen kvinnor, och denna skillnad fanns i alla åldersgrupper. För omvårdnad syntes inte samma könsskillnader. Däremot var andelen som fick insatsen högre bland kvinnorna än männen i åldersgruppen 85 år och äldre (figur 16).

Figur 15. Andelen efterlevande som fick service vid en viss ålder

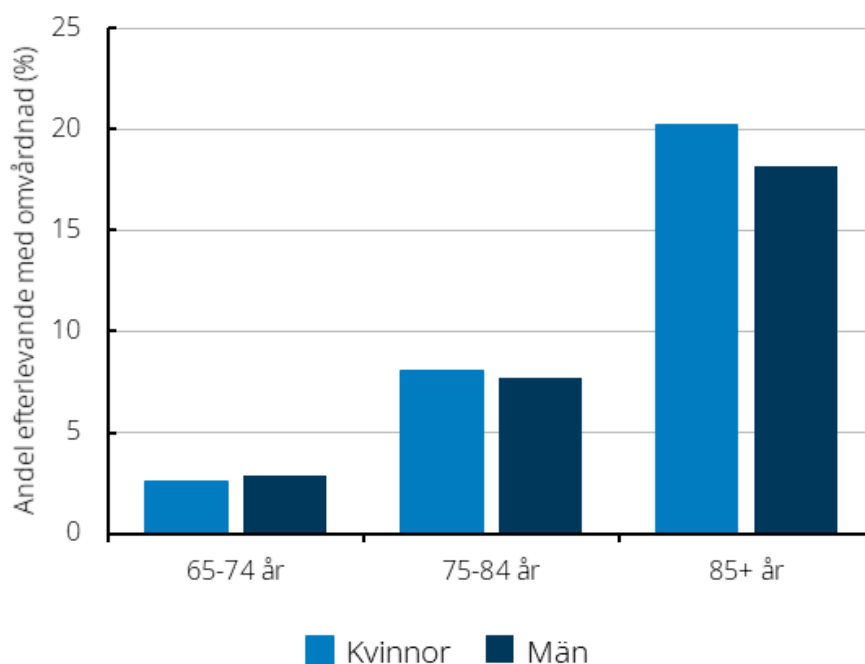
Andelen (%) män och kvinnor 65 år och äldre som fick hemtjänst i form av service under det första året som efterlevande.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

Figur 16. Andelen efterlevande som fick omvårdnad vid en viss ålder

Andelen (%) män och kvinnor 65 år och äldre som fick hemtjänst i form av personlig omvårdnad under det första året som efterlevande.



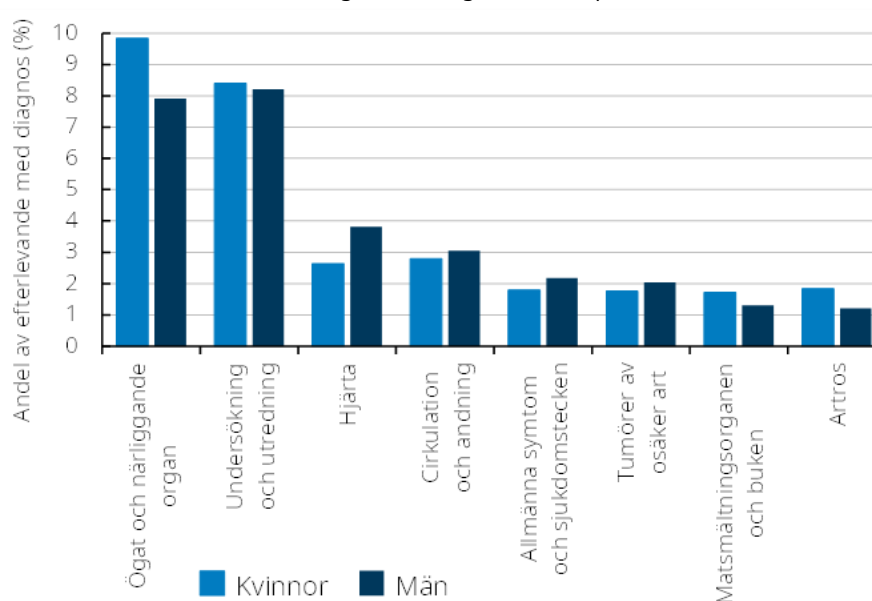
Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

Utöver ålder och kön kan även andra faktorer, som hälsotillstånd, påverka behovet av insatser. För att undersöka detta användes Patientregistret och Läkemedelsregistret, som innehåller diagnoser från specialistvården respektive uppgifter om läkemedelsuttag från apotek. Analysen av diagnoser och läkemedel avgränsades till det första efterlevandeåret.⁵ Den vanligaste orsaken till kontakt med specialistvården var ögonsjukdomar samt behov av vidare undersökning och utredning (figur 17 och bilaga 2). Figur 17 visar att könsskillnaderna var relativt små. 27 procent av kvinnorna och 22 procent av männen saknade diagnos. I övrigt var en diagnos per person vanligast både bland kvinnorna (25 procent) och männen (24 procent).

⁵ Om personen hade ytterligare ett vårdtillfälle i specialistvården men med en annan diagnos så räknades den också. Därför kan en person förekomma i mer än en av diagnosgrupperna. Alla vårdtillfällen i specialistvården från dag 1 till 365 dagar efter partnern avled bidrog med diagnoser. Om samma diagnos ställdes vid två olika tillfällen räknades bara ett. Läkemedelsuttag behandlades på motsvarande sätt.

Figur 17. Diagnoser bland efterlevande män och kvinnor

Andelen (%) personer 65 år och äldre som hade en (minst) diagnos i specialistvården under det första året som efterlevande. Diagnoserna utgör minst en procent för båda könen.

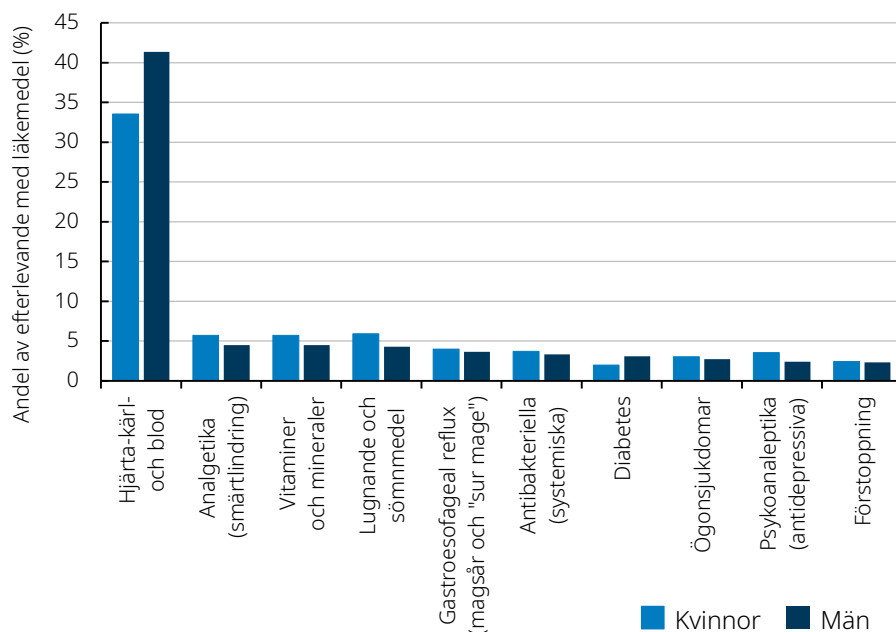


Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

Bland efterlevande som hämtade ut läkemedel på apotek var läkemedel mot hjärt- och kärlsjukdomar de vanligaste. Minst ett uttag inom denna läkemedelsgrupp gjordes av 41 procent av männen och 34 procent av kvinnorna. Därefter följde smärtlindrande läkemedel samt vitaminer och mineraler för bristsjukdomar, vilka hämtades ut av cirka 5 procent av både män och kvinnor (figur 18).

Figur 18. Läkemedel bland efterlevande män och kvinnor

Andelen (%) personer 65 år och äldre som hade uttag av läkemedel på apotek under det första året som efterlevande. Läkemedlen utgör de tio vanligaste av läkemedel som tas ut på apotek.

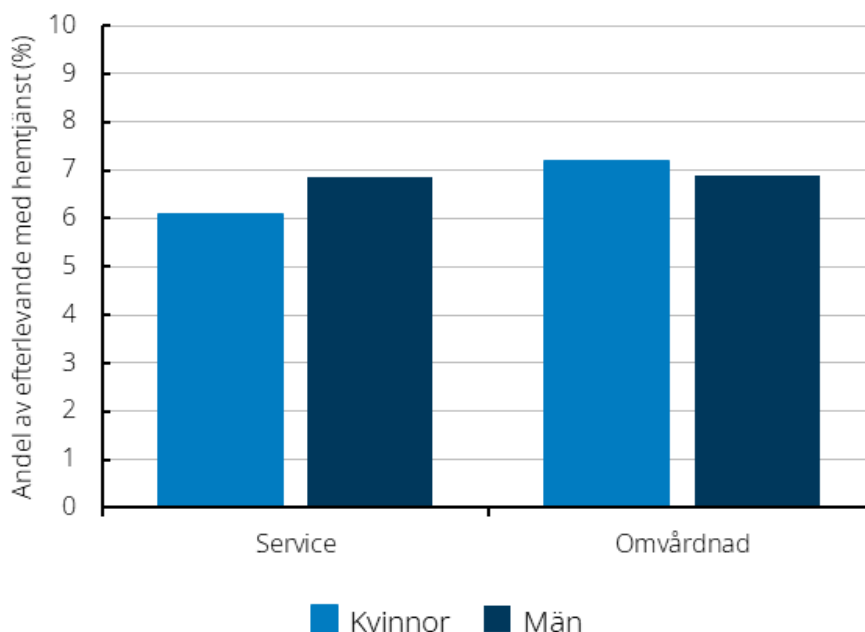


Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

För att undersöka hur sannolikt det var att få en viss hemtjänstinsats togs både hälsotillstånd och ålder med i analysen. Hemtjänst i form av service och personlig omvårdnad analyserades separat (för mer information, se bilaga 2). Bland kvinnorna fick 6,1 procent hemtjänst i form av service, medan andelen bland männen var 6,8 procent (figur 19). Män hade därmed något högre sannolikhet att få service jämfört med kvinnor (oddskvot 1,14; konfidensintervall 1,07–1,22). För personlig omvårdnad var andelarna något högre, 7,2 procent bland kvinnorna och 6,9 procent bland männen. Skillnaden mellan könen var inte signifikant (oddskvot 0,95; konfidensintervall 0,89–1,0).

Figur 19. Sannolikheten att få service respektive omvårdnad

Andel (%) efterlevande personer 65 år och äldre som fick hemtjänst i form av service respektive omvårdnad. Andelarna är justerade för skillnader i ålder och hälsotillstånd. Hälsotillstånd uppskattades med antalet diagnoser i specialistvården och uttag av läkemedel på apotek.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

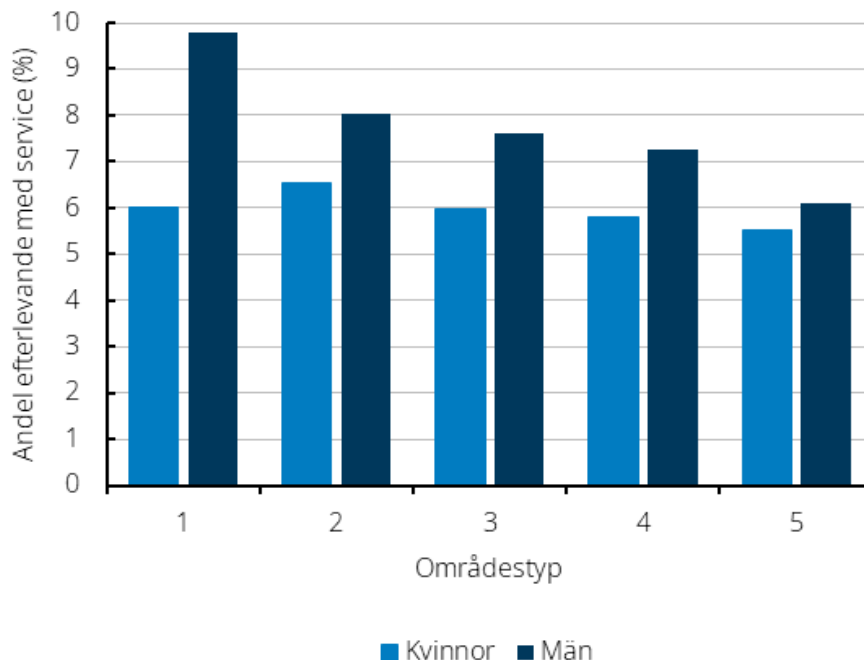
Ekonomiska förutsättningar kan påverka behovet av hemtjänst hos efterlevande

En annan aspekt som skulle kunna påverka andelen som får hemtjänst är de ekonomiska förutsättningarna för personer 65 år och äldre. I Socialstyrelsens register över regionala statistikområden (RegSO) finns uppgifter som kopplar en persons folkbokföring till en socioekonomisk områdestyp. Områdestyperna är indelade i fem nivåer. Områdestyp 1 omfattar områden med stora socioekonomiska utmaningar, medan områdestyp 5 består av områden med mycket goda förutsättningar.

Socialstyrelsens analys visade att färre kvinnor än män fick hemtjänst i form av service i samtliga områdestyper. Den största skillnaden fanns i områdestyp 1, som har stora socioekonomiska utmaningar. Där fick 6 procent av kvinnorna och 10 procent av männen serviceinsatser (figur 20). För männen minskade sedan andelarna med ökande socioekonomi, från 10 procent till 6 procent. Detta samband var inte lika tydligt för kvinnorna. Bland dessa var andelen som fick service högst i områdestyp 2 (6,5 procent) och minskade bara måttligt till 5,5 procent i områdestyp 5. Jämförelserna justerades för skillnader i hälsotillstånd och ålder (figur 20).

Figur 20. Hemtjänst i form av service och socioekonomi

Andelen (%) män och kvinnor 65 år och äldre som fick hemtjänst i form av service under det första efterlevandeåret uppdelat på socioekonomisk områdestyp (1: mycket stora socioekonomiska utmaningar – 5 mycket goda socioekonomiska förutsättningar). Andelarna är justerade för skillnader i ålder och hälsotillstånd.

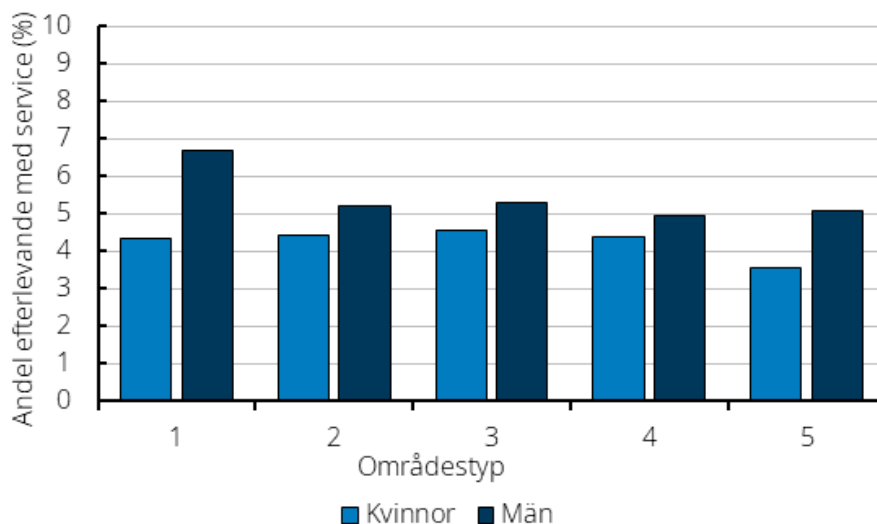


Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

Analysen av socioekonomisk områdestyp och andelen efterlevande som fick hemtjänst i form av *personlig omvårdnad* gjordes på motsvarande sätt som för service (figur 21). Även här skilde sig andelarna mellan könen som mest i områdestyp 1 där de socioekonomiska utmaningarna är mycket stora; 8 procent av kvinnorna och knappt 10 procent av männen fick personlig omvårdnad. För männen var det också denna områdestyp som skilde ut sig genom att ha en högre andel som fick omvårdnad jämfört med de övriga områdestyperna. För kvinnorna var det istället områdestyp 5, med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, som hade en tydligt lägre andel i förhållande till områdestyp 1–4.

Figur 21. Hemtjänst i form av omvårdnad och socioekonomi

Andelen (%) män och kvinnor 65 år och äldre som fick hemtjänst i form av personlig omvårdnad under det första efterlevandeåret uppdelat på socioekonomisk områdestyp (1: mycket stora socioekonomiska utmaningar – 5 mycket goda socioekonomiska förutsättningar). Andelarna är justerade för skillnader i ålder och hälsotillstånd.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

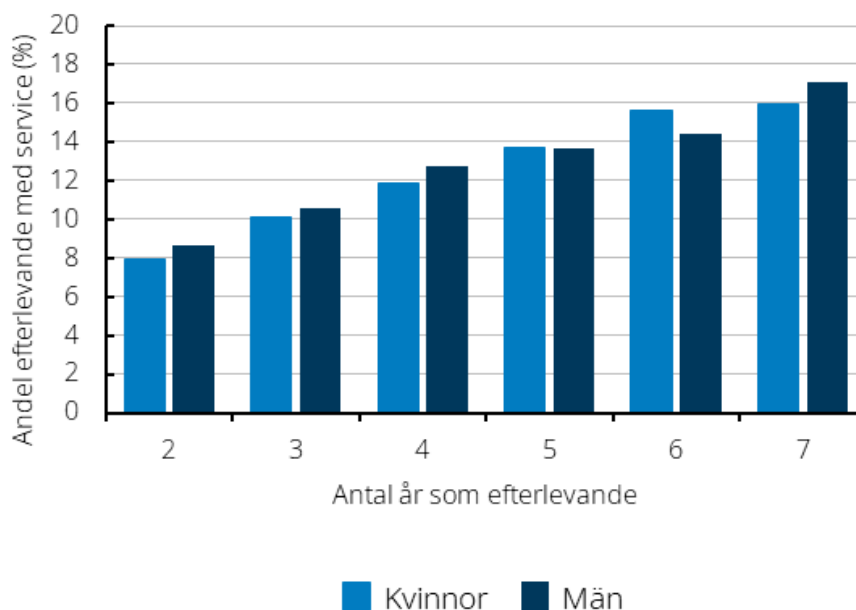
Att andelarna är lägre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar betyder inte nödvändigtvis att behoven är mindre. En möjlig förklaring skulle kunna vara att personer med bättre ekonomiska förutsättningar väljer andra lösningar, som till exempel att anlita privat städhjälp.

Service efter det första året som efterlevande

Majoriteten (83 procent) av personerna i studiegruppen var efterlevande i mer än ett år. Detta möjliggjorde en analys av behov som uppstod längre fram. Efter fem år hade lika stor andel kvinnor som män fått hemtjänst i form av service (14 procent vardera). Därefter varierade andelarna (återigen) vilket förmodligen speglade inverkan av ytterligare faktorer, utöver ålder och hälsotillstånd under det första året (figur 22).

Figur 22. Andel män och kvinnor som fick service efter det första året

Andel (%) män och kvinnor 65 år och äldre som fick hemtjänst i form av service efter det första året som efterlevande. Andelarna är justerade för skillnader i ålder och hälsotillstånd. Uppföljningsår åtta har inte tagits med på grund av för få individer.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

Sammanfattningsvis visar analyserna att en partners bortgång ofta leder till nya behov av stöd. Hemtjänst i form av service eller personlig omvårdnad är vanliga insatser. Efterlevande män får något oftare serviceinsatser än efterlevande kvinnor. Även ekonomi påverkar, där fler män i socioekonomiskt utsatta områden får serviceinsatser jämfört med kvinnor. Efter fem år hade lika många män och kvinnor fått hemtjänst. Det tyder på att behoven förändras över tid och påverkas av fler faktorer än ålder och hälsa.

Hur möter vården de äldres behov?

Sammanfattande iakttagelser

Andelen äldre som får kommunal hälso- och sjukvård har varit stabil mellan 2019 och 2023, oavsett boendeform. År 2023 hade totalt 341 700 personer över 65 år insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Antalet personer har ökat mindre än tidigare år.

De flesta får vård i det egna hemmet. År 2023 fick 237 285 personer över 65 år kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende, varav 53 procent även hade hemtjänst.

År 2023 bodde 110 154 personer över 65 år i särskilt boende för äldre, och 91 procent av dem fick kommunal hälso- och sjukvård.

Under 2023 fick 3 761 personer över 65 år kommunal hälso- och sjukvård i bostad med särskild service enligt LSS. Dessutom hade 11 992 personer över 65 år kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser samtidigt som de deltog i dagverksamhet.

Kvalitetsregistret Senior alert används för att identifiera risker som trycksår, fall, undernäring, ohälsa i mun och blåsdysfunktion. Av de identifierade riskerna leder 80 procent till åtgärder.

Munhälsobedömningar genomförs oftare, men bedömningar av blåsdysfunktion är fortsatt ovanliga.

Av äldre med kommunal hälso- och sjukvård hade 5,9 procent trycksår, högst andel fanns på korttidsboenden. Tryckavlastande hjälpmedel registreras ofta som planerade, men åtgärden genomförs endast i 17 procent av de planerade fallen.

År 2023 hade 80 procent av patienterna en dokumenterad vårdplan. Vid livets slut hade 87 procent av patienterna någon närvarande. Däremot fick endast drygt 50 procent en munhälsobedömning under sin sista levnadsvecka, vilket är ett område med förbättringspotential.

Sedan 2018 har antalet besök på akutmottagning per 1 000 invånare minskat med 6,6 procent bland personer 80 år och äldre.

Minskningen kan bero på förstärkta förebyggande insatser och primärvårdens roll. Medianvistelsetiden på akuten för personer 80 år och äldre är minst 5 timmar. Kvinnor har generellt längre vistelsetid än män på akutmottagningar.

Kommunernas roll i vård och omsorg

Kommunernas vård och omsorg, särskilt för personer över 65 år och personer med funktionsnedsättningar, har en central roll för att främja trygghet och hälsa. För äldre kan kontinuitet och samverkan mellan vård och omsorg minska risken för akuta sjukhusbesök och underlätta vardagen. För att möjliggöra detta behövs tydlig information, noggrann planering och samordning mellan sjukhusvård, primärvård och äldreomsorg. Om samverkan brister kan det leda till oro och ökade hälsorisker.

Kommunal hälso- och sjukvård kräver samverkan

Den kommunala hälso- och sjukvården står inför betydande utmaningar på grund av en åldrande befolkning, omställningen till en god och nära vård, en komplex organisation och patienternas behov av kontinuitet.

Många av de sköraste patienterna med sammansatta hälsoproblem och funktionsnedsättningar får delar av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården.⁶ När äldre personer behöver insatser från olika huvudmän och vård- och omsorgsgivare ställs höga krav på planering, ansvarsfördelning och samverkan.⁷

Regioner och kommuner har etablerade samverkansstrukturer på både läns- och verksamhetsnivå. År 2024 hade 96 procent av kommunerna nämndbeslut om överenskommelser med regionen för att främja samverkan kring patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Flera kommuner uppger att dessa överenskommelser har tillkommit som en del av omställningen till en god och nära vård.⁸ Den senaste uppföljningen av omställningen visar att samordningen mellan den regionala och den kommunala hälso- och sjukvården fortsatt behöver utvecklas.⁹ Ett särskilt angeläget område för samordning rör oplanerade återinskrivningar bland äldre [14].

⁶ Ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården - Kunskapsguiden

⁷ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/samordnad-varld-och-omsorg/om-samordnad-varld-och-omsorg/>

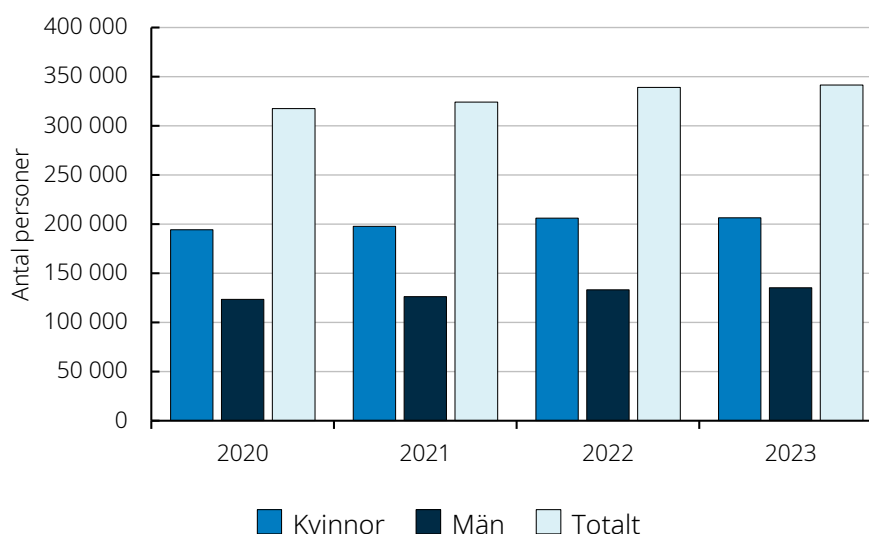
⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/kommunal-halso-och-sjukvard/>

⁹ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/uppfoljning/>

Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer

Under 2023 hade totalt 341 700 personer i åldersgruppen 65 år och äldre insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården (figur 23)¹⁰ [15]. Av dessa var 60 procent kvinnor och 40 procent män, vilket är i stort sett samma fördelning som 2022. Av de 341 700 tillhörde 223 330 gruppen 80 år eller äldre. Detta är något fler än föregående år. I den äldre gruppen var 64 procent kvinnor och 36 procent män.

Figur 23. Antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, 2020–2023



Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, Läkemedelsregistret, Patientregistret, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

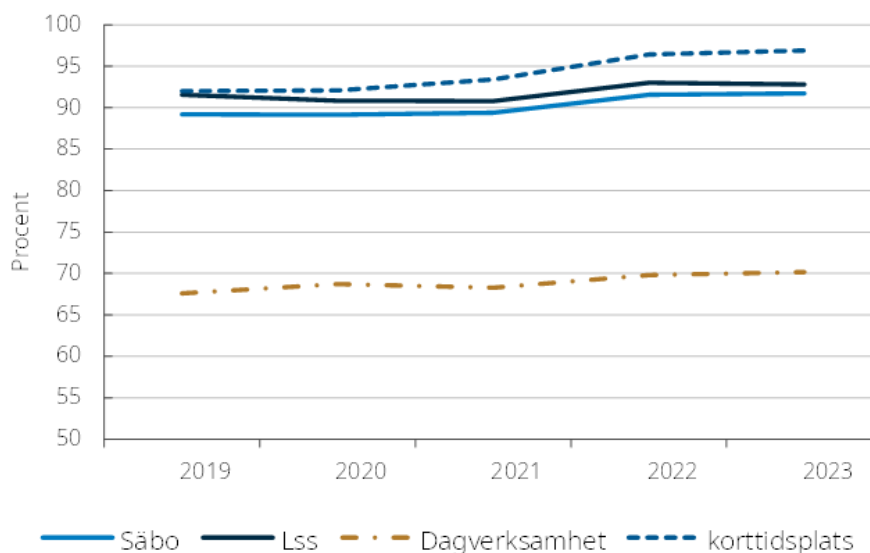
Små förändringar i andelen äldre som får kommunal hälso- och sjukvård

Mellan 2019 och 2023 har andelen personer 65 år och äldre som bor i säbo eller har insatser enligt LSS, dagverksamhet eller korttidsplats och som får kommunal hälso- och sjukvård varit relativt stabil. Figuren nedan visar andelen äldre med kommunal hälso- och sjukvård under denna period, uppdelat efter olika boendeformer.

¹⁰ Observera att HSL inte inkluderar personer som fått vårdåtgärder som utförs i enskild regi och därför skiljer antalet personer åt i de två olika delregistren. Insatser som ingår i begreppet kommunal hälso- och sjukvård och därmed ingår i denna statistik specificeras i 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

Figur 24. Utvecklingen av kommunal hälso- och sjukvård under åren 2019–2023

Andel (%) personer 65 och äldre, i olika boendeformer, som under perioden 2019–2023 fick kommunal hälso- och sjukvård.



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

Kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende

Bland personer med kommunal hälso- och sjukvård är ordinärt boende, det vill säga deras egna hem, den vanligaste boendeformen. Att skapa möjligheter för äldre att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt, enligt den så kallade kvarboendeprincipen, har varit en officiell policy inom äldreomsorgen i decennier.¹¹ Under 2023 fick 237 285 personer i åldersgruppen 65 år och äldre kommunal hälso- och sjukvård i det ordinära boendet (tabell 1). Detta motsvarar en liten ökning jämfört med 2022. Av dessa personer var 59 procent kvinnor och 41 procent män. I åldersgruppen 80 år och äldre fick 144 913 personer kommunal hälso- och sjukvård i det ordinära boendet, varav 62 procent var kvinnor och 38 procent män.¹²

¹¹ Regeringens proposition: Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. 1997/98:113.

¹² Populationen inkluderar alla patienter som någon gång under 2023 erhöll minst en hälso- och sjukvårdsinsats.

Tabell 1. Personer 65 år och äldre samt 80 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård 2023

Antal och andel (%) personer 65 år och äldre, 80 år och äldre som någon gång under 2023 fick kommunal hemsjukvård med eller utan hemtjänst, fördelat på kön.

	65 år och äldre		Varav 80 år och äldre	
	Antal	Varav med hemtjänst* antal (%)	Antal	Varav med hemtjänst* antal (%)
Män	97 327	49 530 (51 %)	55 500	31 501 (57 %)
Kvinnor	139 958	75 313 (54 %)	89 413	55 303 (62 %)
Totalt	237 285	124 843 (53 %)	144 913	86 804 (60 %)

* Hemtjänst är bistånd inom socialtjänsten i form av service och personlig omsorg i den enskildes bostad eller motsvarande. Hemtjänst kan också innehålla dagliga sysslor som städning, inköp och matlagning. Parallellt med hemtjänst kan en person få hemsjukvård.

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

Kommunal hälso- och sjukvård på säbo

Den näst vanligaste platsen där äldre erbjuds kommunal hälso- och sjukvård är särskilt boende för äldre.¹³ Under 2023 bodde 110 154 personer i åldersgruppen 65 år och äldre på säbo, av dessa hade 91 procent kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under året. I åldersgruppen 80 år och äldre bodde 78 074 personer på säbo och hade kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under året. Av dessa personer var 68 procent kvinnor och 32 procent män (tabell 2). Jämfört med 2022 ökade det totala antalet personer som bodde på säbo något, medan antalet personer i gruppen 80 år och äldre minskade marginellt.

Tabell 2. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2023

Antal personer 65 år och äldre, varav 80 år och äldre som beviljades särskilt boende för äldre (säbo) samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2023, fördelat på kön.

	65 år och äldre		Varav 80 år och äldre	
	Antal i säbo	Varav med KHS antal (%)	Antal i säbo	Varav med KHS antal (%)
Män	39 219	35 985 (92 %)	26 781	24 760 (92 %)
Kvinnor	70 935	64 729 (91 %)	58 342	53 314 (91 %)
Totalt	110 154	100 714 (91 %)	85 123	78 074 (92 %)

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

¹³ Målpopulationen inkluderar alla patienter som någon gång under 2023 erhöll minst en hälso- och sjukvårdsinsats.

Kommunal hälso- och sjukvård för personer på korttidsboende

Äldre personer som bor i ordinärt boende och tillfälligt behöver vård och omsorg som inte kan ges i det egna hemmet kan beviljas korttidsboende, med eller utan kommunal hälso- och sjukvård. Korttidsboende kan exempelvis användas för växelvård¹⁴, avlastning eller rehabilitering.

Under 2023 hade 37 724 personer i åldersgruppen 65 år och äldre en korttidsplats, varav 25 794 personer tillhörde åldersgruppen 80 år och äldre (tabell 3). Majoriteten av dessa personer hade även behov av insatser inom kommunal hälso- och sjukvård.

Tabell 3. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård på korttidsboende, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2023

Antal personer 65 år och äldre, varav 80 år och äldre som beviljats korttidsplats samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2023, fördelat på kön.

	65 år och äldre		Varav 80 år och äldre	
	Antal med korttidsplats	Varav med KHS antal (%)	Antal med korttidsplats	Varav med KHS antal (%)
Män	18 340	17 702 (97 %)	11 751	11 371 (97 %)
Kvinnor	19 384	18 783 (97 %)	14 043	13 627 (97 %)
Totalt	37 724	36 485 (97 %)	25 794	24 998 (97 %)

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

Kommunal hälso- och sjukvård för personer i dagverksamhet

Äldre personer kan beviljas dagverksamhet som syftar till sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför det ordinära boendet. I samband med dagverksamheten kan äldre även ha behov av insatser inom kommunal hälso- och sjukvård.

Under 2023 hade 11 992 personer i åldersgruppen 65 år och äldre kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser samtidigt som dagverksamhet. Av dessa var 54 procent kvinnor och 46 procent män. I åldersgruppen 80 år och äldre var motsvarande siffra 7 970 personer, varav 56 procent var kvinnor och 44 procent män (tabell 4).

¹⁴ Växelvård eller växelboende är när en person varvar boende i ordinärt boende med boende på korttidsboende under en period.

Tabell 4. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård på dagverksamhet, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2023

Antal personer 65 år och äldre, 80 år och äldre på dagverksamhet samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2023, fördelat på kön.

	65 år och äldre		Varav 80 år och äldre	
	Antal i dagverksamhet	Varav med KHS antal (%)	Antal i dagverksamhet	Varav med KHS antal (%)
Män	7 899	5 491 (70 %)	4 887	3 469 (71 %)
Kvinnor	9 569	6 501 (68 %)	6 473	4 501 (70 %)
Totalt	17 468	11 992 (69 %)	11 360	7 970 (70 %)

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 med stöd av LSS

Personer som har beviljats boende enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har historiskt haft rätt att bo kvar i sitt ordinarie boende livet ut enligt kvarboendepincipen.¹⁵ En tydlig trend är att personer med boende enligt LSS nu lever längre än tidigare.¹⁶ Med stigande ålder ökar behovet av insatser från kommunal hälso- och sjukvård för dessa personer.

Under 2023 hade 3 761 personer i åldersgruppen 65 år och äldre kommunal hälso- och sjukvård i bostad med särskild service med stöd av LSS. Av dessa var 45 procent kvinnor och 55 procent män. I åldersgruppen 80 år och äldre var motsvarande siffra 348, varav 50 procent var kvinnor och 50 procent män (tabell 5).

¹⁵

<https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/funktionshinder/boendefunktionsnedsattning/aktiviteterboendeforaldremedif.71456.html>

¹⁶ Stöd för prognos av boende enligt LSS (SKR, 2020)

https://skr.se/download/18.68574f2517ff3285a60280ce/1649422461225/Rapport_%20Prognos_av_boenden_%20enl_%20LSS_%20slutv.pdf

Tabell 5. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård inom LSS-bostad, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2023

Antal personer 65 år och äldre, varav 80 år och äldre, med bostad med särskild service med stöd av LSS, samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2023, fördelat på kön.

	65 år och äldre		Varav 80 år och äldre	
	Antal LSS	Varav med KHS antal (%)	Antal LSS	Varav med KHS antal (%)
Män	2 282	2 075 (91 %)	193	174 (90 %)
Kvinnor	1 791	1 686 (94 %)	182	174 (96 %)
Totalt	4 073	3 761 (92 %)	375	348 (93 %)

Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

Förebyggande, rehabiliterande och hälsofrämjande insatser

Förebyggande, rehabiliterande och hälsofrämjande insatser är en naturlig del av den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa insatser behöver integreras i hela vård- och omsorgsprocessen, därför är tydlig planering, ansvarsfördelning och samverkan avgörande.

Ett verktyg för att följa dessa insatser är Senior alert, ett nationellt kvalitetsregister som används för att följa den vårdpreventiva processen.¹⁷ Registret omfattar riskbedömningar inom områdena fall, trycksår, undernäring, blåsdysfunktion och munhälsa.

Enligt data från 2023 genomförs många riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring (tabell 6). Däremot väljs munhälsobedömningar bort i 12 procent av dessa riskbedömningar. Trots detta har andelen munhälsobedömningar ökat jämfört med tidigare år. Antalet riskbedömningar som görs för att bedöma blåsdysfunktion är däremot påtagligt lägre. Här finns möjligheter att förbättra inrapporteringen för att bättre kunna bedöma följsamheten av omvårdnadsåtgärder och kunna dra tydligare slutsatser kring förebyggande åtgärder och uppföljning.

Statistiken visar att åtgärder vidtas för cirka 80 procent av de identifierade riskerna. Detta innebär att en process initieras för att hantera, förebygga och behandla konstaterade risker (tabell 6). I tabellen nedan presenteras

¹⁷ <https://www.senioralert.se/>

registrerade riskbedömningar tillsammans med registrerade utförda åtgärder.¹⁸

Tabell 6. Riskbedömningar och genomförda omvårdnadsåtgärder för personer 65 år och äldre

Översikt av antalet riskbedömningar, andel (%) identifierade risker och vidtagna åtgärder.

Typ av riskbedömning	Totalt antal riskbedömningar	Varav andel med identifierad risk (%)	Antal och andel av personer med identifierad risk och med utförd åtgärd, n (%)
Trycksår	130 497	29 %	30 277 (80 %)
Undernäring	130 497	60 %	64 057 (82 %)
Fall	130 497	78 %	82 249 (81 %)
Munhälsa	114 828	47 %	42 782 (78 %)
Blåsdysfunktion	20 236	82 %	16 392 (81%)

Källa: Senior alert, 2023. Statistik uttagen 2024-11-18.

Not: En individ kan ha genomgått flera riskbedömningar.

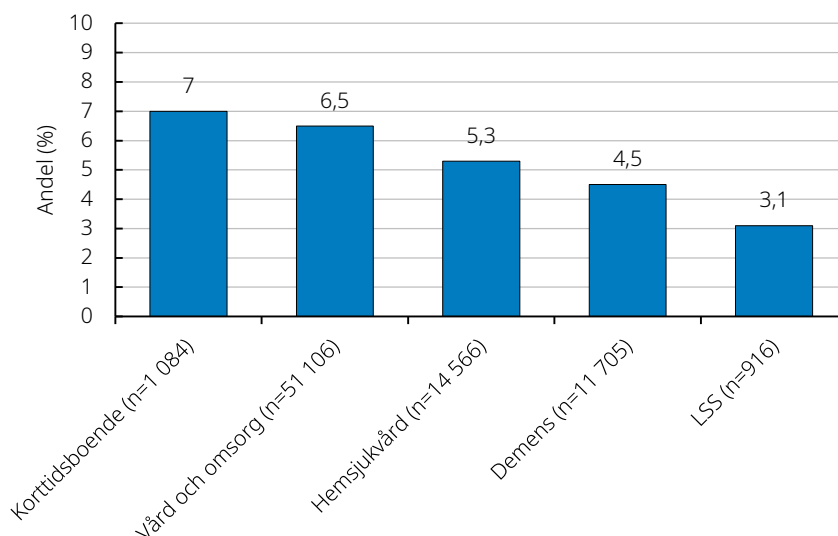
Trycksårsförekomst hos äldre i kommunala verksamheter

Varje år görs en punktprevalensmätning av trycksår inom kommunala verksamheter¹⁹. Trycksårsförekomsten har legat på i stort sett samma nivå i de senaste fem årens mätningar. År 2024 visade mätningen att 5,9 procent av patienterna hade trycksår, men förekomsten varierade beroende på enhetstyp (figur 25) [16]. För kommunala verksamheter finns enhetstyperna vård och omsorg, demens, korttidsboende, socialpsykiatri, hemsjukvård och LSS-boende. Trycksår var vanligast på korttidsboenden, där 7 procent av patienterna rapporterades ha trycksår. Även om den totala andelen trycksår är densamma som 2023, har fördelningen mellan olika enhetstyper förändrats något (data redovisas inte).

¹⁸ En person kan förekomma vid flera tillfällen i Senior alert under ett år, eftersom uppgifter om personens risker kan ha registrerats från flera enheter eller vårdgivare. I Senior alert motsvarar begreppet "unika personer" det totala antalet individer som blivit riskbedömda under året, oavsett om de har fått flera riskbedömningar eller om de varit i kontakt med flera vårdgivare. Personen räknas dock endast en (1) gång.

¹⁹ Punktprevalensmätningen genomförs av kvalitetsregistret Senior alert. Mätningen genomfördes den 21 november 2024, med efterregistrering till den 6 december. I mätningen ingick cirka 79 600 personer inom kommun.

Figur 25. Andel (%) personer med trycksår per enhetstyp i kommunala verksamheter, 2024



Källa: Senior alert, 2024.

Totalt 44 procent av trycksåren bedömdes som lindriga,²⁰ vilket är en något lägre andel än vid 2023 års mätning då andelen var 47 procent. Den vanligaste lokaliseringen av trycksår var rygglutet och hämlarna [16].

De två vanligaste planerade åtgärderna som registrerats för personer med trycksår var bedömning av huden (72 procent) och hudvård (69 procent). Andelen utförda förebyggande åtgärder som registrerats var däremot väsentligt lägre – 23 procent för bedömning av huden och 22 procent för hudvård. Användning av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 55 procent av personerna med risk för trycksår, men registrerades som utfört för endast 17 procent. Skillnaden mellan planerade och utförda åtgärder kvarstår, men andelen utförda åtgärder är lägre jämfört med mätningen 2023 [16].

Vanliga åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård

De vårdåtgärder som utförs inom kommunal hälso- och sjukvård speglar de äldres behov och prioriteringar. Bland de vanligaste vårdåtgärderna återfinns tre rehabiliterande insatser och sex omvårdnadsrelaterade åtgärder. Det ligger i linje med det förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande uppdrag som är centralt för den kommunala hälso- och sjukvården.

²⁰ Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4; de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

Tabell 7 ger en översikt över de vanligaste vårdåtgärderna bland äldre patienter och hur dessa fördelas i åldersgrupperna 65 år och äldre samt 80 år och äldre. Den vanligaste vårdåtgärden är utprovning och förskrivning av hjälpmedel (GA025); den omfattar över hälften av patienterna i båda åldersgrupperna. Detta understryker hur viktiga hjälpmedel är för att stärka äldres självständighet och livskvalitet. Andelen äldre patienter som fått läkemedelsrelaterade åtgärder (DV046 och DT026) samt provtagning (AV034) visar att det finns ett stort behov av medicinsk uppföljning och behandling i denna patientgrupp. Den högre andelen vårdåtgärder i gruppen 80 år och äldre belyser det ökande behovet av vård för denna åldersgrupp. Förebyggande insatser som vaccination (DT030) och bedömning av hjälpmedelsbehov (PT002) kan minska risken för vårdkrävande tillstånd och bidra till bättre hälsa hos äldre. Dessa insatser kan vidareutvecklas för att ytterligare stärka det preventiva arbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Tabell 7. De vanligaste vårdåtgärderna inom kommunal hälso- och sjukvård för äldre

Antal och andel (%) patienter 65 år och äldre samt 80 år och äldre med minst en inrapporterad vårdåtgärd.

Vårdåtgärd inom kommunal hälso- och sjukvård (KVÅ-kod*)	Patienter 65 år och äldre med minst en inrapporterad vårdåtgärd n (%)	Varav patienter 80 år och äldre med minst en inrapporterad vårdåtgärd n (%)
Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel (GA025)	153 727 (55 %)	101 176 (55 %)
Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos. Iordningställande och utdelning av dosett eller enstaka läkemedelsdos (DV046)	126 425 (46 %)	91 060 (49 %)
Provtagning UNS (AV034)	114 749 (41 %)	83 231 (45 %)
Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning (QT017)	91 369 (33 %)	60 244 (33 %)
Vaccination (DT030)	86 410 (31 %)	64 978 (35 %)
Bedömning av hjälpmedelsbehov (PT002)	81 589 (29 %)	53 566 (29 %)
Sårvård (QH008)	62 507 (23 %)	46 300 (25 %)
Ordination av läkemedel (DT026)	60 158 (22 %)	43 688 (24 %)
Bedömning av smärta (PB009)	59 170 (21 %)	43 961 (24 %)

Siffrorna i tabellen ovan, exempelvis GA025, är hämtade från Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården till vilket kommunerna använder Klassifikation av vårdåtgärder* (KVÅ-koder) för att rapportera åtgärder.

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen), 2023.

Palliativ vård inom kommunal hälso- och sjukvård

År 2023 avled enligt Socialstyrelsens statistik drygt 94 500 personer som var folkbokförda i Sverige. Av dessa var cirka 84 500 personer 65 år eller äldre. Bland dem som avled vid en ålder av 65 år eller äldre var 58 955 inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Av dessa bodde 33 734 i ordinärt boende och 25 221 på säbo.²¹

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra vården vid livets slut för patienter och deras närstående.²² Data från registret visar att nästan alla patienter över 65 år hade ordination på symtomlindrande läkemedel mot smärta, ångest, rosslig andning eller illamående under 2023.²³ Av registret framgår att cirka 80 procent av patienterna över 65 år hade en dokumenterad vårdplan under 2023.²⁴

Av de patienter som avled på säbo eller korttidsplats under 2023 hade cirka 80 procent ett brytpunktssamtal dokumenterat av läkare. I ordinärt boende var motsvarande siffra 88 procent av patienterna.²⁵ I dessa siffror ingår de patienter som saknar egen förmåga att delta men där patientens närstående har fått brytpunktssamtal alternativt har erbjudits brytpunktssamtal men tackat nej, samt patienter som saknar närstående. Endast förväntade dödsfall ingår i dessa siffror.²⁶

Vid dödsögonblicket hade 87 procent av patienterna i gruppen 65 år och äldre någon hos sig, vilket tyder på en god närvaro och omsorg i livets slutskede. Däremot fick bara drygt hälften av de patienter som rapporterats in en munhälsobedömning under den sista levnadsveckan, vilket visar att detta är ett område med förbättringspotential [17]. Forskning visar att dålig munhälsa kan leda till försämrad livskvalitet och förvärra befintliga sjukdomstillstånd [18-20]. Dessutom fick 69 procent av patienterna i gruppen 65 år och äldre en smärtskattning under den sista levnadsveckan. Det finns ingen skillnad mellan män och kvinnor i dessa aspekter.²⁷

²¹ Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

²² <https://palliativregistret.se/utdataportal> hämtat 2024-11-04. Täckningsgraden 2023 för registret i landet är 58 procent av samtliga dödsfall, men varierar stort mellan länen.

²³ <https://palliativregistret.se/utdataportal> hämtat 2024-11-04

²⁴ Om kommunen vill visa på medverkan vid brytpunktssamtal kan följande åtgärdskod ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) användas för dokumentation i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen: XV028 medverkan i brytpunktssamtal. Andra relevanta KVÅ-koder är: XS007 konferens med patient, XS008 konferens om patient,

²⁵ Utdataportal | Svenska palliativregistret

²⁶ https://utdata.palliativregistret.org/sv/report/kval_brytpunktssamtal

²⁷ <https://palliativregistret.se/>

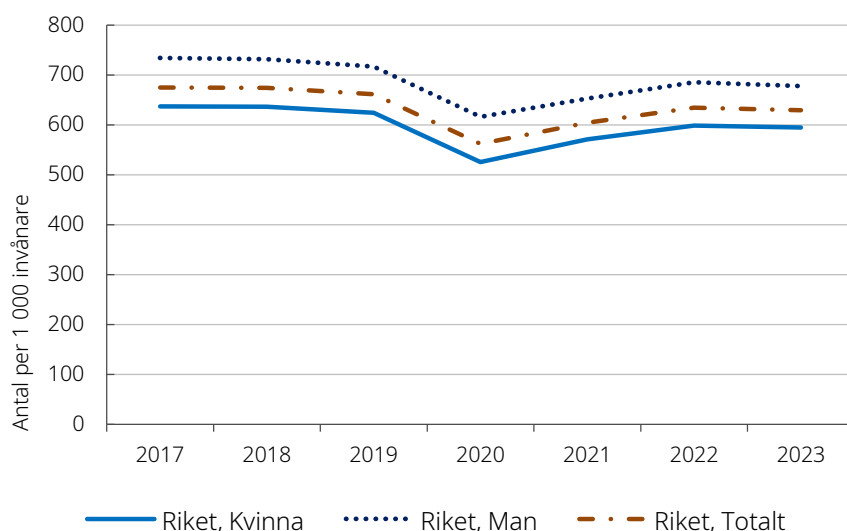
Färre besök på akuten bland äldre

Antalet besök på akutmottagningar per 1 000 invånare bland personer 80 år och äldre används som en indikator för att följa vårdbehovet i denna åldersgrupp.

Från 2017 till 2023 har antalet besök per 1 000 invånare varierat. Antalet besök var som högst 2018 (675 besök/1 000 invånare) och har därefter gradvis minskat till 630 år 2023 (figur 26). Detta innebär en minskning med cirka 6,6 procent jämfört med 2018, vilket är en positiv utveckling. Mellan 2019 och 2020 noterades en tydlig minskning av antalet besök, vilket kan ha varit effekt av pandemin och förändrade vårdökandemönster. Under 2021 och 2022 ökade antalet besök något men minskade sedan åter 2023.

Figur 26. Besök på akutmottagning för personer 80 år och äldre

Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare. Riket, uppdelat på kön, under åren 2017-2023.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Under hela perioden hade män högre värden än kvinnor. Skillnaden var som störst 2018. År 2023 hade män 678 besök medan kvinnor hade 595, en skillnad på drygt 82 besök per 1 000 invånare.

Antalet akutmottagningsbesök för personer 80 år och äldre visar en positiv trend mot lägre värden, särskilt efter 2018. Detta kan tyda på förbättrade insatser för att minska behovet av akutvård, exempelvis förebyggande vård eller förstärkta stödinsatser i primärvården.

Äldre får vänta längre tid på landets akutmottagningar

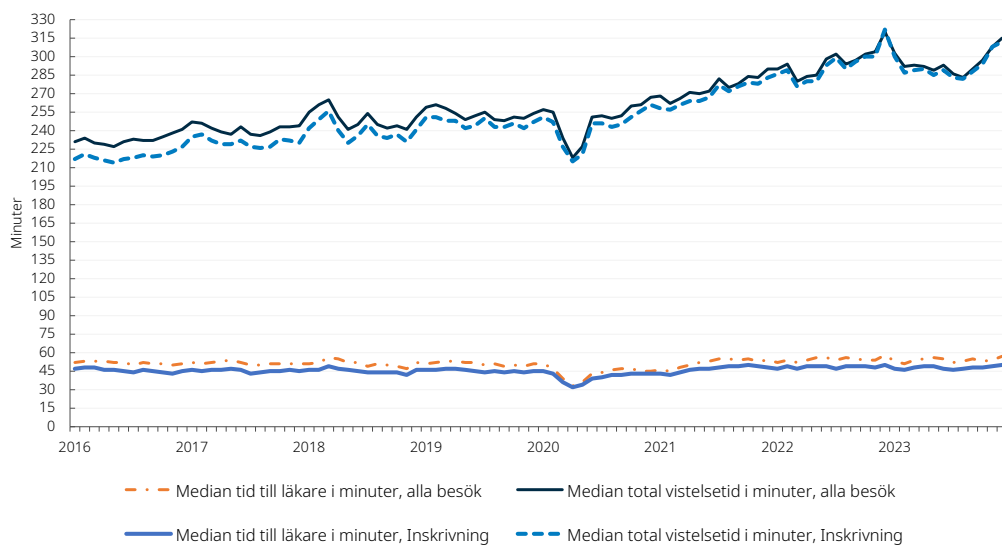
Under perioden 2016–2023 har antalet besök på akutmottagningen för patienter 80 år och äldre varierat (figur 27). Medianvärdet för tid till läkare har över åren legat relativt stabilt kring 50–55 minuter för alla besök, men med en viss minskning under senare år. För patienter som blev inskrivna låg medianvärdet något lägre, kring 44–49 minuter.

Den totala vistelsetiden på akutmottagningen har däremot ökat över tid. För samtliga besök har medianen stigit från cirka 230 minuter under tidigare år till över 300 minuter under de senaste mätningarna. Även för patienter som blev inskrivna har vistelsetiden ökat, från cirka 217 minuter till över 320 minuter.

Resultaten visar både variationer och en tydlig trend mot längre vistelsetider för patienter 80 år och äldre på akutmottagningen.

Figur 27. Väntetider och vistelsetider vid akutmottagningar för personer 80 år och äldre

Väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar under perioden januari 2016–december 2023, Riket, Båda könen, Ålder: 80+, Diagnosgrupp: Alla besök, Inskrivning/Ej inskrivning: Alla besök.



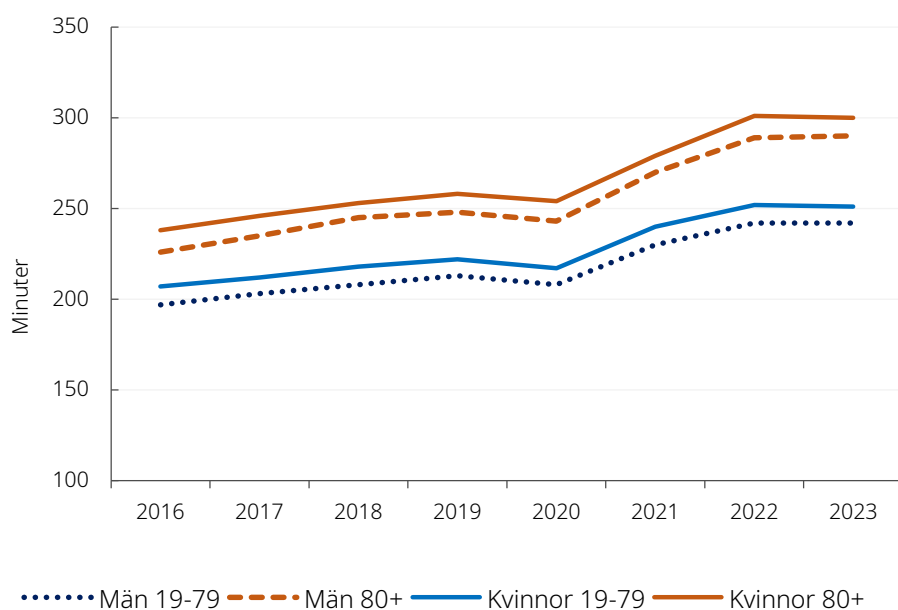
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsens statistikdatabas 2025-03-06.

Under 2023 hade kvinnor och män i gruppen 80 år och äldre den längsta totala vistelsetiden vid sina besök på landets akutmottagningar (figur 28). Efter en ökning under perioden 2021–2022 minskade den totala vistelsetiden något, med undantag för män i åldrarna 19–79 år. Kvinnor hade generellt en längre total vistelsetid på akutmottagningen än män, oavsett åldersgrupp [21].

Bland kvinnor 80 år och äldre som besökte akuten vistades hälften på akuten i 5 timmar eller längre under 2023. För män i samma åldersgrupp var medianvistelsetiden 4 timmar och 50 minuter, vilket innebar en ökning med 1 minut jämfört med föregående år. I åldersgruppen 19–79 år var medianvistelsetiden för män 4 timmar och 1 minut, medan kvinnor i samma åldersgrupp hade en medianvistelsetid på 4 timmar och 11 minuter.

Figur 28. Väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar

Median total vistelsetid i minuter. Riket, uppdelat på kön, under åren 2016-2023.
 Diagnosgrupp: Alla besök, Inskrivning/Ej inskrivning: alla besök.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Hur möter tandvården de äldres behov?

Sammanfattande iakttagelser

Tandhälsan bland äldre som besöker tandvården är generellt god men ojämnt fördelad beroende på socioekonomiska faktorer och regionala skillnader.

Andelen äldre som får nödvändig tandvård och munhäsobedömning varierar kraftigt mellan regioner, från 33 till 92 procent för munhäsobedömning och från 44 till 94 procent för nödvändig tandvård.

Tillgången på tandvårdspersonal är ojämnt fördelad över landet vilket påverkar både den offentliga och den privata tandvårdens möjligheter att bidra till en god munhälsa. Personalförsörjningen inom tandvården behöver därför utvecklas med ett tydligare systemperspektiv i nära samverkan med andra delar av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Fler äldre har egna tänder kvar, vilket leder till att det sker en gradvis ökning av invasiv vård som tandextraktioner och antibiotikaförskrivning. Detta innebär i sig ökade risker vid tandbehandling av sköra och omsorgsberoende patienter.

Äldre personer, särskilt i åldersgruppen 80–84 år, är den åldersgrupp där flest genomgår tandextraktioner – nära 10 procent av åldersgruppen fick minst en tand utdragen under 2023.

Antibiotikaförskrivningen vid tandextraktioner och andra invasiva ingrepp har ökat, särskilt inom privat tandvård. Tre gånger fler patienter i åldersgruppen 75–79 år får antibiotika utskrivet vid en tandextraktion i privat tandvård jämfört med Folktandvården.

När det gäller personer som behöver särskilt stöd för att bibehålla sin munhälsa har det aktualiserats frågor kring utbildning av vård- och omsorgspersonal, tydligare ansvarsfördelning, ledarskap och ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande åtgärder för att bibehålla en god munhälsa i ett livscykelperspektiv.

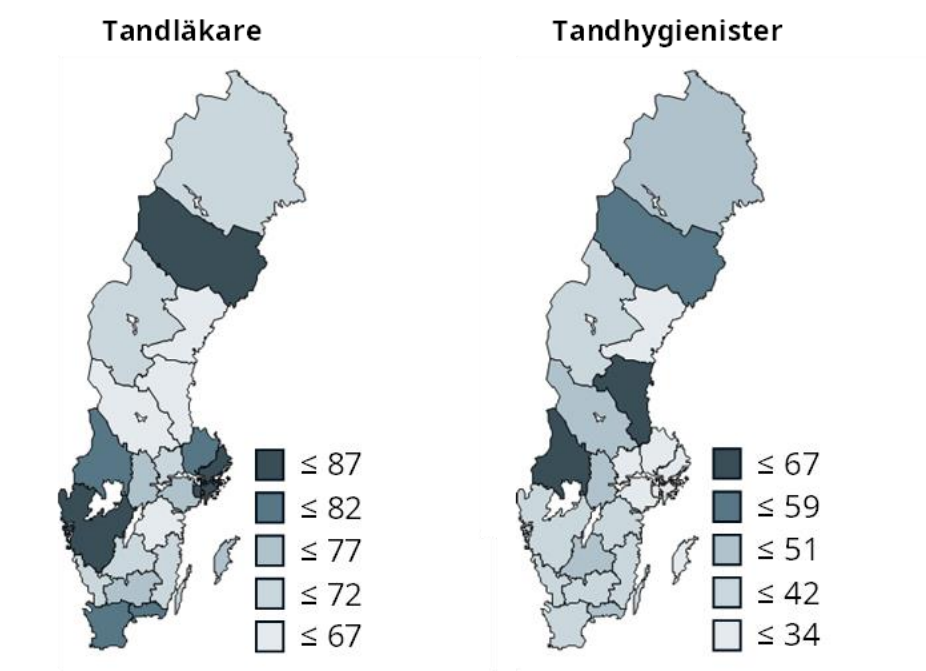
Socialstyrelsen ser ett behov inom tandvården av ökat fokus på hälsofrämjande insatser för äldre och en ökad samverkan med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

Tandvård för äldre – tillgång och framtida vårdbehov

Tillgången till tandläkare i Sverige enligt måttet antal tandläkare per capita är god i en internationell jämförelse. Enligt OECD:s hälsostatistik för 2024 har Sverige 78 tandläkare per 100 000 invånare. Denna siffra placerar Sverige nära genomsnittet bland OECD-länderna. Tillgången till tandvårdspersonal däremot är ojämnt fördelad över landet (figur 29). Ansvar för tandvård²⁸ till personer som omfattas av insatser från äldreomsorgen ligger på regionerna genom de regionfinansierad tandvårdsstöden nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet. Den uppsökande verksamheten inkluderar även ansvaret för utbildning till vård- och omsorgspersonal.

Figur 29. Antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare efter region

Tandvårdspersonal, sysselsatta inom hälso- och sjukvård, båda könen. Alla näringsgrenar, februari 2025.



Källa: Statistikdatabas, Socialstyrelsen, 2025-02-01.

Det är stora skillnader mellan olika regioner i hur många som tar del av stöden. Enligt SKR förklaras detta delvis av naturliga variationer i de förutsättningar som finns i de olika regionerna. Vissa regioner har exempelvis brist på tandvårdspersonal. Andelen personer som fått en munhälsobedömning varierar exempelvis mellan 33 och 92 procent mellan

²⁸ Enlig §8 tandvårdslag (1985:125)

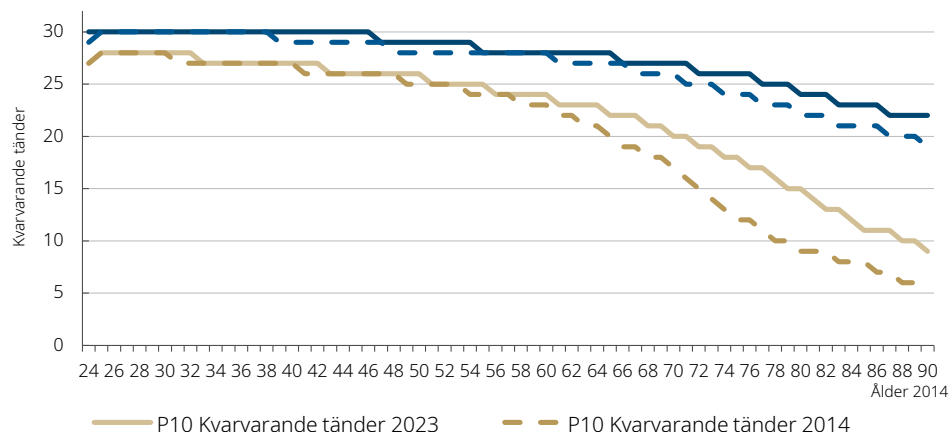
de regioner som har lägst respektive högst andel. För nödvändig tandvård är variationen mellan 44 och 94 procent. Utbildning för vård- och omsorgspersonal varierar på samma sätt men andelstal saknas.

En fortsatt god utveckling av munhälsan bland äldre, sköra äldre och äldre som omfattas av insatser från äldreomsorgen är en komplex utmaning, och lösningar behöver sökas på flera nivåer med ett systemperspektiv. Ett större fokus på tandvården som system i relation till hälso- och sjukvårdssystemet och äldreomsorgen föreslås bland annat av WHO [22]. Socialstyrelsen har därför, med utgångspunkt bland annat från de nationella riktlinjerna, tagit fram ett stöd till tandvården för en patient- och personalcentrerad personalplanering [23].

Utvecklingen av munhälsan bland äldre i Sverige visar både positiva trender och utmaningar. Tandhälsan bland äldre som besöker tandvården har förbättrats över tid. Statistik från 2023 visar att antalet intakta tänder är högre i de flesta åldersgrupper jämfört med 2014 [9]. Medianantalet kvarvarande tänder ökar mer bland äldre än bland yngre. Bland äldre personer har munhälsan också förbättrats mer mätt som tionde percentilen²⁹ jämfört med om munhälsan mäts som medianantal tänder, vilket figur 30 nedan visar. Det betyder att under den senaste tioårsperioden har de 10 procenten med sämst munhälsa förbättrats mest. Den goda munhälsoutvecklingen i Sverige har lett till en befolkning med allt fler äldre individer som har sina egna tänder kvar.

Figur 30. Antal kvarvarande tänder bland personer som besökte tandvården 2023 och 2014

Median och tionde percentilen (P10) av antal kvarvarande tänder bland personer som besökte tandvården 2023 och 2014, efter ålder



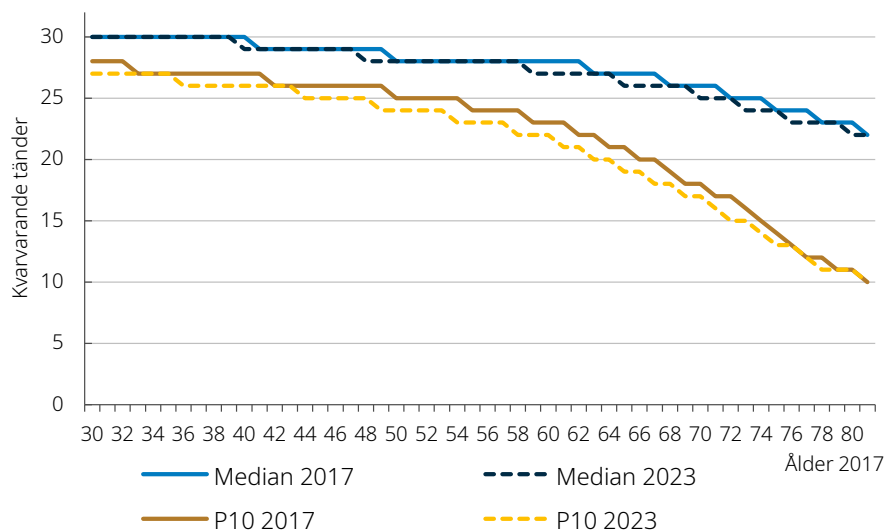
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

²⁹ En percentil är det värde på en variabel nedanför vilken en viss procent av observationerna av variabeln hamnar. Till exempel är den tionde percentilen P10 det värde som delar observationsvärden så att 10 procent av dem är mindre än P10 och 90 procent är större.

Det bör påpekas att denna förbättring över tid (figur 30) främst beror på att yngre personer har bättre tandhälsa än äldre personer. Följer vi samma åldersgrupp över tid är utvecklingen den motsatta med färre kvarvarande tänder 2023 än 2017 (figur 31).

Figur 31. Antal kvarvarande tänder bland personer som besökte tandvården 2017 och samma åldersgrupp 2023

Personer i befolkningen 30-80 års ålder som besökt tandvården 2017 och 2023. Median och tionde percentilen (P10) av antal kvarvarande tänder bland personer som besökte tandvården 2017 och samma åldersgrupp 2023, efter ålder.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

I ett längre perspektiv har tandlöshet minskat markant, från 56 procent helt tandlösa 1983 till endast ca 3 procent 2023. Men det finns skillnader mellan grupper. Bland personer 80–89 år med förgymnasial utbildning saknar 5 procent helt egna tänder jämfört med 1 procent bland dem med en eftergymnasial utbildning tre år eller längre. Detta illustreras i tabell 8 nedan.

Tabell 8. Skattad* andel tandlösa i befolkningen, personer 60 år och äldre, efter utbildningsnivå

Ålder 2023	Förgymnasial % (95% KI) **	Gymnasial % (95% KI) **	Eftergymnasial <3 år % (95% KI) **	Eftergymnasial ≥ 3 år % (95% KI) **
60-69	2,56 (2,48-2,63)	1,32 (1,29-1,35)	0,93 (0,88-0,98)	0,85 (0,82-0,89)
70-79	3,06 (2,99-3,13)	1,80 (1,76-1,85)	1,09 (1,03-1,15)	0,92 (0,87-0,96)
80-89	4,94 (4,83-5,04)	3,04 (2,97-3,12)	1,79 (1,68-1,91)	1,13 (1,06-1,21)
≥90	7,44 (7,2-7,68)	4,77 (4,54-5,01)	2,90 (2,53-3,31)	1,83 (1,60-2,09)

* Andel personer med 0 egna tänder i befolkningen skattas genom att beräkna andelen av de som besökt tandvården 2009-2023 som har noll egna tänder. Vid den här beräkningen används även tandvård som har utförts till hälso- och sjukvårdsavgift.

**Konfidensintervall (KI)

Källa: Tandhälsoregistret (Socialstyrelsen) och Utbildningsregistret (Statistiska centralbyrån).

När den äldre populationen har fler egna tänder kvar ökar antalet personer som behöver regelbundna undersökningar och hälsofrämjande tandvård. Äldre har ofta många restaurationer i munnen som behöver följas upp med regelbundna besök hos tandvården, och de behöver också ha en ändamålsenlig munvård i hemmet. Detta förväntas leda till ett kraftigt ökat vårdbehov i framtiden. Med anledning av detta har Socialstyrelsen i årets lägesrapport undersökt utvecklingen av den tandvård som ges till äldre. Det är viktigt att förstå att det med stigande ålder följer både ökad risk för en sämre munhälsa och ökade risker vid tandvård.

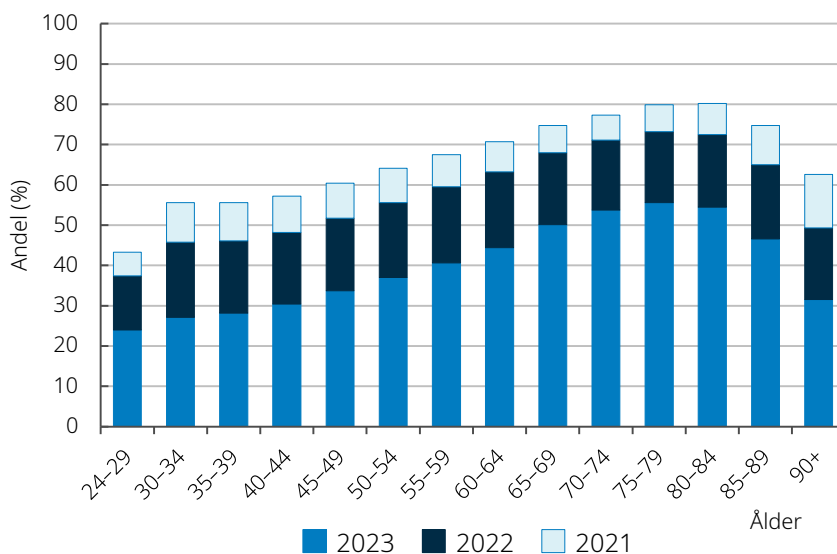
Hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver prioriteras

Ett ökat antal tänder och fler äldre i befolkningen medför också att fler äldre med skörhet behöver mer omfattande och invasiv behandling i tandvården. En förutsättning för en bibehållen munhälsa är därför att hälsofrämjande och förebyggande insatser i tandvården och äldreomsorgen inte nedprioriteras. De nationella riktlinjerna har särskilt betonat vikten av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder för personer med särskild risk för hälsan [24]. På så vis bevaras tänderna och invasiva åtgärder som tandextraktioner kan undvikas så långt som möjligt. Ett mer hälsofrämjande tandvård och munvård ökar välbefinnandet och minskar också risken för en försämrad allmän hälsa.

Risker och utmaningar i tandvården för äldre

Lagningar i munnen och andra ersättningar behöver mer omvårdnad än intakta tänder. Äldre är också storkonsumenter av tandvård. Besök för en basundersökning och annan tandvård är vanligast i den äldre befolkningen (figur 32).

Figur 32. Andel av befolkningen som genomgått minst en basundersökning 2021–2023, fördelat efter senaste besöksåret och ålder, båda könen.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Men besöken leder också ibland till invasiva åtgärder, speciellt om personen får svårt att sköta om sin dagliga munhygien, tappar regelbundenheten i den förebyggande tandvården, eller tackar nej till de hälsofrämjande insatser som tandvården erbjuder. Om en tand skadas så att den inte går att reparera eller behandla återstår endast alternativet att ta bort den. I befolkningen är det vanligast i åldersgruppen 80–84 år att extrahera minst en tand vid ett besök hos tandläkaren. Nästan 10 procent av åldersgruppen fick denna behandling under 2023 (figur 33).

Figur 33. Andel av befolkningen i olika åldersgrupper som genomfört minst en tandextraktion under 2023

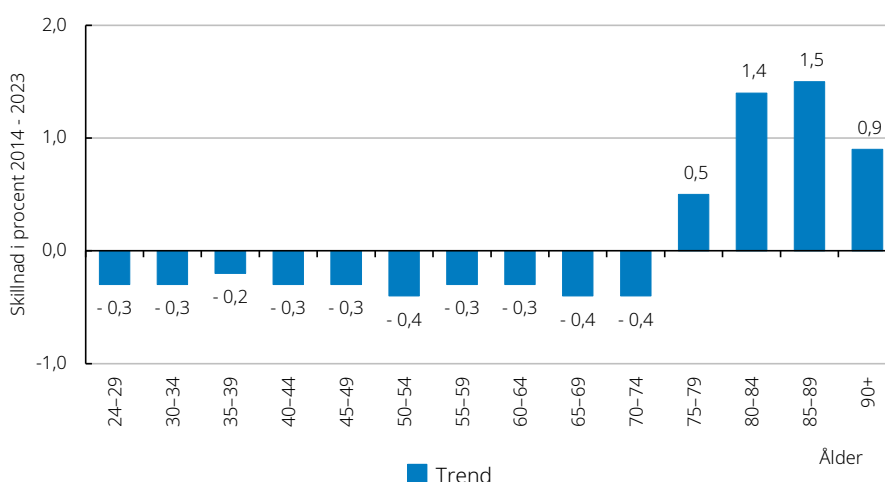
Procentuell (%) fördelning av tandextraktioner per åldersgrupp 2023, inkluderande alla kön.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Från 2014 till 2023 har andelen extraktioner ökat i gruppen 75 år och äldre jämfört med samtliga yngre åldersgrupper där andelen i stället har minskat (figur 34). En förklaring till detta kan vara att andelen i befolkningen som fick extraktioner minskade under covid-19-pandemin 2020. För personer 75 år och äldre ökade andelen mer än för övriga befolkningen när pandemin var över, vilket kan bero på att det uppstod ett ackumulerat vårdbehov när personer 70 år och äldre rekommenderades att minimera sina besök till tandvård.

Figur 34. Ökning av extraktioner bland personer 75 år och äldre i befolkningen mellan 2014 till 2023

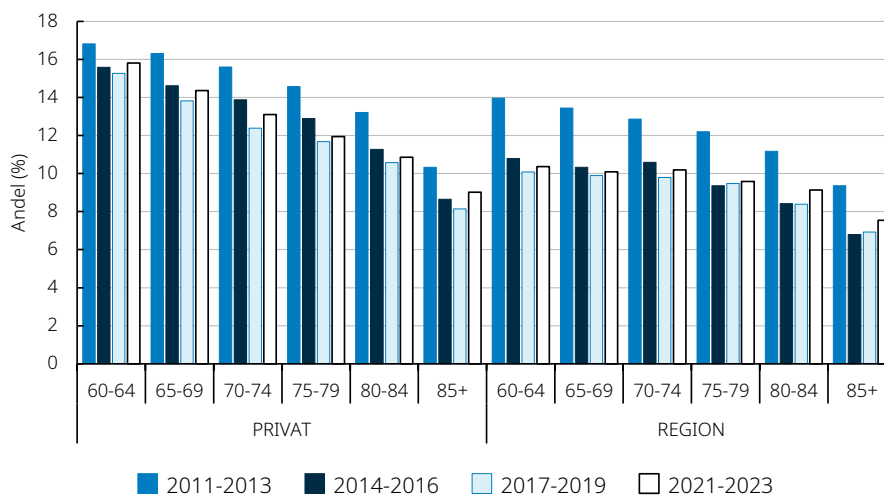


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Med stigande ålder ökar förekomsten av läkemedelsbehandling, muntorrhet och skörhet. Även symtom som kognitiv svikt och annan funktionsnedsättning ökar i omfattning. Detta innebär en utmaning vid tandvård och särskilt i de fall en invasiv åtgärd ska utföras. I vissa fall kan det vara befogat att patienten får antibiotika, men normalt inte. Det är viktigt att antibiotika förskrivs på strikta indikationer vid tandbehandling för att inte i onödan bidra till resistensutveckling. Tandvården svarar för 6,1 procent av den antibiotika som förskrivs vid öppenvårdskontakter och det finns anledning att verka för en minskad antibiotikaförskrivning även inom tandvården. Val av preparat är också viktigt. Antibiotika som förskrivs av tandläkare har ofta en låg risk för resistensutveckling, men förskrivning av mer bredspektrumantibiotika ökar sakta. Efter många år med minskande förskrivning inom tandvården kan vi observera en trend i förskrivningsmönster. Förskrivningen till äldre patienter ökar både inom den privata och den offentliga tandvården (figur 35). Orsakerna till detta är inte kända, men det kan vara ett resultat av ett ökat tandvårdsbehov hos personer där den allmänna hälsan gör det befogat att använda antibiotika i förebyggande syfte.

Figur 35. Andel personer med antibiotikabehandling i samband med tandextraktioner och andra invasiva ingrepp efter tidsperiod och vårdgivarkategori

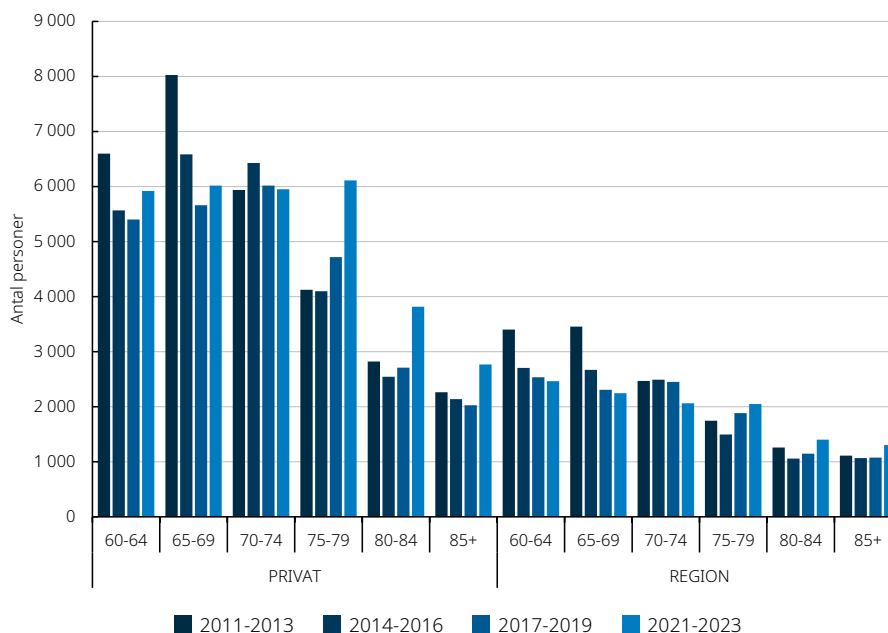
Andel (%) personer 60 år och äldre med antibiotikabehandling i samband med tandextraktioner och andra invasiva ingrepp fördelat efter tidsperiod och vårdgivarkategori.



Källa: Tandhälsoregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

En större andel av patienterna får antibiotika förskrivet i samband med invasiva ingrepp i den privata tandvården jämfört med i tandvård som drivs av en region. Folk tandvården har också färre äldre patienter, vilket innebär att antalet patienter som får antibiotika vid en tandextraktion är väsentligt högre inom den privata tandvården. I gruppen 75–79 år får tre gånger fler patienter antibiotika utskrivet i samband med en tandextraktion i den privata tandvården jämfört med i Folk tandvården (figur 36).

Figur 36. Antal personer med minst 1 antibiotikaexpediering under en treårs period mellan 2011 och 2023 efter ålder och vårdgivarkategori



Källa: Tandhälsoregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Från egenvård till omsorg- tandvårdens roll i äldreomsorgen

Tandvården för äldre personer har utvecklats till att omfatta alltmer avancerade tandersättningar på egna tänder, eller tänder förankrade med implantat. Det är en mycket framgångsrik utveckling som bidrar starkt till en ökad livskvalitet. Tandvårdsbehovet har på detta vis också ökat bland andelen äldre personer med skörhet eller sjukdom där funktionsförmågan sviktar. Alla fyllningar och andra ersättningar som sätts in i munnen behöver skötas om minst lika noga som de egna tänderna, vilket ställer stora krav på individens egen förmåga att sköta om sin munhälsa. När funktionsförmågan sviktar kan detta arbete falla på någon annan. Det kan vara en närstående eller vård- och omsorgspersonal i de fall personen har insatser från socialtjänstens äldreomsorg.

Andelen äldre i befolkningen ökar, och det förväntas leda till utmaningar för både tandvården, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Att befolkningen blir allt äldre ställer ökade krav på tandvården både i form av resurser och anpassning till äldres specifika behov.

Munvård för sköra äldre är ofta en utmaning för personalen. Det beror framförallt på att äldre har många kvarvarande tänder och avancerade fastsittande protetiska konstruktioner som behöver anpassad munvård. Det kan också bero otillräcklig kunskap och handledning, särskilt då en person

inte själv vill eller kan medverka vid munvården. Strukturerade processer för utbildning och riskbedömning kan främja kommunikationen mellan olika personalkategorier och ökar medvetenheten om hur viktig en god munhälsa är.

En svensk studie av Bellander et al. [25] från 2024 undersökte vad som uppmuntrar respektive hindrar vård- och omsorgspersonal att arbeta med förebyggande munhälsa i de standardiserade och etablerade verktyg för att bedöma behov och risk för sämre munhälsa och som används på många särskilda boenden för äldre i Sverige. Resultatet visade att ansvarsfördelningen mellan olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen kan vara oklar, vilket kan leda till att munvård nedprioriteras till förmån för andra uppgifter. Detta i kombination med stora variationer i utbildning och kunskap om munhälsa bland vård- och omsorgspersonal gör att munvårdsinsatser ibland inte utförs eller inte utförs på rätt sätt.

Hur säkerställs en trygg och säker vård och omsorg?

Sammanfattande iakttagelser

Äldre patienter drabbas oftare av skador och vårdskador i sjukhusvården. I åldersgruppen 65–79 år inträffade skador vid 12 procent av vårdtillfällena, och i gruppen 80 år och äldre var den siffran knappt 12 procent. Under perioden 2013–2023 ökade medelåldern på inläggande patienter från 67,0 till 69,8 år, vilket kan bidra till att fler äldre patienter drabbas av vårdskador.

Antalet klagomål till patientnämnderna ökade till 44 000 under 2024 jämfört med cirka 41 900 klagomål 2023, vilket gäller samtliga patientgrupper och inte enbart äldre. De vanligaste områdena för klagomål var vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet. Inom äldreomsorgen kritiserades av IVO 63 av 92 granskade ärenden i särskilt boende för äldre.

Under 2024 inkom 1 205 lex Sarah-anmälningar, varav 510 gällde äldreomsorgen. Vanliga brister var att beviljade insatser inte utfördes eller utfördes felaktigt. Antalet lex Maria-anmälningar uppgick till 2 484, och hälften av dessa rörde äldre personer. De vanligaste områdena för anmälningar var vård och behandling, läkemedelshantering och fallolyckor.

År 2023 vårdades cirka 70 000 personer på sjukhus efter en fallolycka, varav 77 procent var 65 år eller äldre. Antalet fallolyckor har ökat under senare år och kostade samhället 11,3 miljarder kronor år 2020.

I särskilt boende för äldre (säbo) har antalet fallskador minskat något sedan 2013, men i ordinärt boende ses en fortsatt ökning. De regionala skillnaderna är stora, med högst antal fallskador i Stockholm och Gotland och lägst i Gävleborg och Uppsala.

Utmaningar i uppföljning av vårdkvalitet

Nationella resultat för basala hygienrutiner och klädregler (BHK), vårdrelaterade infektioner (VRI) och trycksår förekomst hos äldre i slutenvård kan inte redovisas för år 2024, eftersom nationella

punktprevalensmätningar inte längre genomförs.³⁰ Denna brist på nationell statistik gör det svårare att få en heltäckande bild av vårdkvaliteten, vilket är centralt för att identifiera förbättringsområden och följa upp effekterna av ny teknik inom vård och omsorg för äldre.

Systematiskt arbete för att identifiera vårdskador

En god och säker hälso- och sjukvård kännetecknas bland annat av att patienterna skyddas från vårdskador, eftersom dessa skador går att undvika. Patientsäkerhetsarbetet är i grunden ett systemarbete, men med en mycket specifik utgångspunkt i patientens villkor och upplevelser. Enligt patientsäkerhetslagen definieras vårdskada på följande sätt:

”Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.³¹”

Skador och vårdskador på sjukhus är vanligare vid hög ålder

Andelen vårdtillfällen där skador inträffar inom somatisk slutenvård är större för äldre patienter. I åldersgruppen 18–64 år inträffade skador vid 8 procent av vårdtillfällena, med en något högre andel för kvinnor än män. I åldersgruppen 65–79 år inträffade skador i 12 procent av vårdtillfällena, med en fortsatt högre andel för kvinnor. I den äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre, inträffade skador vid knappt 12 procent av vårdtillfällena, med en något högre andel för män.

Även för vårdskador³² fanns skillnader mellan åldersgrupperna. I åldersgruppen 18–64 år hade 3,9 procent minst en vårdskada, med högre förekomst hos kvinnor (4,6 procent) än hos män (3 procent). I åldersgruppen 65–79 år var andelen med minst en vårdskada 7 procent, med små skillnader mellan könen. För patienter 80 år och äldre hade 6,2 procent minst en vårdskada, utan skillnad mellan kvinnor och män.

Under granskningsperioden 2013–2023 har medelåldern på inneliggande patienter ökat. År 2013 var medelåldern för kvinnor 65,9 år och för män

³⁰ Sveriges Kommuner och regioner, SKR, genomförde de sista nationella punktprevalensmätningarna under 2023.

³¹ Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL, där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada.

³² Skador är alla skador och vårdskador är de skador som bedömts som undvikbara.

Se Patientsäkerhetslagen: 1 kap 5 § Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

68,2 år. År 2023 hade medelåldern ökat till 68,1 år för kvinnor och 71,5 år för män, med en sammantagen ökning från 67,0 år 2013 till 69,8 år 2023.

Andelen vårdtagare i säbo med antibiotikabehandling ökar

Svenska HALT är en årlig punktprevalensmätning som samlar data om förekomsten av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och riskfaktorer bland vårdtagare på säbo. Syftet med mätningen är att stödja och stimulera ett systematiskt kvalitetsarbete på lokal och regional nivå. Metoden används även för gemensamma mätningar i hela Europa ungefär vart tredje år; dessa mätningar koordineras av European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). I Sverige ansvarar Folkhälsomyndigheten för mätningen i samarbete med det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Sedan 2014 genomförs HALT varje år på en valfri dag under vecka 46 och vecka 47.

I 2023 års mätning deltog 144 kommuner och nästan 20 procent av vårdtagarna på säbo, motsvarande drygt 20 000 vårdtagare inkluderades [26]. Andelen personer med en vårdrelaterad infektion (VRI) var i mätningen 1,5 procent, vilket är samma nivå som före pandemin.

De vanligaste rapporterade VRI var

- vårdrelaterade hud- och mjukdelsinfektioner
- luftvägsinfektioner (som hade dubblerats och nu var den näst vanligaste vårdrelaterade infektionen)
- urinvägsinfektioner.

Andelen vårdtagare med antibiotikabehandling var 3,1 procent, vilket är den högsta nivån sedan HALT-mätningen startade. Resultaten från HALT överensstämmer med trenderna i antibiotikaförskrivning som setts i samhället i stort de senaste åren.

Sambandet mellan en VRI och riskfaktorer är fortsatt starkt i Socialstyrelsens analyser. När myndigheten undersökte skillnader i riskfaktorer över tid sedan HALT startade, såg vi en signifikant ökning av förekomsten av urinkatetrar, trycksår och andra sår [26].

Mätningar av VRI, riskfaktorer och antibiotikaanvändning visar på behovet av mer aktivt arbete med smittförebyggande insatser och bidrar till en säkrare vård. Regelbundna mätningar stimulerar ett kontinuerligt förbättringsarbete, eftersom resultaten möjliggör uppföljning över tid.

Städning och vårdhygien behöver ses som en patientsäkerhetsfråga

Där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas den personal, lokaler och utrustning som behövs för att kunna ge en god vård. I verksamheter som riktar sig till äldre är många mer sårbara för vårdrelaterade infektioner och andra komplikationer, och där är detta särskilt relevant. I hälso- och sjukvårdslagen³³ finns det ett uttalat krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem³⁴ ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet omfattar också hygienrutiner och städning i vårdlokaler där äldre vistas.

I patientsäkerhetslagen³⁵ fastställs vårdgivarens ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska också vidta åtgärder för att förebygga vårdskador. En åtgärd för att skydda äldre patienter från vårdrelaterade skador är att betrakta städning som en del av patientsäkerhetsarbetet.

Under våren 2024 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning för att bedöma hur styrningen av städning i vårdlokaler fungerar inom särskilda boenden för äldre. Undersökningen riktades till cirka hälften av Sveriges kommuner, och totalt 110 kommuner besvarade enkäten (svarsfrekvensen var 72 procent). De svarande var i de flesta fall medicinskt ansvariga sjuksköterskor, men även chefer från olika nivåer, verksamhetsutvecklare och samordnare inom lokalvård deltog. Syftet med enkätundersökningen var att få en uppfattning om utvecklingen inom området och uppmärksamma vikten av städning för att minska riskerna för vårdrelaterade infektioner.

Exempel på vårdlokal som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården är:

- rum för undersökning och behandling (exempelvis såromläggning, provtagning, kateterisering, fotsjukvård)
- träningslokal med arbetsterapeut och fysioterapeut
- läkemedelsrum och desinfektionsrum.

När hälso- och sjukvård utförs i en boendes lägenhet betraktas även den som en vårdlokal och omfattas av samma hygienkrav.

³³ Se 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

³⁴ Se 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

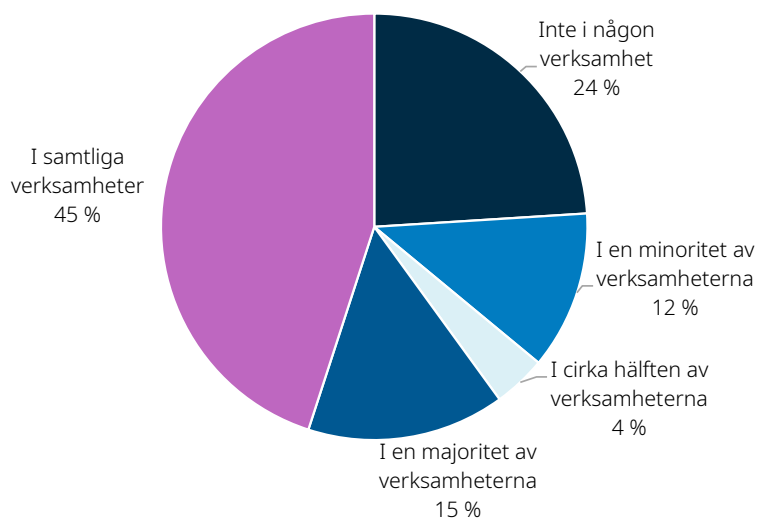
³⁵ Se 3 kap. 1–2 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Enkäten bestod av tretton frågor och berörde följande sju områden:

- ledningssystem
- expertkompetens
- städning i egen regi
- krav vid upphandling
- tillgång till utrustning
- ansvarsfördelning
- kunskap och kompetens.

En femgradig skala användes där 1 motsvarade ”inte någon verksamhet” och 5 ”i samtliga verksamheter”. Nästan hälften av de svarande bedömde att styrningen av städning i vårdlokaler var god i samtliga verksamheter. Ytterligare 15 procent ansåg att styrningen var god i en majoritet av verksamheterna. Resultatet har sammanställts med ett medelvärde för samtliga tretton frågor, och presenteras i figur 37.

Figur 37. Kommunernas medelvärde för samlad bedömning av styrning av städning i vårdlokaler 2024



Källa: Enkätundersökning - Styrning av städning i vårdlokaler i kommun. Socialstyrelsen 2024.

Vid förekomst av olika smittor bedömde 64 procent av kommunerna att de hade dokumenterade processer och rutiner samt kvalitetskrav för städning i vårdlokaler. En positiv aspekt som framkom var att 82 procent av kommunerna uppgav att det fanns tillgänglig och adekvat städutrustning för extra städinsatser som vårdpersonal kan behöva utföra.

Utifrån resultatet identifierade Socialstyrelsen följande utvecklingsområden:

- säkerställa dokumenterade processer och rutiner
- säkerställa kvalitetskrav för städning i vårdlokaler

- fortlöpande genomföra riskanalyser och egenkontroller för städning i vårdlokaler
- säkerställa kompetensen när nya arbetsuppgifter, städmetoder och städutrustning införs i verksamheten.

En stor del av kommunerna bedriver städning i egen regi. Det innebär inte bara ett större ansvar för styrningen av städningen utan också att man som vårdgivare har mer kontroll över sin städning och möjlighet att utbilda personal samt utforma rutiner och processer som även omfattar vårdlokaler.

Klagomål och anmälningar ökar

Patientnämndernas uppgift är att vara en länk mellan patienten eller de närstående och sjukvården, och de arbetar opartiskt och fristående i förhållande till vårdgivaren. År 2024 ökade klagomålen från patienter och närstående, och patientnämnderna tog emot 43 998 klagomål jämfört med cirka 41 900 klagomål 2023. De vanligaste ärendetyperna var vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet.³⁶

IVO utreder enbart de mest allvarliga klagomålen; i första hand ska patienten eller brukaren vända sig till vårdgivaren för att lämna klagomål. Under 2024 inkom 5 614 klagomål till IVO.^{37,38} Av de som IVO beslutade var det 26 procent som utreddes i sak.³⁹ Totalt 676 ärenden⁴⁰ utmynnade i kritik mot vårdgivare, jämfört med 700 ärenden året före.

För personer som är 65 år⁴¹ eller äldre utreddes totalt 526 ärenden, där majoriteten rörde vård och behandling, följt av diagnostisering. Inom äldreomsorgen granskades 92 ärenden, varav 63 avslutades med kritik (figur 38). En majoritet av de utredda ärendena gällde vård och behandling, och en klar majoritet (59 av 92) avsåg särskilt boende för äldre.

³⁶ Uppgift från Patientnämndernas kansli, Region Skåne, 2025-02-03.

³⁷ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

³⁸ Vårdgivaren är enligt 3 kap. 5 § PSL skyldig att anmäla händelser till IVO om de har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

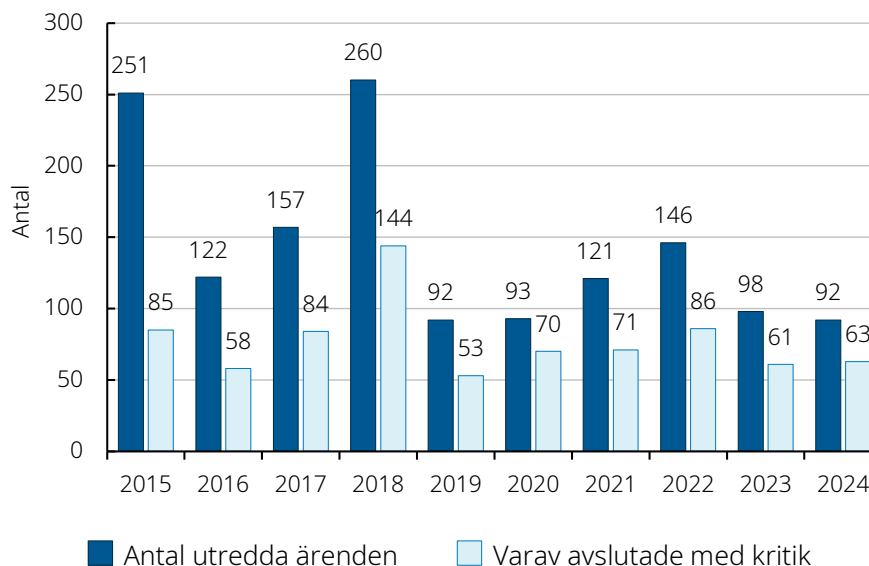
³⁹ Beslutade ärenden kan vara klagomål som inkommit före 2024.

⁴⁰ På grund av handläggningstider kan ärenden som anmälades före 2023 ingå i antalet.

⁴¹ Ett klagomål kan gälla en eller flera åldersgrupper och det finns även 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 38. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) inom äldreomsorgen

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen inom äldreomsorgen, antal utredda i sak samt antal avslutade med kritik, 2015-2024.

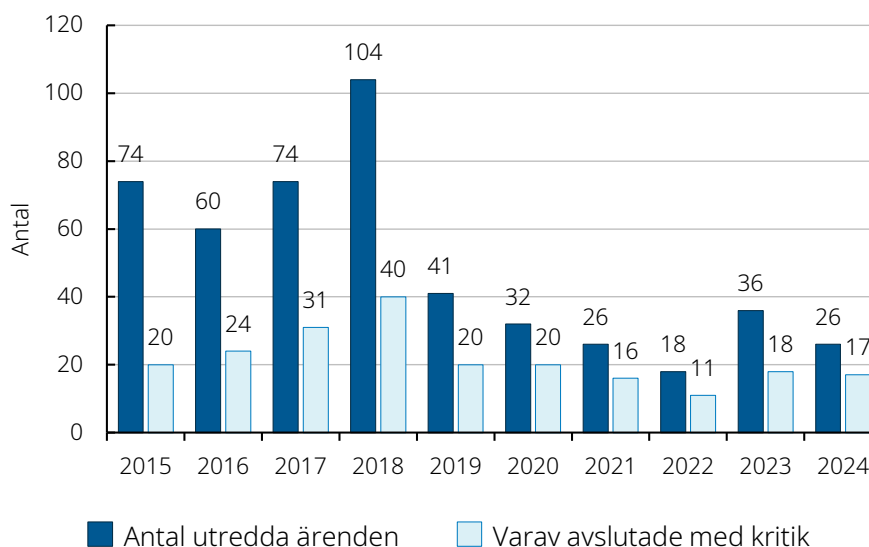


Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO), 2024.

Inom hemsjukvård i ordinärt boende utreddes 60 ärenden, varav 41 avslutades med kritik (figur 39).

Figur 39. 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, 2015-2024.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO), 2024.

Under 2024 fick IVO in 1 205 lex Sarah-anmälningar, vilket är något fler än tidigare år. Beslut togs i 1 261 ärenden, varav 510 gällde äldreomsorg. De vanligaste ärendena om äldreomsorg rörde beviljad insats som inte utförts och beviljad insats som utförts felaktigt. Ärendena inom äldreomsorg gällde oftast säbo, följt av hemtjänst. Detta liknar bilden från tidigare år [27].

Under 2024 kom det in 2 484 anmälningar enligt lex Maria till IVO, varav mer än hälften (1 343 anmälningar) berörde åldersgruppen 65 år och äldre.⁴² Flest beslut gällde vård och behandling, följt av diagnostisering och läkemedelshantering. För äldreomsorgen beslutade IVO i 345 ärenden, och för hemsjukvård i ordinärt boende i 110 ärenden. Inom äldreomsorg gällde flest beslut vård och behandling, läkemedelshantering samt fall eller fallskada. Inom hemsjukvård i ordinärt boende gällde flest beslut vård och behandling samt läkemedelshantering.⁴³

Fallolyckor bland äldre måste fortsätta förebyggas

Cirka 70 000 personer vårdas varje år på sjukhus efter att ha fallit [28]. Fallolyckor drabbar framför allt äldre, och år 2023 var 77 procent av de som vårdades inom slutenvården 65 år eller äldre. Bland kvinnor var andelen 82 procent och bland män 71 procent. I åldersgruppen 80 år eller äldre utgjorde fallolyckor 92 procent av alla olyckshändelser. Fallolyckor är en av de olyckstyper som leder till flest antal besök på akuten och flest inläggningar på sjukhus, men det är också en vanlig dödsorsak bland äldre. Rädsla för att falla upplevs som ett stort hinder i vardagen för många äldre personer. Rädslan kan öka risken för stillasittande och minskad fysisk aktivitet, social isolering och i förlängningen försämrad livskvalitet. Att förebygga fallhändelser kan ge bättre levnadsvillkor för både äldre personer och deras närstående. Orsaker till att fallrisken ökar med stigande ålder är bl.a. muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga, sjukdom, läkemedel eller bristande näringsintag [29].

År 2020 kostade fallolyckor bland äldre 11,3 miljarder kronor i direkta kostnader för kommuner och regioner. Den största delen av kostnaderna hamnar hos kommunerna och utgörs bland annat av ökade kostnader för äldreomsorg. I regionerna är det slutenvården som utgör den största utgiftsposten vid fallolyckor [29].

Mellan 2013 och 2020 minskade antalet fallskador i slutenvården, från cirka 5 800 fall per 100 000 invånare år 2013 till knappt 5 000 år 2020 (figur 40).

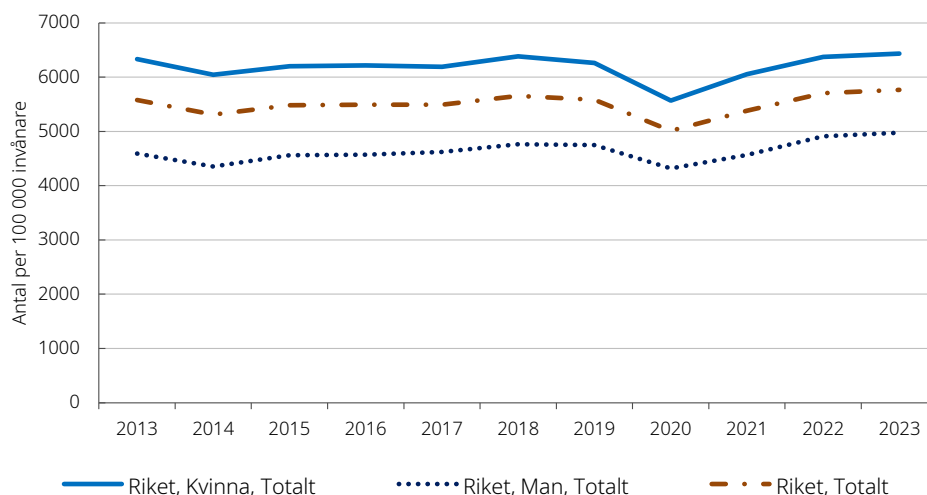
⁴² Det finns ärenden där ålder inte är specificerad. I beslutade ärenden kan ålder kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet ärenden specificerat på åldersgrupper kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

⁴³ Uppgifter från Inspektionen för vård och omsorg 2025-01-29, <https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>

Därefter har trenden vänt och fallskadorna har ökat under de senaste åren, till drygt 5 700 per 100 000 invånare år 2023. Kvinnor står för en högre andel av fallskadorna än män under hela perioden. År 2023 låg antalet fallskador bland kvinnor på cirka 6 400 per 100 000 invånare, medan motsvarande siffra för män var cirka 5 000 per 100 000 invånare. Denna skillnad har varit stabil under hela perioden.

Figur 40. Fallskador bland personer 65 år och äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre, 2013-2023.

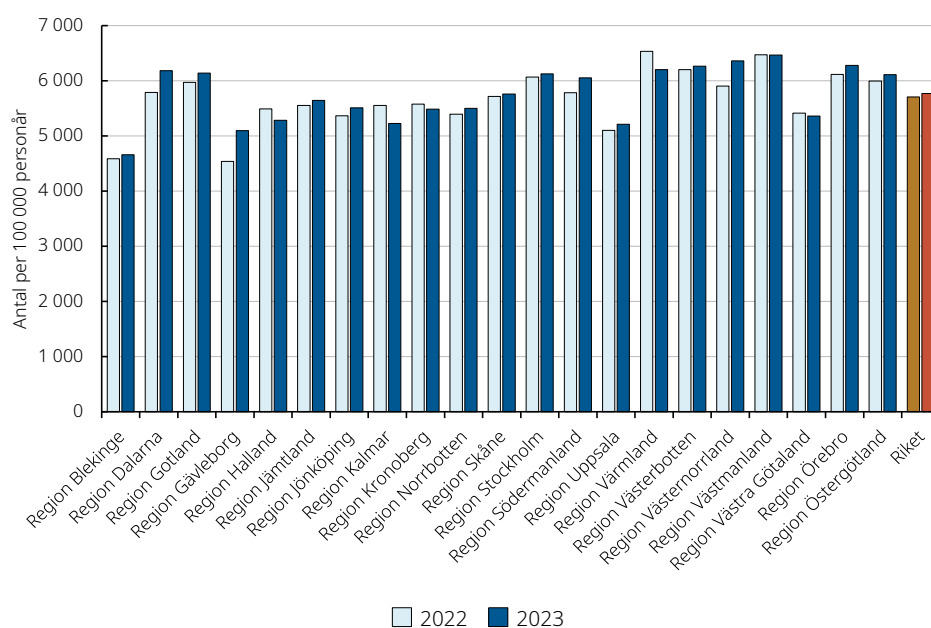


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Regionalt finns tydliga skillnader i förekomsten av fallskador (figur 41). Regioner som Värmland, Västernorrland och Västmanland rapporterade de högsta nivåerna, medan Gävleborg, Halland och Uppsala hade de lägsta nivåerna. Trenden varierar mellan regioner. Vissa, såsom Dalarna och Örebro, visar en tydlig ökning, medan andra, exempelvis Halland och Kronoberg, uppvisar en minskning. Dessa skillnader kan spegla faktorer som demografiska variationer, vårdresurser och förebyggande insatser.

Figur 41. Regionjämförelse av fallskador för personer 65 år och äldre

Fallskador med inskrivning i slutenvården per 100 000 personår för personer 65 år och äldre, regionjämförelse.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

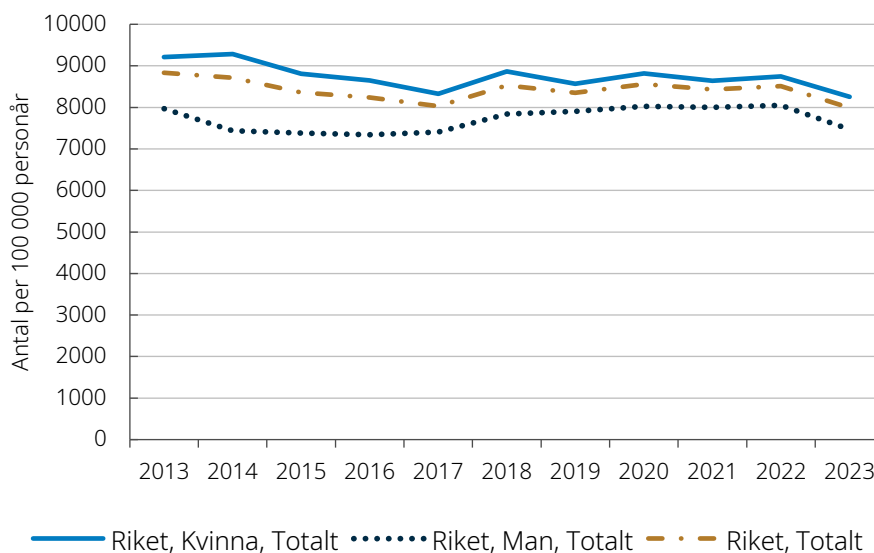
Fallskador i särskilt boende för äldre

I säbo har fallskador som krävde inskrivning inom slutenvården minskat något totalt sett under perioden 2013–2023, men det finns tydliga variationer mellan åren (figur 42). År 2013 skedde totalt 8 831 fallskador per 100 000 personår,⁴⁴ medan siffran år 2023 hade minskat till cirka 7 988 fallskador per 100 000 personår. Kvinnor har generellt en högre förekomst av fallskador jämfört med män.

⁴⁴ **Personår** är den sammanlagda tid som varje person i studiegruppen riskerat att drabbas av egenskapen eller sjukdomen i fråga

Figur 42. Fallskador för personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre

Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår för personer på särskilda boenden 65 år och äldre.



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

Fallskador är en återkommande och omfattande utmaning för äldre som bor i säbo. Minskningen av allvarliga fallskador under den senaste perioden kan vara en effekt av förebyggande insatser, förbättrade vårdstrategier och större fokus på riskhantering i särskilt boende för äldre.

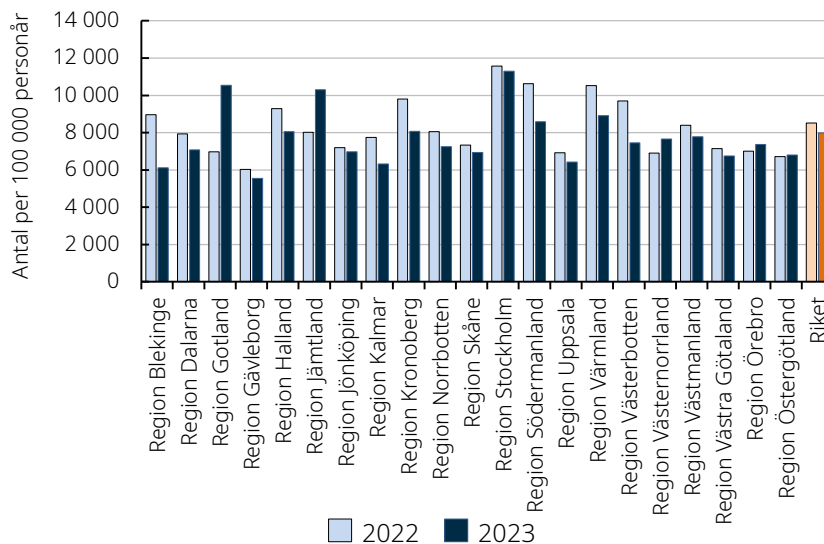
En vidare analys av regionala skillnader presenteras i figur 43. Figuren visar antalet fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår⁴⁵ i olika regioner samt riksgenomsnittet. Resultaten visar att det finns tydliga regionala variationer i förekomsten av fallskador. Dessa skillnader kan delvis förklaras av faktorer såsom befolkningens ålderssammansättning, vårdstrukturer och omfattningen av förebyggande insatser i respektive region.

Högst antal fallskador rapporteras i Region Stockholm (11 567 fall per 100 000 personår), följt av Region Gotland (10 540) och Region Jämtland (10 306). Lägst antal fallskador finns i Region Gävleborg (5 554) och Region Uppsala (6 425). På riksnivå ligger siffran på 8 508 fall per 100 000 personår. Generellt sett har kvinnor fler fallskador än män i de flesta regioner, även om det finns vissa undantag. I Region Gotland och Region Jämtland är fallskador vanligare bland män, medan kvinnor har avsevärt högre siffror än män i exempelvis Stockholm och Södermanland.

⁴⁵ **Personår** är den sammanlagda tid som varje person i studiegruppen riskerat att drabbas av egenskapen eller sjukdomen i fråga

Figur 43. Regionjämförelse av fallskador för personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre

Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår* för personer på särskilda boenden 65 år och äldre, Regionjämförelse.



* Personår är den sammanlagda tid som varje person i studiegruppen riskerat att drabbas av egenskapen eller sjukdomen i fråga.

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

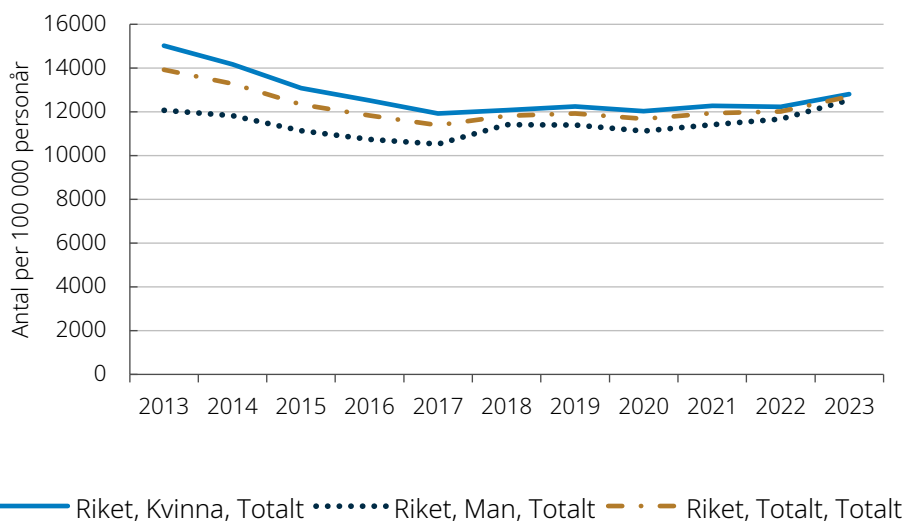
Fallskador i hemsjukvård i ordinärt boende

Figur 44 visar fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår för personer 65 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, uppdelat på kön och totalt för riket. Antalet fallskador minskade från 2013 till 2017 men har därefter planat ut och sedan ökat något under senare år. Kvinnor har genomgående haft högre nivåer än män.

År 2023 låg det totala antalet fallskador på 12 695 per 100 000 personår, jämfört med 13 919 år 2013. För kvinnor minskade fallskadorna från 15 021 år 2013 till 12 800 år 2023, medan motsvarande siffror för män var 12 068 respektive 12 532.

Figur 44. Fallskador för personer 65 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende

Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår* för personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende 65 år och äldre.



* Personår är den sammanlagda tid som varje person i studiegruppen riskerat att drabbas av egenskapen eller sjukdomen i fråga.

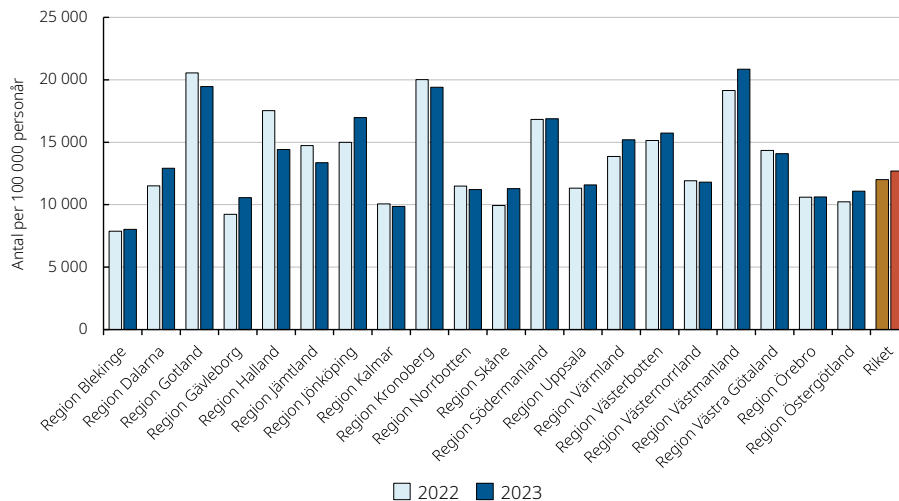
Källa: Patientregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Dessa nationella trender döljer dock stora regionala skillnader. Figur 45 visar hur fallskadorna för personer 65 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende varierar mellan regionerna. Högst antal fallskador 2023 rapporteras i Region Västmanland (20 843 fall per 100 000 personår), följt av Region Gotland (19 461) och Region Kronoberg (19 399). Lägst antal fallskador finns i Region Blekinge (8 025), Region Kalmar (9 855) och Region Örebro (10 618).

I flera regioner, såsom Dalarna, Jönköping och Skåne, ökar antalet fallskador mellan 2022 och 2023, medan det i vissa regioner, exempelvis Gotland och Halland, minskar.

Figur 45. Regionjämförelse av fallskador för personer 65 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende

Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår* för personer 65 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Regionjämförelse.



* Personår är den sammanlagda tid som varje person i studiegruppen riskerat att drabbas av egenskapen eller sjukdomen i fråga.

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

Hur är den psykiska hälsan hos äldre?

Sammanfattande iakttagelser

- Många äldre upplever ensamhet, vilket påverkar deras hälsa. Av personer över 60 år uppger 26 procent att de har måttliga besvär av ensamhet, och 8 procent att de har allvarliga besvär.
- Äldre i särskilt boende för äldre (säbo) upplever ensamhet i högre grad än äldre med hemtjänst i ordinärt boende. Av de äldre på säbo upplever 15 procent ofta ensamhet, jämfört med 10 procent av dem med hemtjänst i ordinärt boende.
- Ofrivillig ensamhet är en särskild utmaning för äldre från nationella minoriteter (judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar). Exempelvis kan äldre sverigefinnar ha svårt att få minnestest på sitt modersmål, vilket kan leda till felaktiga demensdiagnoser. Äldre samer kan känna sig utanför i äldreomsorgens aktiviteter, medan äldre romer ofta saknar kollegiala nätverk och därmed drabbas av samhällets ökade individualisering.
- Äldre män löper högst risk att ta sitt liv. År 2023 var suicidtalet för män över 85 år 53 per 100 000 invånare, vilket är mer än dubbelt så högt som för yngre män.

Ensamhet bland äldre: en utmaning för individen och samhället

Upplevelse av ensamhet är vanligt bland äldre och har en betydande negativ inverkan på både psykisk och fysisk hälsa. Enligt Folkhälsomyndighetens rapport *Ensamhet – förekomst, konsekvenser och åtgärder* uppger 26 procent av personer över 60 år att de har måttliga besvär av ensamhet, och 8 procent rapporterar att de har allvarliga besvär [30].

Faktorer som ökar risken för ensamhet är bland annat att:

- vara ensamstående
- ha ett begränsat socialt nätverk
- ha låg social aktivitet
- lida av multisjuklighet
- ha dålig självupplevd hälsa.

Dessa faktorer förstärks ofta av förlust av nära relationer, särskilt hos änkor och änklingar.

Ensamhet är inte enbart en emotionell utmaning utan medför också mätbara hälsokonsekvenser. Studier visar att ensamhet ökar risken för depression, ångest och suicidtankar [31, 32]. Ensamhet är dessutom kopplad till ökad dödlighet, särskilt hos äldre med kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar [33, 34]. Social isolering förstärker dessa negativa effekter och skapar en dubbel utmaning för äldre med begränsade sociala nätverk [35].

Hushållsstrukturen påverkar upplevelsen av ensamhet. Nästan hälften av Sveriges hushåll är ensamhushåll, och andelen är ännu högre bland äldre. Ensamhet är särskilt vanligt bland äldre som bor på säbo. Enligt Socialstyrelsens enkätundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* för 2024 [1] upplever 15 procent av dessa äldre ofta ensamhet, vilket är en högre andel än de som har hemtjänst (10 procent). Brist på aktiviteter och social interaktion inom boendena kan bidra till att förstärka känslan av ensamhet.

Det finns en ökande medvetenhet om ensamhetens konsekvenser för äldre, vilket ger en möjlighet att stärka både individens hälsa och samhällets hållbarhet. Ensamhet är en utmaning som kräver samverkan mellan flera sektorer för att åstadkomma varaktig förändring.

Ofrivillig ensamhet bland äldre ur de nationella minoriteterna

Socialstyrelsen har haft samråd med de nationella minoriteternas riksorganisationer och då identifierat att ofrivillig ensamhet bland äldre från de nationella minoriteterna är ett problem som påverkar de äldre på olika sätt. Dels finns det inom minoriteterna inslag av glesbygdsproblem med stora avstånd och färre aktiviteter för äldre, dels finns det språkliga dimensioner som gör att de äldre riskerar att bli mer isolerade än äldre i majoritetsbefolkningen. Det kan både ha att göra med att demenssjukdomar leder till att språket tappas, och med att det sociala nätverket av minoritetsspråkskunniga krymper, till exempel då äldre blir änkor eller änklingar.

För flera av minoriteterna finns även aspekter av upplevd diskriminering och utsatthet, såsom antisemitism och antiziganism, som leder till en oro inför kontakt med majoritetssamhället. Det kan exempelvis handla om att äldre avstår från hemtjänst på grund av bristande tillit till följd av tidigare erfarenheter. Inom flera av minoriteterna görs försök att bryta äldres isolering genom volontärinsatser. Dock lyfter de sverigefinska organisationerna att det även uppstått en hel del utmaningar med uppsökande arbete. Detta arbete kräver resurser, och många äldre är

dessutom rädsla för att prata med främlingar eftersom bedrägerier riktade mot äldre har ökat. Minoritetsrepresentanter är eniga om att det behövs bättre kunskap och förståelse för den utsatthet som drabbar äldre ur minoritetsgrupper.

Äldre samer vittnar också om ett utanförskap, där män som har lämnat det traditionella renskötarlivet är särskilt utsatta. Dessa män kan bli isolerade när de yrkesnätverk och sociala nätverk de tillhört befinner sig i fjällvärlden under stora delar av sommaren. Under dessa perioder är de äldre ofta beroende av hemtjänst med personal som inte alltid har kunskap om t.ex. samisk matkultur eller traditioner. De äldre avstår ofta från att delta i aktiviteter och högtider som anordnas inom äldreomsorgen eftersom de inte känner igen sig i dessa sammanhang.

Flera romska organisationer lyfter även äldre romers upplevelser av ensamhet och isolering. Äldre romers yrkeserfarenhet kommer inte sällan från näringar som de romska gemenskaperna ansvarat för, såsom kringresande försäljning, vilket gör att de kan sakna kollegiala gemenskaper. En annan förklaring till äldre romers upplevelser av ensamhet är att det svenska samhället är mer individualiserat i dag. Detta gör det svårare för barn och barnbarn att i sina egna livspussel få utrymme för att umgås med den äldre generationen. En del äldre romer är dessutom analfabeter och har därmed svårt att delta fullt ut i samhället, vilket gör att de riskerar att bli isolerade.

Bristande språkstöd för äldre finsktalande personer

Den sverigefinska minoriteten har i samråd med Socialstyrelsen påpekat att de upplever stora problem med språkstöd och demensutredningar för äldre finsktalande.

- Kallelser till sjukvården är på svenska, vilket långt ifrån alla förstår. Det drabbar i än högre grad finsktalande personer med vissa former av funktionsnedsättning.
- Minnestest görs främst på svenska – även om det kan gå att få tolk vill sjukvårdspersonal helst inte att det finns någon annan person med i rummet. Dock förekommer det att det går att göra minnestest med instruktioner på finska.
- På grund av språkproblem i samband med minnestester kan vissa personer upplevas som mer sjuka i demens än vad de faktiskt är, vilket i sin tur kan leda till att de får fel vård.
- Även inom äldreomsorgen kan finsktalande personer upplevas som mer sjuka i demens än vad som egentligen är fallet eftersom personalen inte kan kommunicera med dem på finska.

- De äldre blir väldigt beroende av att det finns närstående som kan bistå med olika metoder, till exempel lappar med finska ord så att personalen bättre kan kommunicera med deras släktingar. Under pandemin blev det särskilt tydligt att många äldre med demenssjukdomar blev helt isolerade utan förmåga att kommunicera om det inte fanns finskspråkig personal på till exempel säbo.
- Den sverigefinska minoriteten hänvisar även till studier som visar på att aggressivitet och raseriutbrott kan minska betydligt hos äldre som får rätt språkstöd [36].

Statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet

Under 2023 fördelade Socialstyrelsen 98 miljoner kronor i statsbidrag till 440 organisationer för insatser som motverkar ofrivillig ensamhet [37]. Även om statsbidraget sedan 2023 inte är specifikt riktat till äldre, har äldre varit den vanligaste målgruppen. Organisationerna har använt 97 procent av det totala bidraget och betonar att fysiska sammankomster är särskilt betydelsefulla för målgruppen. Betydelsen av digitala mötesplatser har däremot minskat sedan pandemirestriktionerna togs bort i början av 2022. Utbudet av aktiviteter har varit mångfacetterat och inkluderat bland annat stöd till nationella telefonjourer som Äldrelinjen. Antalet deltagare i insatserna har bedömts vara högt, även om siffrorna är osäkra.⁴⁶ Socialstyrelsen bedömer att statsbidraget har uppnått sitt syfte att förebygga och bryta ensamhet och isolering.

Under 2023 fördelade Socialstyrelsen även 48,5 miljoner kronor till 172 kommuner för projekt med syfte att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre som bor på särskilt boende för äldre eller har insatser i form av hemtjänst. Mottagarna förbrukade cirka 45,6 miljoner kronor, vilket motsvarar 94 procent av de fördelade medlen [37].

Kommunerna har framför allt använt statsbidraget till att starta upp eller utveckla existerande sociala och kulturella aktiviteter samt mötesplatser och träffpunkter för äldre personer. Många kommuner har även startat upp eller utvecklat fysiska aktiviteter och hälsofrämjande insatser för äldre personer. För att underlätta för äldre att delta i aktiviteterna har kommunerna exempelvis erbjudit ledsagning i samband med aktiviteter och transport till aktiviteter, vilket har lett till att deltagandet ökat. Många kommuner har även erbjudit äldre personer ett aktivt stöd för att etablera en kontakt och komma igång med aktiviteten. Kommunerna själva bedömer att majoriteten

⁴⁶ Uppgifterna är redovisade för samtliga organisationer som bidraget riktar sig till. Siffrorna hade sett annorlunda ut om vi enbart redogjort för de organisationer som vänt sig till äldre.

av projekten har bidragit till att motverka ofrivillig ensamhet samt ökat äldre personers deltagande, i ganska hög eller hög utsträckning [37].

Tillsammans för god gemenskap i hela befolkningen – En nationell strategi

I dialog med många olika aktörer i samhället och i samverkan med Socialstyrelsen har Folkhälsomyndigheten tagit fram en nationell strategi för att förebygga och motverka ensamhet: *Tillsammans för god gemenskap i hela befolkningen* – en nationell strategi mot ensamhet [38]. Strategin är fem år och varar till och med 2029.

Suicid bland äldre

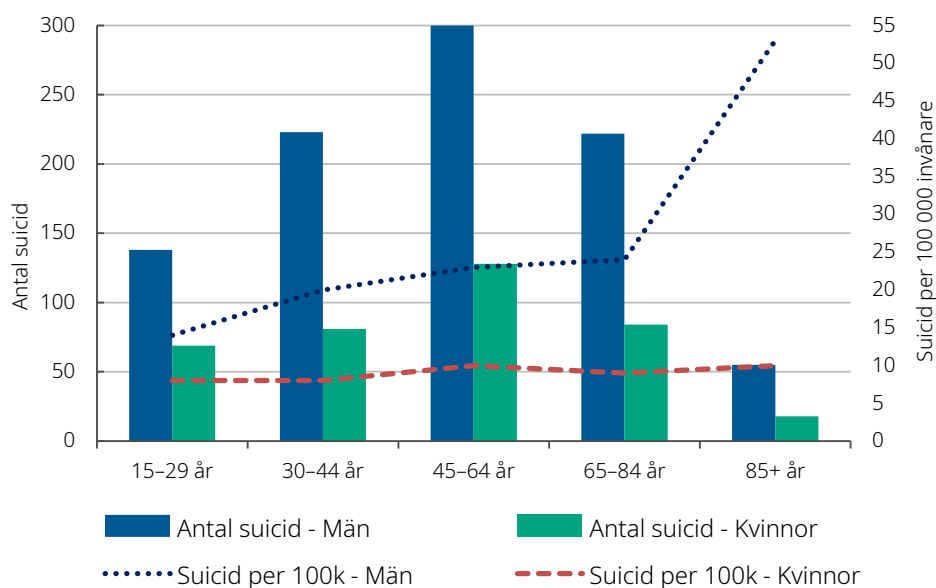
Suicid, att avsiktligt ta sitt liv, är ett globalt folkhälsoproblem som går att förebygga. Enligt WHO avlider drygt 720 000 människor i världen av suicid varje år, och många fler gör suicidförsök [39]. Suicidtalerna (antal suicid per 100 000 invånare) har minskat i Sverige under de senaste 20 åren i de flesta åldersgrupper, inklusive bland äldre [40]. Denna minskning har dock planat ut på senare år, och efter covid-19-pandemin har suicidtalet återigen ökat något. WHO påpekade i sin rapport från 2021, *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact* [41], att pandemin förvärrade social isolering och ångest bland äldre, vilket kan ha bidragit till ökad suicidrisk i vissa grupper. I den äldsta åldersgruppen (85 år och äldre) varierar suicidtalerna mycket från år till år, eftersom enstaka fall påverkar statistiken på grund av förhållandevis få individer i populationen.

Äldre män – en utsatt grupp

Under 2023 registrerades 1 328 säkert fastställda suicid i Sverige, enligt Socialstyrelsens Dödsorsaksregistret (figur 46) [40]. Av dessa var 943 män och 385 kvinnor, medan 10 var barn under 15 år. Dessutom registrerades 289 fall där det fanns misstanke om suicid, men där avsikten inte kunde fastställas. Två tredjedelar av alla som avled i suicid var män; det är alltså en tydlig skillnad mellan könen.

Suicidrisken ökar med stigande ålder, särskilt bland män. Den högsta suicidförekomsten fanns bland män som var 85 år eller äldre, där suicidtalet uppgick till 53 per 100 000 invånare – mer än dubbelt så högt som bland yngre män (figur 46)[40]. Detta är en särskilt utsatt grupp där flera faktorer kan spela in, såsom ensamhet, fysisk sjukdom, förlust av livspartner och sänk livskvalitet. Bland kvinnor över 85 år var suicidtalet betydligt lägre, 10 per 100 000 invånare [40].

Figur 46. Antal suicid och antal suicid per 100 000 invånare uppdelat på kön och åldersgrupper 2023



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention – *Det handlar om livet*

Regeringen har lanserat en långsiktig strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention under namnet *Det handlar om livet* [42]. Strategin sträcker sig från 2025 till 2034 och erbjuder ett samlat ramverk med mål och delmål. För första gången inkluderas även ett uppföljningssystem för att förbättra lärandet och effektiviteten i det förebyggande arbetet.

Hur påverkar kompetensen och kontinuitet de äldre?

Sammanfattande iakttagelser

Kompetensförsörjningen är en av vårdens största utmaningar. En prognos från SCB visar att efterfrågan på vård- och omsorgsutbildade kan öka med 50 procent fram till 2040.

År 2023 var 114 079 undersköterskor verksamma inom äldreomsorgen, varav 77 408 arbetade på särskilt boende för äldre (säbo). Det finns stora skillnader i tätheten av undersköterskor inom äldreomsorgen mellan olika delar av landet. Norra Sverige har högst antal undersköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre, medan östra Sverige har lägst antal. Undersköterska är nu en skyddad yrkestitel, vilket stärker kompetenskraven och patientsäkerheten. I december 2024 hade totalt 108 055 undersköterskor erhållit bevis om skyddad yrkestitel, oavsett arbetsplats.

Utöver undersköterskor fanns det 2023 också 72 805 vårdbiträden verksamma inom äldreomsorgen. Av dessa arbetade 35 140 på säbo.

I hemtjänstverksamheter där minst 79 procent av personalen är undersköterskor uppger 89 procent av de äldre att personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra. På säbo, där andelen undersköterskor är minst 88 procent, uppger 84 procent av de äldre att personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra.

Under 2022 minskade antalet sjuksköterskor från cirka 13 970 år 2021 till 13 908. Antalet specialläkare i geriatrik är däremot stabilt, med cirka 530 verksamma geriatriker. Tillgången till geriatriker varierar stort mellan regionerna. Region Stockholm har flest geriatriker per invånare, medan vissa regioner har mycket få eller inga alls.

Allt fler kommuner inför arbetsdifferentiering, som till exempel kan innebära att personalen utan vårdutbildning tar hand om serviceinsatser medan undersköterskor fokuserar på vårduppgifter. Dock har endast 20 procent av de kommuner som infört arbetsdifferentiering utvärderat effekterna av arbetssättet, vilket gör att kunskapsunderlaget är begränsat.

Kompetens inom patientsäkerhet är en förutsättning för säker och hållbar hälso- och sjukvård

Under 2024 har Socialstyrelsen tagit fram *Nationella kompetensmål för patientsäkerhet* inom ramen för sitt arbete med att genomföra den nationella handlingsplanen [43]. Kompetensmålen kan vara ett stöd för dem som tar fram utbildningar i patientsäkerhet och hur äldre patienter och deras närstående kan inkluderas som aktiva parter i vårdens säkerhetsarbete.

Oavsett om huvudmannen är regional, kommunal eller privat, behöver chefer generellt ha djup kompetens om patientsäkerhet. Chefer och ledare behöver även ha kompetens i att involvera den äldre patienten som medskapare i vårdprocessen, särskilt i beslut som rör hens vård och omsorg.

Rollen som verksamhetschef medför ett långtgående ansvar för patientsäkerheten. Inom kommunal hälso- och sjukvård är det vanligt att verksamhetschefer har en utbildningsbakgrund som inte utgår från ett legitimerat vårddyrke. Resultatet från Socialstyrelsens *Enkät om patientsäkerhetsarbete* [44] visar att få politiker och chefer på strategisk nivå fått introduktions- eller fortbildning i patientsäkerhet. Samtidigt visar enkäten exempelvis att tre av fem kommuner använder *Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete*. Kommunerna har använt verktyget för analys av det systematiska patientsäkerhetsarbetet (95 procent), för att identifiera aktiviteter som stärker det systematiska patientsäkerhetsarbetet (97 procent), för att prioritera aktiviteter (93 procent) samt för att ta fram en kommunal handlingsplan för patientsäkerhet (84 procent). Därför behövs insatser särskilt riktade till dessa grupper. Med utgångspunkt i kompetensmålen har Socialstyrelsen inlett arbetet med att utveckla utbildningsmaterial särskilt riktat till chefer och ledare som stöd för kompetensutveckling.

Det finns brister i kontinuitet inom vård och omsorg för äldre

Utvecklingen inom den kommunala hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen ställer höga krav på personalen. Att säkerställa rätt kompetens och skapa förutsättningar för kontinuerlig kompetensutveckling är avgörande, inte bara för att göra yrkena attraktiva utan också för att möjliggöra effektivt och patientsäkert arbete i en kunskapsintensiv verksamhet. Från ett äldreperspektiv bidrar en välutbildad och kompetent personal till att den äldre får en trygg och individanpassad vård och omsorg som möter hens behov och önskemål. Att personalen har rätt kompetens bidrar dessutom till att rätt åtgärder genomförs, patientsäkerheten stärks och resurserna används på ett långsiktigt hållbart sätt.

Vård- och omsorgssektorn står inför stora och komplexa utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen, vilket påverkar kontinuiteten och kvaliteten i vården. Framtidsprognoser från både Statistiska centralbyrån⁴⁷ och Universitetskanslersämbetet visar att bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal förväntas kvarstå eller öka fram till 2035. Om inte effektiva åtgärder vidtas kommer detta att påverka kompetensförsörjningen och patientsäkerheten på längre sikt.

I rapporten *Vad har IVO sett 2023?* konstaterar IVO att det finns brister i personalkontinuitet bland vård- och omsorgspersonal i 67 procent av kommunerna samt bland sjuksköterskor i 52 procent av kommunerna [45].⁴⁸ En av de största utmaningarna när det gäller att uppnå en förbättrad personalkontinuitet är den utbredda bristen i bemanningen. Detta är något som IVO har lyft fram i sin tillsyn av säbo [5, 45]. När det är stor personalomsättning på säbo riskerar vård och omsorg att påverkas negativt.

Vidare innebär bristande personalkontinuitet en ökad risk för att dokumentationen blir otillräcklig. Det är särskilt problematiskt i vård- och omsorgsmiljöer där en god och tydlig dokumentation är avgörande för att säkerställa kontinuerlig och trygg vård och omsorg för de äldre.

När många i personalen är timanställda eller vikarier försämras möjligheten för vård- och omsorgspersonalen att bygga upp en djupare och långsiktig kunskap om patienternas hälsa och mående. Detta gör det svårare att tidigt upptäcka förändringar i de äldres hälsotillstånd, vilket kan äventyra patientsäkerheten. En förbättrad personalkontinuitet skulle inte bara bidra till en mer säker och individanpassad vård, utan även skapa ökad trygghet och delaktighet för de äldre. Genom att de äldre har kontinuerlig kontakt med samma personal kan deras behov och önskemål få en tydlig mottagare, vilket skapar ett mer hållbart och personcentrerat förhållningssätt.

Statsbidrag till kommuner för att minska andelen timanställningar

Socialstyrelsen har fördelat 1 998 500 000 kronor i statsbidrag till 99 kommuner för prestationer uppnådda mellan 2022 och 2023 [46]. Detta innebär en minskning jämfört med 2022, då 107 kommuner beviljades statsbidrag. Statsbidraget syftar till att minska andelen timanställda i förhållande till andelen tillsvidareanställda inom vård och omsorg för äldre. Cirka en tredjedel av landets kommuner har fått del av statsbidraget 2023. Socialstyrelsen konstaterar att många kommuner fortfarande har en hög

⁴⁷ <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/analyser-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/trender-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/pong/statistiknyhet/trender-och-prognoser-2023/>

⁴⁸ Totalt inspekterade IVO 293 kommuner samt stadsdelar inom Stockholms kommun.

andel timanställda, och att andelen till och med har ökat jämfört med när bidraget senast delades ut.

Fler behöver välja yrket undersköterska

Många verksamheter har svårt att rekrytera personal med rätt kompetens för att klara verksamhetens mål. Det finns en risk att detta kommer bli ännu svårare framöver [47]. Enligt en prognos från SCB beräknas efterfrågan på vård- och omsorgsutbildade öka med cirka 50 procent under perioden 2021–2040.⁴⁹ Inom äldreomsorgen arbetar framför allt undersköterskor, vårdbiträden samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Under 2023 blev undersköterska ett yrke med skyddad yrkestitel. Beslutet syftar till att fastställa enhetliga kompetensnivåer, stärka patientsäkerheten och förbättra karriärmöjligheterna inom yrket [48]. I december 2024 hade totalt 108 055 undersköterskor erhållit bevis om skyddad yrkestitel, oavsett arbetsplats.

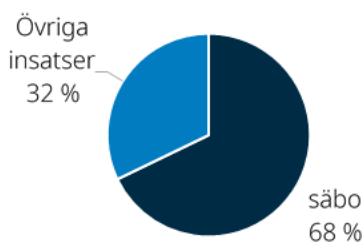
År 2023 fanns 114 079 anställda undersköterskor inom äldreomsorgen, varav 77 408 (68 procent) arbetade på säbo (figur 47). Resterande undersköterskor arbetade med övriga insatser, exempelvis hemtjänst. Utöver undersköterskor fanns det också 72 805 (48 procent) vårdbiträden verksamma inom äldreomsorgen. Av dessa arbetade 35 140 på säbo, medan övriga arbetade med övriga insatser (figur 48).⁵⁰ Jämfört med föregående år syns en viss förändring i både antal och fördelning av personalresurser inom äldreomsorgen. År 2022 var antalet anställda undersköterskor inom äldreomsorgen något högre än 2023. Totalt minskade antalet undersköterskor med 4,5 procent mellan åren. Inom säbo var minskningen 3 procent, medan antalet undersköterskor inom övriga insatser minskade med 7,6 procent (data visas inte).

⁴⁹ Antalet avser 2022, SCB, Trender och Prognoser 2023.

⁵⁰ Hälso- och sjukvårdspersonal sysselsatta inom äldreomsorgen efter typ av verksamhet och yrke, nov. 2022; https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0208

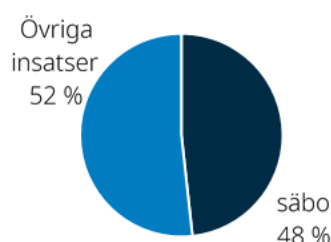
Figur 47. Undersköterskor som arbetar inom äldreomsorgen

Andel (%) undersköterskor som arbetar inom äldreomsorgen uppdelat på andel som arbetar på särskilt boende för äldre (säbo) och med övriga insatser (exempelvis hemtjänst);
n= 114 079, 2023.



Figur 48. Vårdbiträden som arbetar inom äldreomsorg

Andel (%) vårdbiträden som arbetar inom äldreomsorgen uppdelat på andel som arbetar på särskilt boende för äldre (säbo) och med övriga insatser (exempelvis hemtjänst);
n= 72 805, 2023.



Källa: SCB, 2023.

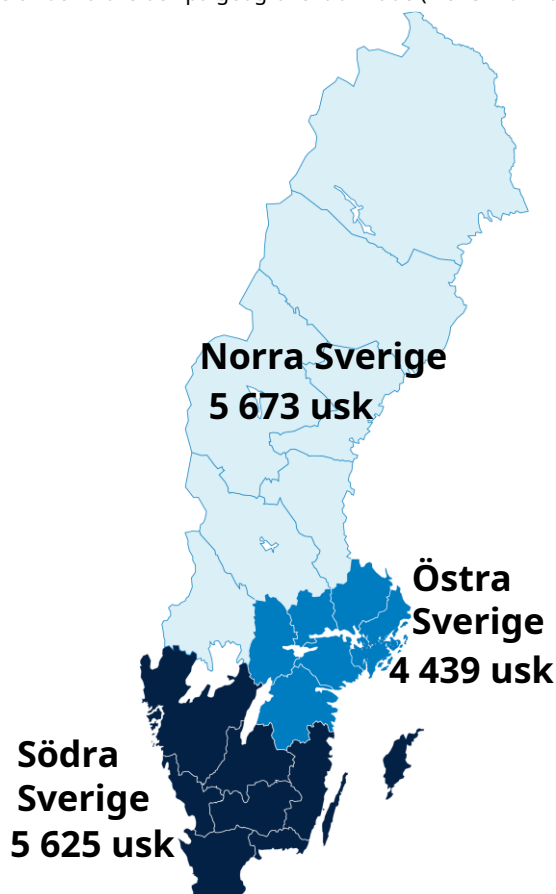
Figur 49 visar antalet undersköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre i olika delar av landet. Figuren visar tydliga geografiska skillnader.

Södra Sverige har 54 295 undersköterskor, vilket motsvarar 5 625 undersköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre. I östra Sverige arbetar 35 092 undersköterskor. Här uppgår antalet undersköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre till 4 439, vilket är lägre än i övriga regioner. Norra Sverige har det lägsta antalet undersköterskor i landet: 24 692 undersköterskor. Trots detta har området den högsta tätheten av undersköterskor i relation till antalet äldre, med 5 673 undersköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre. På nationell nivå uppgår snittet till 5 207 undersköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre.

De geografiska skillnaderna i tätheten av undersköterskor skulle kunna påverka tillgången till vård och omsorg i olika delar av landet.

Figur 49. Antal undersköterskor som arbetar inom äldreomsorgen uppdelat per 100 000 invånare 65 år och äldre och på geografiskt område

Antal undersköterskor (usk) som arbetar inom äldreomsorgen uppdelat per 100 000 invånare 65 år och äldre och på geografiskt område (NUTS 1-område)⁵¹; n=114 079, 2023.



Källa: SCB, 2023.

Färre sjuksköterskor men stabilt antal geriatriker

Legitimerad personal utgör en central del av vård- och omsorgssektorn för äldre, och deras kompetens är avgörande för att säkerställa högkvalitativ vård och omsorg. Förutom sjuksköterskor finns det andra legitimationsyrken, såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. Under de senaste åren har äldreomsorgen prioriterat att öka antalet sjuksköterskor. Flera statsbidrag har bidragit till att öka bemanningen inom äldreomsorgen och minska antalet timanställningar, som till exempel *Prestationsbaserade stöd för att utöka sjuksköterskebemanningen på*

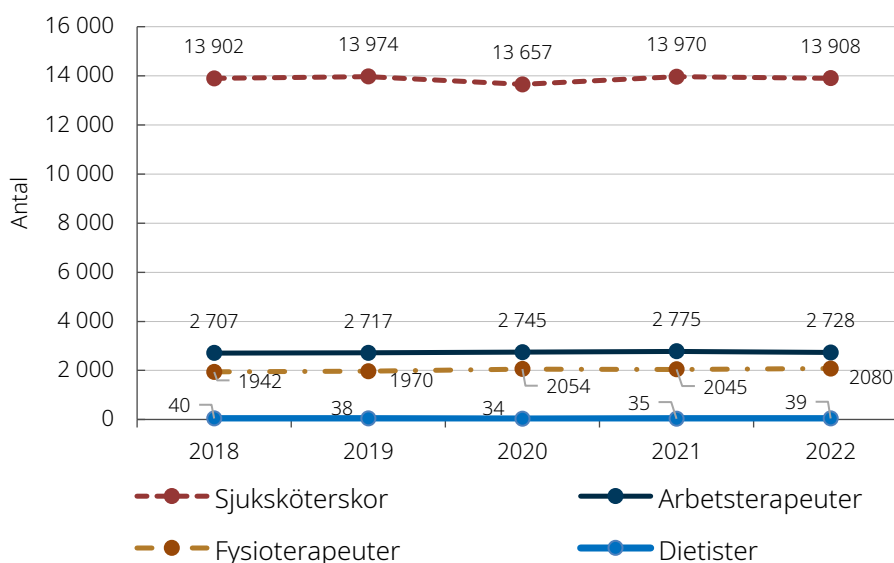
⁵¹ Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques (NUTS); Befolkning november 2022: SE1: Östra Sverige n=4 199 738, SE2: Småland och öarna n= 4 554 017, SE3: Norra Sverige n=1 760 964; https://www.scb.se/contentassets/4e32573a1e8f46d1a5ca29e381fb462f/nuts_1_2_3_20080101.pdf

särskilda boenden och Äldreomsorgslyftet [46]. Detta är positivt eftersom sjuksköterskor har en viktig roll inom äldreomsorgen och kan bidra till att säkerställa en god vård och omsorg för de äldre.

Figur 50 visar antalet anställda legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister inom äldreomsorgen 2018–2022. Jämfört med 2021 minskade antalet sjuksköterskor och arbetsterapeuter under 2022, medan antalet fysioterapeuter och dietister ökade.

Figur 50. Legitimerad personal inom vården och omsorgen för äldre

Antal legitimerade personer anställda inom äldreomsorgen under åren 2018–2022, fördelat efter yrke.



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

Uppgifterna gäller antal anställda och gör ingen skillnad på heltider och deltid. Med anställd avses alla som utfört ett lönearbete i Sverige minst fyra timmar i november.

Sjuksköterskor utgör den största yrkesgruppen (tabell 9). Kvinnor dominerar samtliga yrken, särskilt bland sjuksköterskor (91 procent) och arbetsterapeuter (93 procent). Könsfördelningen är något jämnare bland fysioterapeuter (78 procent kvinnor).

Kommunal verksamhet är den största arbetsgivaren: 83 procent av alla sjuksköterskor och över 80 procent av alla arbetsterapeuter och fysioterapeuter är anställda där. Fördelningen mellan olika boendeformer är relativt jämn för de flesta av yrkena, men dietister arbetar främst inom särskilt boende för äldre (59 procent).

Tabell 9. Andel legitimerade personer inom vården och omsorgen för äldre år 2022

Andelen (%) legitimerade personer inom vården och omsorgen för äldre under åren 2018–2022 anställda inom ordinärt och särskilt boende för äldre (säbo), fördelat på kön och utförare.

Yrke	Andel personer (procent) år 2022					
	Kön		Boendeform		Utförare	
	Män n (%)	Kvinnor n (%)	Säbo n (%)	Ordinärt boende n (%)	Privat n (%)	Kommunal n (%)
Sjuksköterskor	1 266 (9 %)	12 642 (91 %)	7 443 (54 %)	6 465 (46 %)	2 382 (17 %)	11 526 (83 %)
Arbetsterapeuter	202 (7 %)	2 526 (93 %)	1 463 (54 %)	1 265 (46 %)	316 (12 %)	2 412 (88 %)
Fysioterapeuter	460 (22 %)	1 620 (78 %)	1 101 (53 %)	979 (47 %)	324 (16 %)	1 756 (84 %)
Dietister	6 (15 %)	33 (85 %)	23 (59 %)	16 (41 %)	10 (26 %)	29 (74 %)

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

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

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

Det finns tydliga geografiska skillnader i tillgången till sjuksköterskor inom äldreomsorgen i Sverige (figur 51). År 2022 hade södra Sverige hade 6 834 sjuksköterskor, vilket motsvarade 717 sjuksköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre. I östra Sverige arbetade 4 291 sjuksköterskor. Här var antalet sjuksköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre 552, vilket var den lägsta tätheten i landet. Norra Sverige hade det lägsta antalet sjuksköterskor, 2 783. Trots detta hade Norra Sverige en högre täthet av sjuksköterskor i relation till befolkningen 65 år och äldre än östra Sverige, med 645 sjuksköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre. På nationell nivå uppgick snittet till 643 sjuksköterskor per 100 000 invånare 65 år och äldre.

De stora geografiska skillnaderna i tillgången till sjuksköterskor inom äldreomsorgen kan ha betydelse för vårdkvaliteten och resursfördelningen i olika delar av landet. Södra Sverige har den största koncentrationen av sjuksköterskor, vilket kan indikera en större tillgång på vårdpersonal eller högre efterfrågan på sjuksköterskebemannad äldreomsorg. Norra Sverige har en relativt hög täthet av sjuksköterskor i förhållande till befolkningen, trots att det totala antalet sjuksköterskor i regionen är lägre än i övriga delar av landet. Östra Sverige har den lägsta tätheten av sjuksköterskor i relation till antalet äldre.

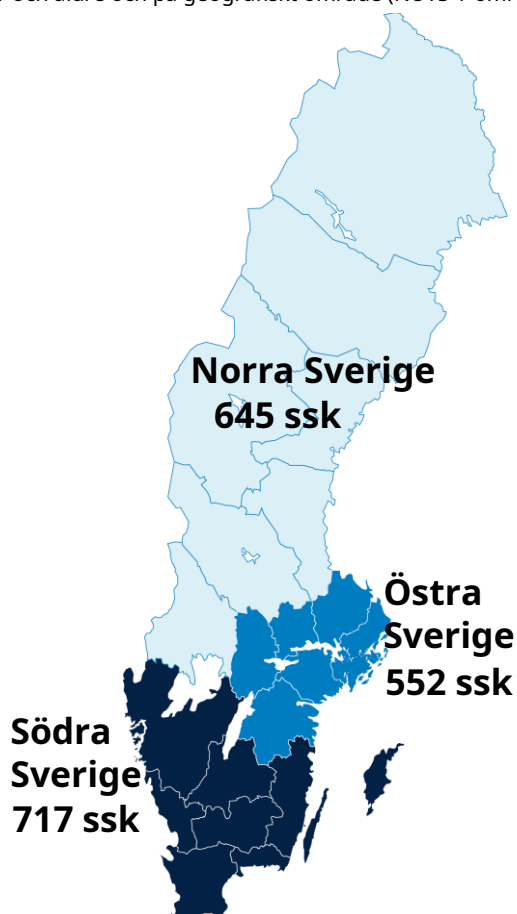
I Socialstyrelsens enkätundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* från 2024 [1] uppgav 74 procent av de som bor på säbo att det var mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska när de behöver det, medan 16 procent ansåg att det varken var lätt eller svårt och 10

procent ansåg att det var mycket eller ganska svårt. Resultaten visade en liten förbättring jämfört med 2023 och 2022.

Undersökningen visar även att upplevelsen av tillgången till sjuksköterska är relativt likartad oavsett bostadsort. Bland de äldre i storstäder och storstadsnära kommuner uppgav 72 procent att det var mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska, medan andelen var något högre, 74,4 procent, i större städer och kommuner nära en större stad. I mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner var siffran 74 procent.

Figur 51. Antal sjuksköterskor som arbetar inom äldreomsorgen uppdelat per 100 000 invånare 65 år och äldre och på geografiskt område

Antal sjuksköterskor (ssk) som arbetar inom äldreomsorgen uppdelat per 100 000 invånare 65 år och äldre och på geografiskt område (NUTS 1-område)⁵²; n= 13 908, 2022.



Källa: Legitimerade omsorgs- och vårddyrkesgruppers arbetsmarknadssituation (LOVA), Socialstyrelsen. Uppgifterna gäller antal anställda och gör ingen skillnad på heltider och deltid. Med anställd avses alla som utfört ett lönearbete i Sverige minst fyra timmar i november.

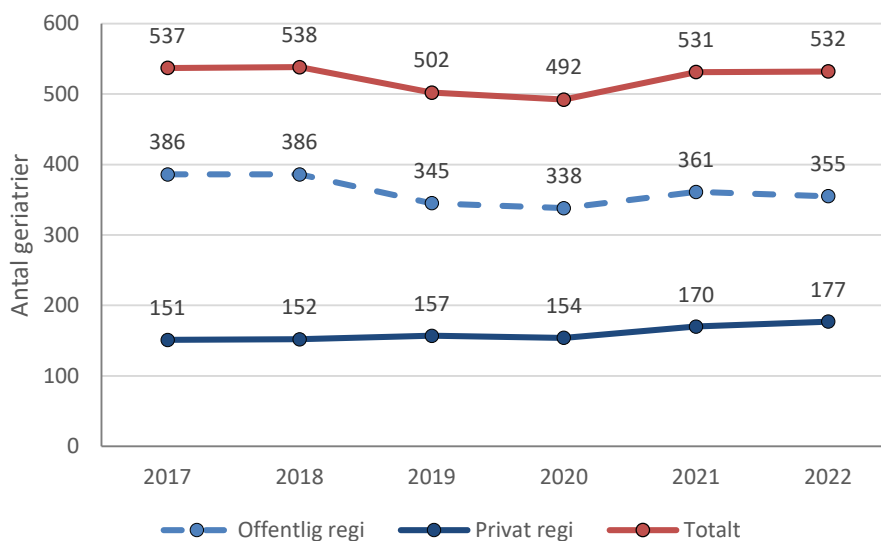
⁵² Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques (NUTS); Befolkning november 2022: SE1: Östra Sverige n=4 199 738, SE2: Småland och åarna n= 4 554 017, SE3: Norra Sverige n=1 760 964; https://www.scb.se/contentassets/4e32573a1e8f46d1a5ca29e381fb462f/nuts_1_2_3_20080101.pdf

Antalet specialtläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården är oförändrat och ligger på 532 läkare nationellt, vilket motsvarar 5 läkare per 100 000 invånare 65 år och äldre (figur 52 och 53). Variationerna mellan regionerna är dock stora. Region Stockholm har flest sysselsatta geriatriker med 249 läkare, motsvarande 62 per 100 000 invånare 65 år och äldre, vilket är den högsta tätheten i landet. Andra regioner med en relativt hög täthet är Dalarnas och Östergötlands län (26 per 100 000 invånare 65 år och äldre). Men flera regioner har mycket få rapporterade geriatriker. Regioner med låg täthet är till exempel Kronobergs län, Gotlands län och Jämtlands län, där det endast finns en till tre geriatriker per 100 000 invånare 65 år och äldre. I Blekinge län saknas helt geriatriker. Det är även värt att notera att 2022 ökade antalet geriatriker i privat regi, medan antalet minskade i offentlig regi.

Denna ojämna fördelning kan leda till skillnader i tillgången till geriatrisk vård mellan regionerna och indikerar möjliga utmaningar i att säkerställa likvärdig vård för äldre över hela landet.

Figur 52. Specialtläkare i geriatriker inom hälso- och sjukvården

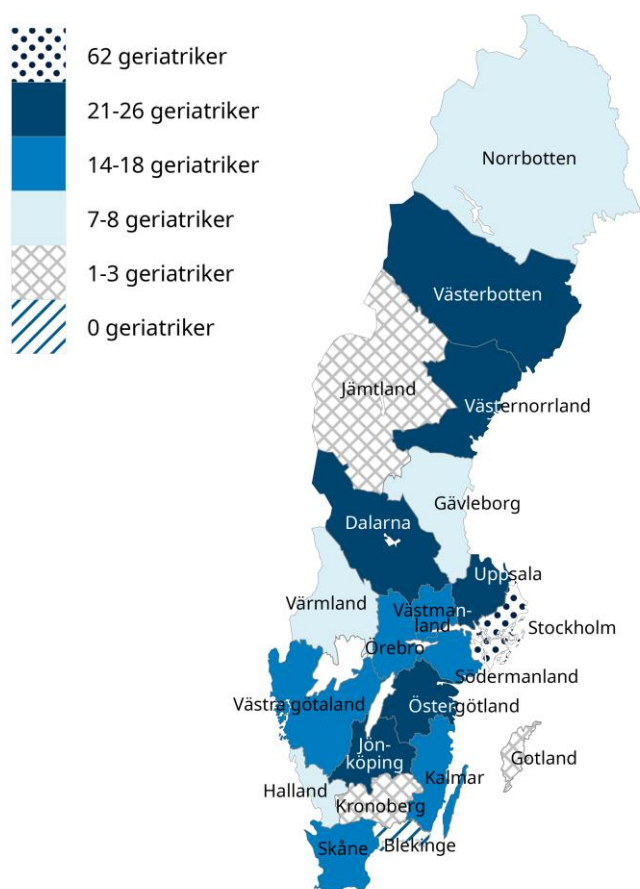
Antal specialtläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården under åren 2017–2022.



Källa: Socialstyrelsen, LOVA-förteckningen.

Figur 53. Antal specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per region

Antal specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 65 år och äldre, uppdelat per region, år 2022.



Källa: Socialstyrelsen, LOVA-förteckningen.

Bidraget har fördelats utifrån de prestationer kommunerna rapporterat att de uppnådde mellan 2022 och 2023 när det gäller att utöka antalet anställda sjuksköterskor på säbo, öka antalet anställda medicinskt ansvariga läkare eller specialistsjuksköterskor samt öka antalet undersköterskor som påbörjat studier till sjuksköterska.

Bidraget har fördelats utifrån kommunernas rapporterade prestationer under perioden 2022–2023. Det handlar om att anställa fler sjuksköterskor i säbo, att anställa fler medicinskt ansvariga läkare eller specialistsjuksköterskor och att öka antalet undersköterskor som påbörjat sjuksköterskestudier.

Närmare 80 procent av kommunerna har fått statsbidrag 2023. De flesta (199 kommuner) har fått bidrag för att ha förbättrat bemanningen av sjuksköterskor i särskilda boenden, antingen genom att ha ökat antalet sjuksköterskor per plats eller genom att redan ha en god bemanning.

Endast 25 kommuner har ökat antalet undersköterskor som vidareutbildar sig till sjuksköterskor, och ingen kommun har anställt fler medicinskt ansvariga läkare.

Fler delar upp arbetsuppgifter i äldreomsorgen – men utvärderingar saknas

Att dela upp arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier kallas arbetsdifferentiering, och det är en strategi som fått allt större spridning inom äldreomsorgen under senare år. Detta arbetssätt kan vara en del av lösningen på äldreomsorgens utmaningar med kompetensförsörjning. Arbetsdifferentiering innebär exempelvis att personal utan vård- och omsorgsutbildning utför serviceinsatser som städ, tvätt, inköp och matdistribution, medan undersköterskor fokuserar på mer kvalificerade omvårdnadsuppgifter.

Syftet med arbetsdifferentiering är tvådelat: dels att göra omvårdnadsyrket mer attraktivt för utbildad personal, dels att underlätta rekrytering till den renodlade servicedelen. Samtidigt finns farhågor om potentiella negativa effekter, såsom fragmentisering av arbetet, minskad helhetssyn på den äldres behov och mindre utrymme för ett funktionsbevarande arbetssätt. Trots att många kommuner arbetar med arbetsdifferentiering saknas systematisk forskning om dess effekter. Både Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) [49] och Vård- och omsorgsanalys [50] har påpekat på behovet av mer kunskap inom området.

Socialstyrelsen har en panel med äldreomsorgschefer, där 142 kommuner ingår [51]. Under 2024 tog Socialstyrelsen med hjälp av denna panel fram en lägesbild, som bland annat visar att arbetsuppgifterna fortsätter att delas upp mellan olika personalkategorier. Drygt hälften av kommunerna (53 procent) har beslutat att införa arbetsdifferentiering – antingen i hemtjänsten eller i säbo. Ytterligare kommuner arbetar med arbetsdifferentiering i vissa verksamheter, men utan att det har fattats något beslut på övergripande nivå. Det är vanligare att kommunerna har fattat beslut om att införa arbetsdifferentiering i hemtjänsten än i säbo.

Enligt lägesbilden bedömer de flesta kommunerna att arbetsdifferentieringen har haft positiva effekter. Arbetssättet bedöms framför allt ha bidragit till att förbättra personalens arbetsmiljö och möjligheten att erbjuda fler karriärvägar. De flesta bedömer också att differentieringen har förbättrat kvaliteten för de äldre, åtminstone i viss mån. Men det är bara var femte kommun som har gjort en utvärdering för att förstå arbetsdifferentieringens effekter för den äldre, personalen och verksamheten.

Genom att fler kommuner och verksamheter utvärderar sina initiativ kan kunskapen om arbetsdifferentiering och dess effekter successivt byggas upp. Under 2024 tog Socialstyrelsen fram ett utvärderingsstöd som riktar sig till alla som är involverade i att planera, genomföra eller beställa utvärderingar i äldreomsorgen [52]. Stödet är kopplat till arbetsdifferentiering i äldreomsorgen, men kan även användas i utvärderingar inom andra områden.

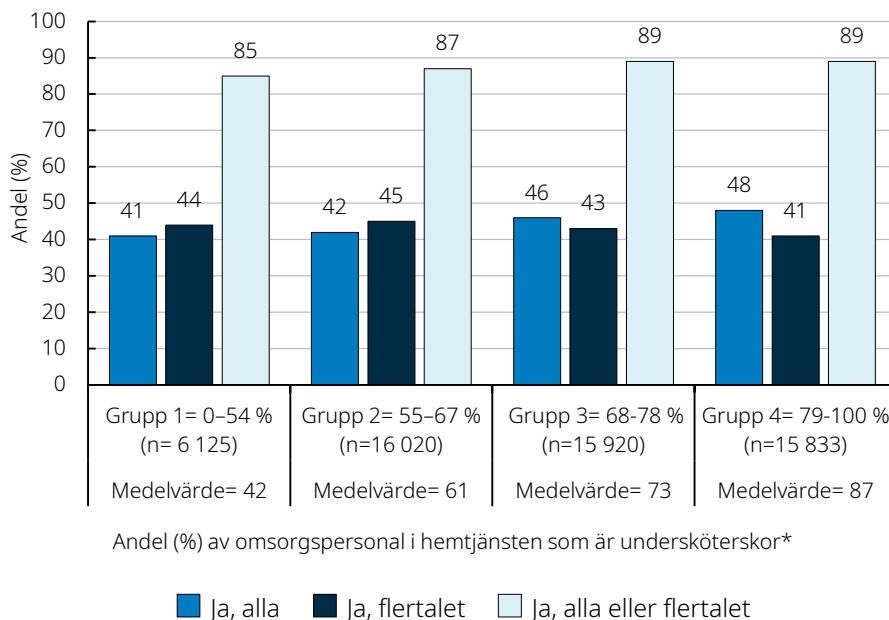
Personalens språkkunskaper och dessas betydelse för vård- och omsorgskvaliteten

Varje år genomför Socialstyrelsen de två enkätundersökningarna *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård* och *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*. I 2024 års enkät finns en ny indikator i den förstnämnda undersökningen [11]. Den mäter hur stor andel av omsorgspersonalen som är undersköterskor. I den sistnämnda undersökningen finns en ny fråga, som handlar om huruvida respondenten upplever att hemtjänstpersonalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra för att personalen och brukaren ska förstå varandra [1].

När resultaten från båda undersökningarna analyserades tillsammans syns ett samband (figur 54). I hemtjänstverksamheter där en hög andel av omsorgspersonalen är undersköterskor är det också fler äldre som upplever att personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra. När minst 79 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor svarar 89 procent av de äldre att alla eller flertalet i personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra för att personalen och brukaren ska förstå varandra. Om andelen undersköterskor är högst 54 procent, svarar 85 procent av de äldre att alla eller flertalet i personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra för att personalen och brukaren ska förstå varandra.

Figur 54. Andelen undersköterskor i hemtjänsten och de äldres upplevelse av personalens språkförståelse

Andel (%) personer 65 år och äldre som svarat att de tycker att alla eller flertalet i hemtjänstpersonalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra för att de ska förstå varandra, grupperat på indikatorn andel (%) av omsorgspersonal som är undersköterskor*. Vardagar, hemtjänst, år 2024.



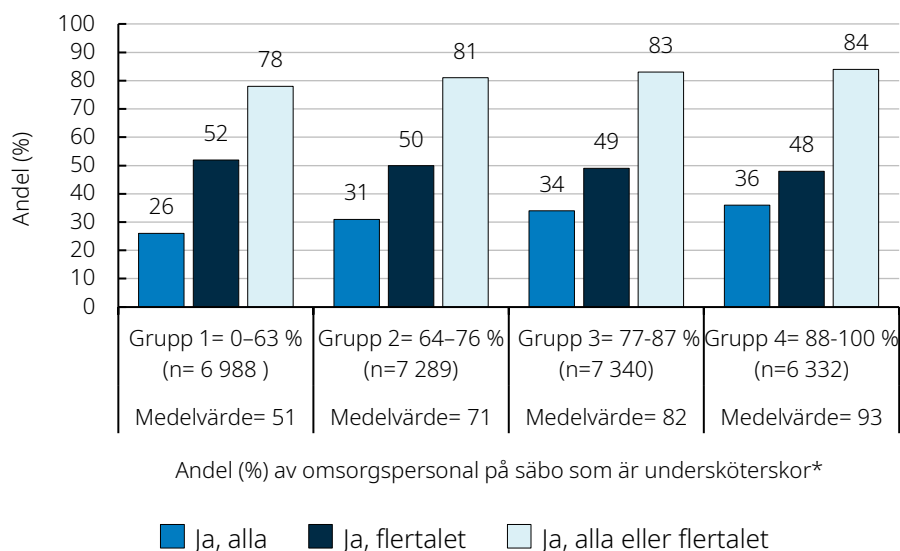
* Verksamheterna har delats upp i fyra grupper. I Grupp 1 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 0-54 %, i grupp 2 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 55-67 %, i grupp 3 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 68-78 % och i grupp 4 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 79-100 %.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2024 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2024, Socialstyrelsen.

Det framkommer även ett positivt samband när den nya indikatorn om andelen undersköterskor analyserades med frågan i *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* om huruvida respondenterna tycker att personalen på säbo pratar och förstår svenska tillräckligt bra för att de ska förstå varandra [11]. När andelen undersköterskor på det särskilda boendet är mellan 88 och 100 procent, är andelen respondenter som har svarat att de tycker att alla eller de flesta i personalen pratar tillräckligt bra svenska för att personalen och brukaren ska förstå varandra 84 procent (figur 55). När andelen undersköterskor är högst 63 procent är andelen respondenter som har svarat att de tycker att alla eller de flesta i personalen pratar tillräckligt bra svenska för att personalen och brukaren ska förstå varandra 78 procent.

Figur 55. Undersköterskor på säbo och de äldres upplevelse av personalens språkförståelse

Andel (%) personer 65 år och äldre som svarat att de tycker att alla eller flertalet i hemtjänstpersonalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra för att de ska förstå varandra, grupperat på indikatorn andel (%) av omsorgspersonal som är undersköterskor. Vardagar, hemtjänst – 2024.



* Verksamheterna har delats upp i fyra grupper. I Grupp 1 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 0-63 %, i grupp 2 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 64-76 %, i grupp 3 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 77-87 % och i grupp 4 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 88-100 %.

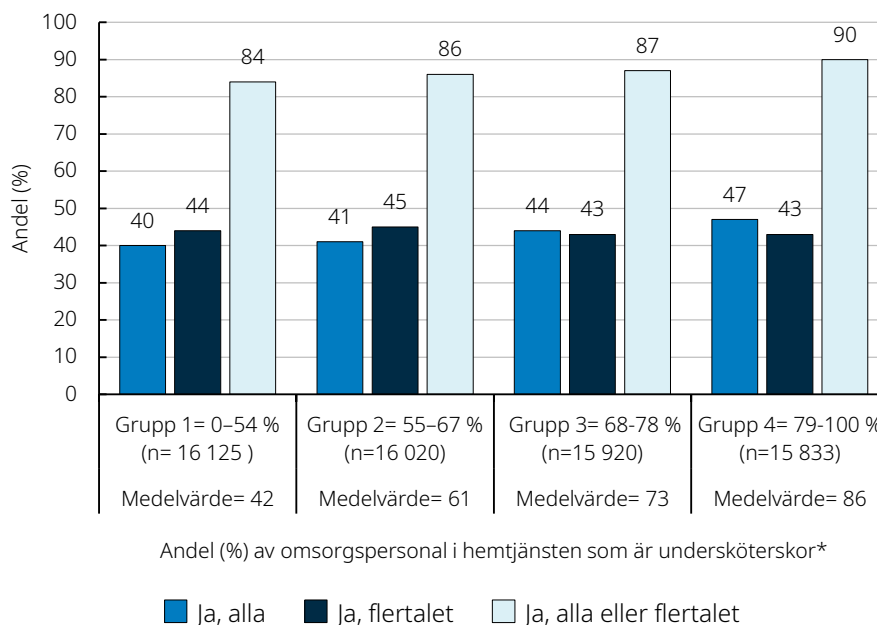
Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2024 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2024, Socialstyrelsen.

Fler undersköterskor – fler äldre upplever att personalen har rätt kompetens

När indikator, andel omsorgspersonal som är undersköterskor i hemtjänsten, analyseras tillsammans med en ny fråga i *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* [1] framkommer ett positivt samband. Det sambandet är mellan hög andel av omsorgspersonalen som är undersköterskor och hög andel respondenter som svarat att de tycker att alla eller flertalet i personalen har den kunskap och kompetens som behövs för att göra sitt arbete hos dem (figur 56). När minst 79 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor svarar 90 procent av respondenterna att alla eller flertalet i personalen har den kunskap och kompetens som behövs. När max 54 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor svarar 84 procent detsamma.

Figur 56. Andelen undersköterskor i hemtjänsten och de äldres upplevelse av personalens kompetens

Andel (%) personer 65 år och äldre som svarat att de tycker att alla eller flertalet i hemtjänstpersonalen har den kunskap och kompetens som behövs för att göra sitt arbete hos dem. Grupperat på indikatorn andel (%) av omsorgspersonal som är undersköterskor*. Vardagar, hemtjänst, år 2024.



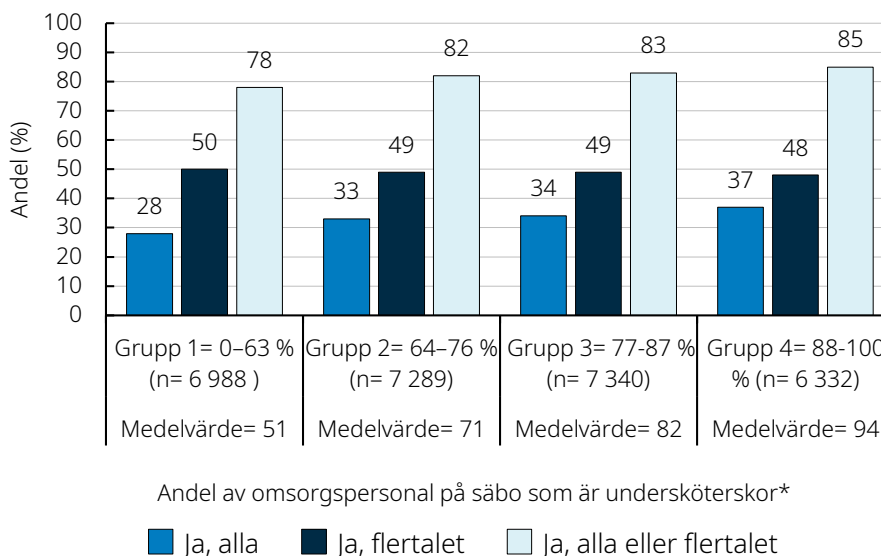
* Verksamheterna har delats upp i fyra grupper. I Grupp 1 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 0-54 %, i grupp 2 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 55-67 %, i grupp 3 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 68-78 % och i grupp 4 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 79-100 %.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2024 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2024, Socialstyrelsen.

Ännu ett positivt samband framkommer när samma indikator analyserades med frågan i *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* [1] om huruvida respondenterna tycker att personalen har den kunskap och kompetens som behövs för att göra sitt arbete hos dem. När mellan 88 och 100 procent av omsorgspersonalen på det särskilda boendet är undersköterskor svarar 85 procent av respondenterna att de tycker att alla eller de flesta i personalen har tillräcklig kunskap och kompetens (figur 57). När högst 63 procent av omsorgspersonalen är undersköterskor svarar 78 procent av respondenterna att de tycker att alla eller de flesta i personalen har tillräcklig kunskap och kompetens.

Figur 57. Undersköterskor på säbo och de äldres upplevelse av personalens kompetens

Andel (%) personer 65 år och äldre som svarat att de tycker att alla eller flertalet i personalen har den kunskap och kompetens som behövs för att göra sitt arbete hos dem, grupperat på indikatorn andel (%) av omsorgspersonal som är undersköterskor. Vardagar, särskilt boende för äldre (säbo) – 2024.



* Verksamheterna har delats upp i fyra grupper. I Grupp 1 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 0-63 %, i grupp 2 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 64-76 %, i grupp 3 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 77-87 % och i grupp 4 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 88-100 %.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2024 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2024, Socialstyrelsen.

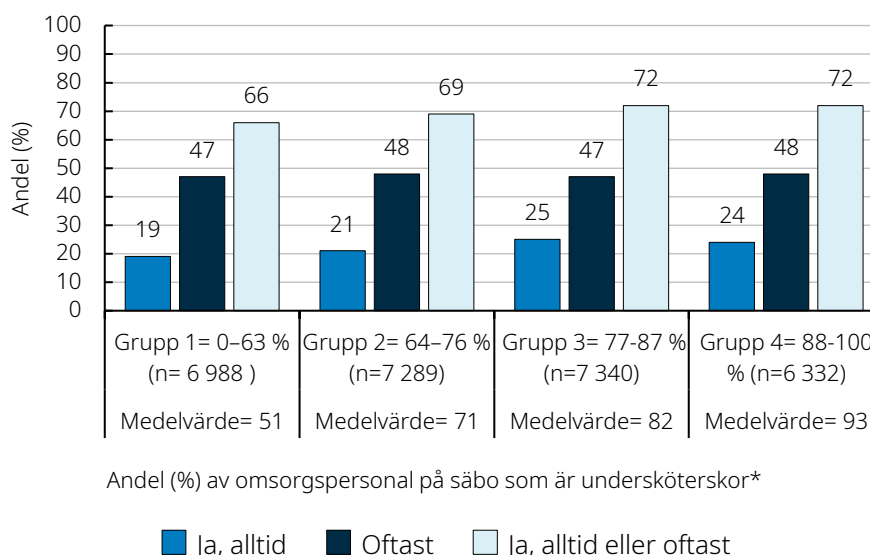
Fler undersköterskor – fler äldre upplever att personalen har tillräckligt med tid

Den indikatorn i *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2024* som handlar om hur stor andel av omsorgspersonalen som är undersköterskor finns även i den delen som handlar om säbo [11]. När resultatet på den indikatorn analyseras med resultatet på frågorna i *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* [1] framkommer det ett positivt samband med de flesta av frågorna. Ett exempel är frågan om huruvida personalen brukar ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos den äldre personen. När mellan 88 och 100 procent av omsorgspersonalen på ett säbo är undersköterskor svarade 72 procent av respondenterna att de tycker att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dem (Figur 58). När högst 63

procent är undersköterskor svarade 66 procent av respondenterna att de tycker att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid.

Figur 58. Undersköterskor på säbo och de äldres upplevelse av att personalen har tillräckligt med tid

Andel (%) personer 65 år och äldre som svarat att de tycker att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att göra sitt arbete hos dem, grupperat på indikatorn andel (%) av omsorgspersonal som är undersköterskor*. Vardagar, särskilt boende för äldre (säbo), år 2024.



* Verksamheterna har delats upp i fyra grupper. I Grupp 1 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 0-63 %, i grupp 2 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 64-76 %, i grupp 3 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 77-87 % och i grupp 4 finns de verksamheter vars andel omsorgspersonal som är undersköterskor är 88-100 %.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2024 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2024, Socialstyrelsen.

Hur samordnas vård och omsorg för äldre?

Sammanfattande iakttagelser

Nästan alla kommuner (96 procent) har avtal med regionen för att förbättra samverkan. Många av dessa ser detta som en del av omställningen till en mer god och nära vård.

Samverkan mellan sjukhus, kommun och äldreomsorg är avgörande för en trygg övergång vid utskrivning. Mellan 2014 och 2023 minskade vårddagen för andelen utskrivningsklara personer i gruppen 65 år och äldre per 1 000 invånare från 196 till 115 dagar.

I 94 procent av kommunerna har vård- och omsorgspersonalen inte tillräckliga medicinska kunskaper för att upptäcka förändringar i patienternas hälsotillstånd. Detta kan försämra vårdkvaliteten och patientsäkerheten.

Läkartillgången är otillräcklig i 78 procent av kommunerna. Sjuksköterskor måste kunna bedöma patienternas hälsotillstånd och ha tillgång till läkare vid behov.

Samverkan mellan kommunal vård och regionernas primärvård fungerar inte optimalt. Brister i samarbetet påverkar både vårdkvalitet och kontinuitet.

Läkemedelsanvändningen hos personer 75 år och äldre har ökat mellan 2017 och 2023. Det har också skett betydande förändringar inom många läkemedelsgrupper. Till stor del återspeglar de förändringar i behandlingsrekommendationer, vid bland annat hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Några av dem är också i linje med Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, exempelvis minskade användningen av sömnmedel och de smärtstillande medlen tramadol och kodein.

År 2024 minskade andelen personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre (säbo) och i ordinärt boende med hemtjänst som använde tio eller fler läkemedel jämfört med 2023. Minskningen var större bland personer på säbo än i ordinärt boende med hemtjänst.

Äldre med LSS-insatser får mer sällan rekommenderad behandling för kroppsliga sjukdomar. Exempelvis används blodförtunnande läkemedel vid hjärtsjukdom mer sällan jämfört med för övriga äldre.

Bättre samverkan krävs för en tryggare vård och omsorg

Rapporten *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023* [14] visar att många regioner och kommuner har utsett personer med ansvar för att samordna insatser mellan region och kommun. Dessa funktioner kallas ofta *samordningssjuksköterska* eller *vårdkoordinator* och spelar en central roll när patienter skrivs ut från slutenvården till hemmet. Deras arbete säkerställer en smidig och välkoordinerad övergång för patienter som fortsatt behöver hälso- och sjukvård samt omsorgsinsatser.

Regioner och kommuner har etablerade samverkansstrukturer både på läns- och verksamhetsnivå. År 2024 hade 96 procent av kommunerna beslutat om överenskommelser med regionen för att samverka kring patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Flera kommuner uppger att dessa överenskommelser ingår i omställningen till en god och nära vård.⁵³

Den senaste uppföljningen visar att det fortfarande finns behov av att utveckla samordningen mellan den regionala och den kommunala hälso- och sjukvården. Ett område som lyfts fram är oplanerade återinskrivningar av äldre patienter [14].

Omställningen till en god och nära vård kräver en gemensam och tydlig målbild för att lyckas. Det behövs en tydligare övergång från dagens vårdssystem till en välfungerande första linjens sjukvård. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskar just nu den vård och behandling som ges i särskilda boenden för äldre och som bedrivs i kommunal regi [5].

Personer som bor på säbo är ofta multisjuka äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov. För att säkerställa god och säker vård dygnet runt behöver personalen kunna identifiera förändringar i hälsotillståndet och veta när en sjuksköterska ska kontaktas. Enligt IVO:s rapport *Vad har IVO sett 2023?* saknar personalen i 94 procent⁵⁴ av kommunerna tillräckliga medicinska kunskaper för att observera och tolka tecken på försämrat hälsotillstånd [45].

God och säker vård förutsätter att sjuksköterskor kan bedöma patienternas hälsotillstånd på plats och att läkarkompetens finns tillgänglig vid behov. Trots detta är läkartillgången otillräcklig i 78 procent av kommunerna.

IVO:s granskning visar att samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och regionens primärvård inte är tillräcklig [45]. Brister i samverkan finns också inom en och samma huvudmans verksamheter. Detta visar att

⁵³ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/kommunal-halso-och-sjukvard/>

⁵⁴ Totalt inspekterade IVO 293 kommuner samt stadsdelar inom Stockholms kommun.

utmaningarna inte bara handlar om kompetens- och bemanningsbrister, utan även om organisatoriska glapp både inom och mellan olika verksamheter.

För att lösa dessa problem måste regioner och kommuner stärka sitt samarbete och ta ett gemensamt ansvar. En tydligare och mer strukturerad samordning är avgörande för att ge äldre på säbo en kontinuerlig, säker och personcentrerad vård.

Samverkan för tryggare utskrivning av äldre

När en äldre person bedöms som utskrivningsklar av en ansvarig läkare innebär det ofta att sjukhuset och äldreomsorgen behöver samverka snabbt och smidigt. För den äldre är det viktigt att en plan för fortsatt vård och stöd finns, för att undvika osäkerhet och onödiga fördröjningar. År 2023 var den genomsnittliga vårdtiden för utskrivningsklara personer 65 år eller äldre cirka 115 dagar per 1 000 invånare. Det är en tydlig minskning från 196 dagar år 2014 [53].

För att trygghet och kvalitet i vården ska säkerställas behöver de äldres unika behov stå i centrum. Fokus bör ligga på att skapa individuellt anpassade vårdplaner som tar hänsyn till såväl medicinska behov som personens sociala och psykologiska välbefinnande. Samverkan mellan kommun, region och närstående är viktigt för att ge äldre en trygg, värdig och jämlik vård och omsorg.

Utvecklingen av äldres läkemedelsanvändning

För att möta utmaningarna inom vård och omsorg för äldre behövs bättre samordning och individanpassade insatser. Ett område som spelar en central roll i detta sammanhang är äldres läkemedelsanvändning. En effektiv och säker läkemedelshantering är avgörande för att möta äldre personers komplexa vårdbehov och säkerställa att behandlingen är anpassad efter individens aktuella hälsotillstånd.

Mot denna bakgrund följer här en analys av hur läkemedelsanvändningen hos personer 75 år och äldre har utvecklats under perioden 2017–2023. Analyserna baseras på data från Läkemedelsregistret och en metod för uppskattning av aktuell läkemedelsanvändning [54], den 31 december respektive år.

Läkemedelsanvändningen hos personer 75 år och äldre har ökat mellan 2017 och 2023. Det har också skett betydande förändringar inom många läkemedelsgrupper. Till stor del återspeglar de förändringar i

behandlingsrekommendationer, vid bland annat hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Några av dem är också i linje med Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [49], exempelvis den minskade användningen av sömnmedel och de smärtstillande medlen tramadol och kodein.

Den totala användningen av läkemedel har ökat

Resultaten visar att det genomsnittliga antalet läkemedel per person under perioden 2017–2023 ökade från 4,7 till 4,9 (män: från 4,6 till 4,9 läkemedel; kvinnor: från 4,8 till 4,9 läkemedel). Samtidigt steg andelen personer med tio eller fler läkemedel från 11,0 till 12,8 procent (män: från 10,1 till 12,4 procent; kvinnor: från 11,7 till 13,1 procent). Mellan 2022 och 2023 minskade dock denna andel något, från 13,0 till 12,8 procent (män: från 12,3 till 12,4 procent; kvinnor: från 13,6 till 13,1 procent).

Förändringar i olika läkemedelsgrupper

Förändringarna i användningen av olika läkemedel och läkemedelsgrupper räknas här i procentenheter för att återspegla andelen tillkomna respektive avslutade användare i den studerade populationen. Med detta sätt att mäta sågs de största förändringarna bland hjärt-kärl-läkemedel, diabetesmedel, psykofarmaka och smärtstillande medel.

Hjärt-kärl-läkemedel

De största förändringarna sågs för blodfettsänkare (*Medel som påverkar serumlipidnivåerna*) som ökade kraftigt i användning – från 32 till 40 procent hos män och 22 till 30 procent hos kvinnor. Det skedde också en påtaglig ökning av *Angiotensin II receptorblockerare* (ARB) (mot högt blodtryck och hjärtsvikt) och *Kalciumantagonister* (mot högt blodtryck), medan användningen av urindrivande medel (*Diuretika*) och *ACE-hämmare* uppvisade en tydlig minskning.

Diabetesmedel

Stora förändringar sågs också för diabetesmedel av typen *Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner*. Användningen av läkemedel inom denna grupp nära fördubblades under mätperioden, från 9,8 till 18 procent hos män och 6,6 till 12 procent hos kvinnor. Detta berodde till stor del på en ökad användning av *metformin*, som sedan länge utgör basbehandling vid typ 2-diabetes, men framför allt på en ökning av *SGLT2-hämmare*, som förutom typ 2-diabetes, är rekommenderade för behandling av hjärtsvikt och kronisk njursjukdom.

Psykofarmaka

Sömnmiddel var den läkemedelsgrupp som minskade mest av alla under mätperioden (män: 11–8,7 procent; kvinnor: 18–14 procent). Det skedde också en märkbar minskning av lugnande medel (män: 4,1–3,0 procent; kvinnor: 7,3–5,5 procent), medan antidepressiva ökade något i användning (män: 9,0–9,9 procent; kvinnor: 16–17 procent).

Smärtstillande medel

Användningen av Opioider (morfinbesläktade smärtstillande läkemedel) minskade hos både män (4,8–3,9 procent) och kvinnor (7,7–6,2 procent), främst som följd av en minskad användning av morfin, tramadol och kodein.

En mer utförlig presentation av analysresultaten återfinns i bilaga 4, som redovisar de tolv läkemedelsgrupper som ökade respektive minskade mest i användning under den studerade tidsperioden, samt vilka läkemedel som stod för den största delen av dessa förändringar.

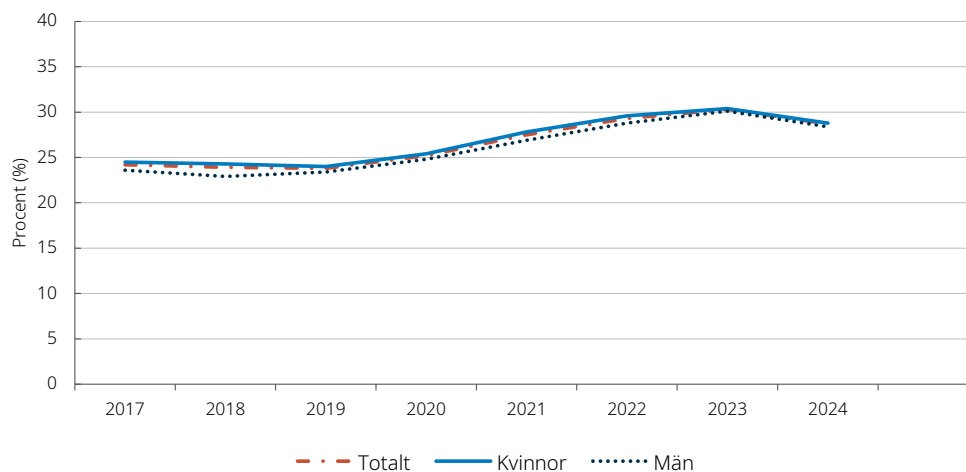
Tio eller fler läkemedel minskade inom äldreomsorgen 2024

I *Öppna jämförelser socialtjänst 2016–2024 – äldreomsorg* redovisas data för andel personer 75 år och äldre med insatserna hemtjänst i ordinärt boende respektive säbo som samtidigt använder tio läkemedel eller fler [55]. Användning av många läkemedel bland äldre personer beror ofta på att många har flera diagnoser eller symtom som kräver behandling med mediciner. Många läkemedel innebär inte nödvändigtvis en risk, men en omfattande läkemedelsanvändning kan leda till biverkningar och att läkemedel påverkar varandra. För att minska dessa risker behöver läkemedelsbehandling följas upp och omprövas regelbundet.

Andelen personer 75 år och äldre som samtidigt använder tio eller fler läkemedel har minskat i riket under 2024, jämfört med föregående år. Bland personer med hemtjänst har andelen minskat med drygt 1,6 procentenheter och bland personer på säbo har det minskat med 3,3 procentenheter. Mellan 2020 och 2023 syns en tydlig ökning av andelen personer med tio eller fler läkemedel, både bland de med hemtjänst och de på säbo, vilket troligen är en pandemieffekt. Även om andelarna har minskat under 2024, är de högre jämfört med 2020 (figur 59 och 60).

Figur 59. Andel personer med hemtjänst som har tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre med hemtjänst i ordinärt boende som har tio eller fler läkemedel samtidigt, uppdelat på kön, riket 2017-2024.

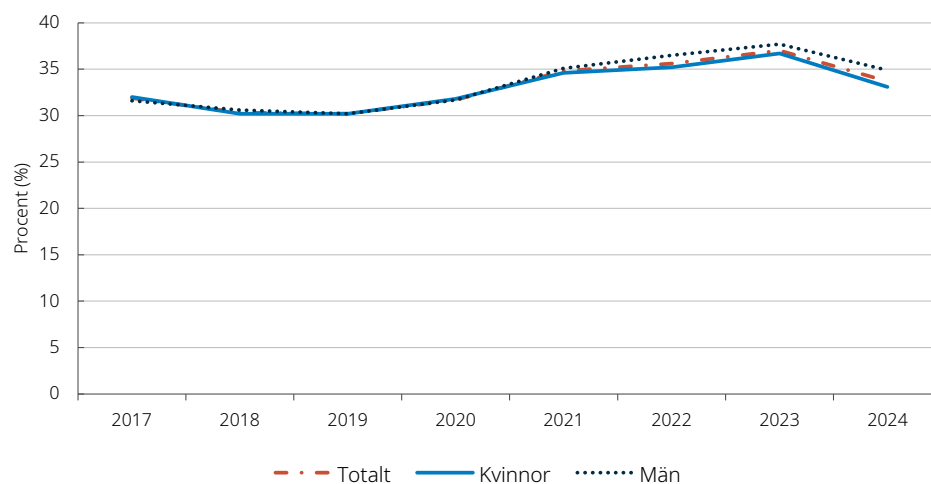


Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2017-2024 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen.

Inom hemtjänst syns ingen märkbar skillnad mellan kvinnor och män som använder tio eller fler läkemedel samtidigt. De minskningar som syns 2024 är lika för kvinnor och män. Figur 60 visar andelen kvinnor och män 75 år och äldre på säbo som hade tio eller fler läkemedel samtidigt under perioden 2017-2024.

Figur 60. Andel personer på särskilt boende för äldre som har tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre på särskilt boende för äldre som har tio eller fler läkemedel samtidigt, uppdelat på kön, riket 2017-2024.



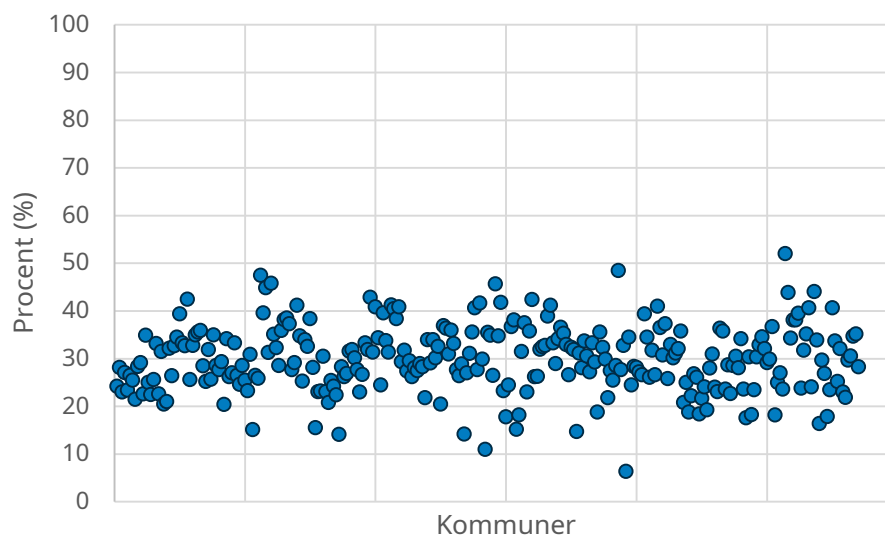
Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2017-2024 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen.

Liksom för personer med hemtjänst syns större ökning mellan 2020 och 2023. Inom säbo ökade skillnaden mellan kvinnor och män från 2021, med någon procentenhet fler män än kvinnor som samtidigt använder tio eller fler

läkemedel. År 2024 var det nästan 2 procentenheter fler män än kvinnor som använde tio eller fler läkemedel samtidigt. Den minskning som syns för 2024 är också något större bland kvinnor jämfört med män. Spridningen bland kommuner ökade under 2024 (figur 61 och 62).

Figur 61. Andel personer med hemtjänst i ordinärt boende som har tio eller fler läkemedel samtidigt, spridning bland kommuner

Andel (%) personer 75 år och äldre med hemtjänst i ordinärt boende som har tio eller fler läkemedel samtidigt, spridning bland kommuner, riket, 2024.



Fem kommuner ingår inte pga. att under 30 observationer i nämnare inte publiceras i öppna jämförelser.

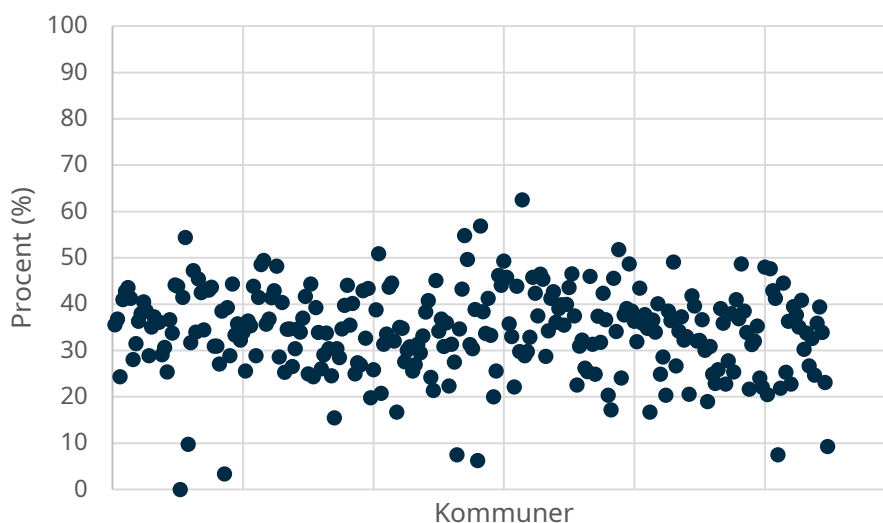
Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2017–2024 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen, 2024.

Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2017–2024 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen.

När det gäller hemtjänst finns det stora variationer mellan olika kommuner i hur stor andel äldre som samtidigt använder tio eller fler läkemedel. Som minst är siffran 6,4 procent, och som mest är den 52 procent. Det är många kommuner som ligger inom spannet 20–40 procent (figur 61).

Figur 62. Personer på särskilt boende för äldre som har tio eller fler läkemedel samtidigt, spridning bland kommuner

Andel (%) personer 75 år och äldre på särskilt boende för äldre som har tio eller fler läkemedel samtidigt, spridning bland kommuner, riket, 2024.



16 kommuner ingår inte pga. att under 30 observationer i nämnare inte publiceras i öppna jämförelser.

Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2017–2024 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen 2024.

Bland personer som bor på äldreboenden varierar samtidig användning av tio eller fler läkemedel på kommunnivå mellan 0 och 62,5 procent (figur 62). Här ligger många kommuner inom spannet 20 och 50 procent.

Läkemedelsanvändning hos äldre som får insatser enligt LSS

Socialstyrelsen har nyligen publicerat rapporten *Läkemedelsanvändning hos personer som får insatser enligt LSS* [56]. Rapporten bygger på registerbaserade analyser och redovisar läkemedelsanvändningens omfattning, mönster och kvalitet hos personer 3 år och äldre som fick insatser enligt LSS under 2022.

Sammanfattningsvis visar rapporten att:

- den totala läkemedelsanvändningen var betydligt högre hos personer som får insatser enligt LSS jämfört med övriga befolkningen i samma åldersgrupper
- användningen av läkemedel ur de vanligaste läkemedelsgrupperna, framför allt psykofarmaka och andra läkemedel som påverkar hjärnan och nervsystemet, var mångfaldigt högre hos dessa personer
- olämplig eller riskfylld läkemedelsanvändning var vanligare i denna grupp än i befolkningen i stort.

Generellt var läkemedelsanvändningen och förekomsten av olämplig eller riskfylld läkemedelsanvändning högre i högre åldrar, och i flertalet fall var sådan läkemedelsanvändning högst bland personer 65 år eller äldre. Det var tydligt när det gällde bland annat antidepressiva medel och neuroleptika (tabell 10).

Tabell 10. Användning av antidepressiva medel och neuroleptika hos personer som får insatser enligt LSS

Beräknad andel (procent) användare av läkemedel i respektive läkemedelsgrupp den 31 december 2022. Personkrets (Pk) 1–3, jämfört med dem som inte får insatser enligt LSS, uppdelat på åldersgrupp. För fler läkemedelsgrupper och mer utförlig information se rapport *Läkemedelsanvändning hos personer som får insatser enligt LSS*.

		Åldersgrupp	
		65–79 år	≥80 år
Antidepressiva medel, %	Ej LSS	10,0	16,5
	Pk 1	35,1	32,1
	Pk 2	49,0	-
	Pk 3	35,4	35,3
Neuroleptika, %	Ej LSS	1,4	2,5
	Pk 1	29,7	26,5
	Pk 2	21,9	-
	Pk 3	29,5	26,9

Källa: Läkemedelsregistret, Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och Patientregistret, Socialstyrelsen.

I rapporten visas också att äldre personer med LSS-insatser mer sällan fick rekommenderad behandling vid vissa kroppsliga sjukdomar. Exempelvis hade personer med diagnosen ischemisk hjärtsjukdom en lägre användning av trombocythämmare (blodförtunnande medel) och personer med diagnosen hjärtsvikt en lägre användning av ACE-hämmare/ARB, jämfört med den övriga äldre befolkningen (tabell 11).

Tabell 11. Läkemedelsbehandling vid diagnoser icke-chemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt hos personer som får insatser enligt LSS,

Beräknad andel (%) användare av läkemedel i respektive läkemedelsgrupp den 31 december 2022, bland personer som fått angiven diagnos i slutet eller specialiserad öppenvård minst en gång under perioden 2018–2022. Personkrets (Pk) 1–3, jämfört med dem som inte får insatser enligt LSS. För fler diagnoser och mer utförlig information se rapport *Läkemedelsanvändning hos personer som får insatser enligt LSS*.

Diagnos, läkemedelsanvändning		Åldersgrupp	
		18–64 år	≥65 år
Ickemisk hjärtsjukdom, trombocythämmare	Ej LSS	69,3	55,7
	Pk 1	56,0	45,8
	Pk 2	56,3	57,1
	Pk 3	51,8	46,4
Hjärtsvikt, ACE-hämmare/ARB	Ej LSS	70,7	61,9
	Pk 1	58,1	58,5
	Pk 2	60,0	-
	Pk 3	62,1	44,7

Källa: Läkemedelsregistret, Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen lyfter behovet av ett strukturerat arbetssätt vid läkemedelsordination, samt tydliga rutiner för uppföljning och regelbunden omprövning av läkemedelsbehandlingen. Detta behövs för att säkerställa bästa möjliga förhållande mellan behandlingens nytta och risk för personer som får insatser enligt LSS.

Vilka främjande och förebyggande åtgärder erbjuds?

Sammanfattande iakttagelser

Fysisk aktivitet och rehabilitering är identifierade som centrala faktorer för att stärka äldres självständighet och livskvalitet.

Trots de tydliga hälsofördelarna är det en utmaning att nå äldre som är mindre aktiva. Det krävs anpassade och lättillgängliga insatser för att fler ska delta.

238 kommuner rekvirerade statsbidrag för hälsosamtal under 2023, men endast 68 procent av de beviljade medlen användes, främst på grund av att arbetssättet var nytt för många kommuner.

Hälsosamtalen fokuserade på social gemenskap, motion, näringsintag och fallrisker. 87 procent av kommunerna hänvisade äldre till kommunala aktiviteter, vilket bidrog till ökat deltagande.

Det är stora skillnader i tillgång till utemiljö på särskilda boenden för äldre (säbo). Endast 57 procent av enheterna i enskild regi och 39 procent av enheterna i offentlig regi uppfyller grundläggande förutsättningar på tillgänglighet.

Ny socialtjänstlag 2025 – en mer förebyggande och tillgänglig socialtjänst

Under 2024 har regeringen beslutat om en lagrådsremiss med förslag på en ny socialtjänstlag [57] som planeras träda i kraft i juli 2025. Den nya socialtjänstlagen syftar till att göra socialtjänstens verksamhet mer förebyggande, tillgänglig, jämställd och jämlik samt kunskapsbaserad utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Regeringens förslag innebär bland annat att socialnämnden får tillhandahålla vissa insatser för personliga behov utan individuell behovsprövning

Förändringarna som förväntas genomföras efter att lagen träder i kraft inte minst för de förebyggande insatserna kan komma att innebära ett betydande arbete för kommunerna. Omställningen i socialtjänstens verksamhet kommer troligen behöva pågå under en längre period och innebära ett långsiktigt arbete för kommunerna.

Förebyggande insatser för äldres hälsa och välbefinnande

Den åldrande befolkningen ställer ökade krav på socialtjänsten och hälso- och sjukvården. För att minska belastningen på vården och socialtjänsten kan förebyggande insatser som fysisk aktivitet och rehabilitering vara viktiga, eftersom de kan stärka äldres självständighet och livskvalitet. Regelbunden träning minskar också risken för kroniska sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes och benskörhet [58]. Regelbunden träning bidrar inte bara till ökad fysisk hälsa utan minskar också risken för fall, vilket är en av de vanligaste orsakerna till skador bland äldre. Utöver de fysiska fördelarna har fysisk aktivitet även en positiv effekt på psykiskt välbefinnande och kognitiv funktion [59].

För att socialtjänsten ska kunna arbeta förebyggande enligt den nya socialtjänstlagen, behöver insatserna anpassas så att de når även äldre som är mindre aktiva. Sociala och ekonomiska hinder, såsom begränsad tillgång till träningsmöjligheter och bristande motivation, kan bidra till ett stillasittande liv och ökad fallrisk. Därför behöver förutsättningar skapas för att fler äldre ska kunna delta i hälsofrämjande aktiviteter.

Lågtröskelinsatser som anpassade träningsprogram, gruppaktiviteter och stöd i hemmiljö kan ge fler äldre möjlighet att ta del av förebyggande åtgärder. Sådana insatser kan minska fallrisken, fördröja behovet av mer omfattande vård och öka möjligheten att leva självständigt längre.

Detta ligger i linje med den nya socialtjänstlagens ambition om mer proaktivt och kunskapsbaserat arbete, där tidiga insatser inte bara minskar risken för framtida vård- och omsorgsbehov utan även bidrar till trygghet och självständighet i vardagen.

Statsbidrag till kommunerna för arbete med hälsosamtal för äldre

Socialstyrelsen har fördelat statsbidrag till kommunerna för arbete med hälsosamtal [60]. Syftet med hälsosamtalen var att kommunerna skulle kunna identifiera och motverka ofrivillig ensamhet hos äldre.

Under 2023 rekviderade 238 kommuner bidraget, medan 52 avstod. Totalt förbrukades 68 procent av de beviljade medlen, främst på grund av att det var ett nytt arbetssätt för många kommuner. 89 procent av kommunerna använde statsbidraget till lönekostnader, och 72 procent av kommunerna använde det för att starta upp arbetet med hälsosamtal. Kommunerna använde bidraget för olika typer av insatser, inklusive förberedande arbete, uppsökande insatser, genomförande av samtal och uppföljning. Vanligt förekommande samtalsämnen i hälsosamtalen var social gemenskap,

motion, nutrition och fallrisker. En majoritet av kommunerna (87 procent) hänvisade äldre till kommunala aktiviteter, medan andra hänvisade till vårdcentraler, hemtjänst eller pensionärsföreningar.

Socialstyrelsen bedömer att statsbidraget har främjat regeringens syfte och bidragit till att påskynda etableringen av hälsosamtalskonceptet i landet. Under 2023 påbörjade hela 150 kommuner arbetet med hälsosamtal. Äldre som deltagit har uttryckt uppskattning för satsningen, men kommunerna har rapporterat att det varit svårt att nå de mest utsatta, särskilt män som lever i ofrivillig ensamhet. Trots detta har kommunerna rapporterat att satsningen haft en positiv förebyggande effekt och skapat mervärde för deltagarna.

Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028

Varje år insjuknar cirka 20 000 personer i en demenssjukdom i Sverige, och totalt lever 150 000 med diagnosen. För att möta vårdens och omsorgens utmaningar har regeringen lanserat en vidareutveckling av den strategi som beslutades 2018 [61].

Den uppdaterade strategin, *Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028*, fokuserar bland annat på ökad likvärdighet inom diagnostik och vård samt ett förbättrat samarbete mellan kommuner och regioner [61].

Strategin omfattar både hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst. En nyhet jämfört med tidigare är att strategin har fyra mål som ska följas upp:

- Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara anpassade efter den enskildes förutsättningar och behov.
- Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara samordnade samt främja hälsa och förebygga ohälsa.
- Personalen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska arbeta enligt evidens och beprövad erfarenhet.
- Anhöriga till en person som har en demenssjukdom ska få tillgång till adekvat stöd och kunskap för att kunna utöva frivillig anhörigvård på ett hållbart sätt.

Stor potential för att förebygga risk för demenssjukdom

Livsstilsförändringar och bättre koll på hjärt- och kärlvärden har sannolikt bidragit till en minskning av risken att drabbas av demenssjukdom i olika åldersgrupper [62]. Men den demografiska utvecklingen med allt fler

personer som uppnår hög ålder har lett till att antalet personer med demenssjukdom totalt sett har ökat. I framtiden skulle förekomsten av demenssjukdom nästan kunna halveras om 14 påverkbara riskfaktorer eliminerades. Det framgår av beräkningar i Lancetkommissionens senaste rapport [63]. Kommissionen, som är knuten till den ansedda vetenskapliga tidskriften *The Lancet*, analyserar forskningsresultat och publicerar med jämna mellanrum uppdateringar om bland annat riskfaktorer för demenssjukdom. I den senaste rapporten från 2024 har två riskfaktorer (synförlust och högt LDL-kolesterol) tillkommit.

De 14 riskfaktorerna som identifierades i rapporten är [63]:

1. Låg utbildning
2. Hörselnedsättning
3. Högt blodtryck (hypertoni)
4. Rökning
5. Obesitas
6. Diabetes
7. Depression
8. Fysisk inaktivitet
9. Hög alkoholkonsumtion
10. Traumatiska hjärnskador (TBI)
11. Social isolering
12. Luftföroreningar
13. Synförlust (ny)
14. Högt LDL-kolesterol (ny)

Lancetkommissionen pekar på att insatser för att minska dessa riskfaktorer kan ha en betydande effekt för att förebygga demenssjukdom. Särskilt viktiga är tidiga interventioner och policyförändringar som stödjer utbildning, fysisk aktivitet samt behandling av högt blodtryck, höga kolesterolnivåer och synproblem [63].

Levnadsvanor och deras roll i att förebygga demenssjukdomar

Vikten av preventivt arbete lyfts också i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor som uppdaterades under 2024 [24]. Riktlinjerna fokuserar på åtgärder vid de fyra ohälsosamma levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige:

- tobaks- och nikotinbruk
- riskbruk av alkohol

- ohälsosamma matvanor
- otillräcklig fysisk aktivitet.

Ny forskning visar att det är mer skadligt att dricka alkohol och att snusa än det tidigare fanns kunskap om. Därför har Socialstyrelsen i de uppdaterade riktlinjerna tagit fram nya gränsvärden för riskbruk av alkohol samt förstärkt prioritet på rekommendationerna om snus. Numera inkluderas även nikotinsnus (så kallat vitt snus) i rekommendationerna om åtgärder vid snusning. Samtliga av dessa ohälsosamma levnadsvanor återfinns också på listan över betydande riskfaktorer för utvecklingen av demens.

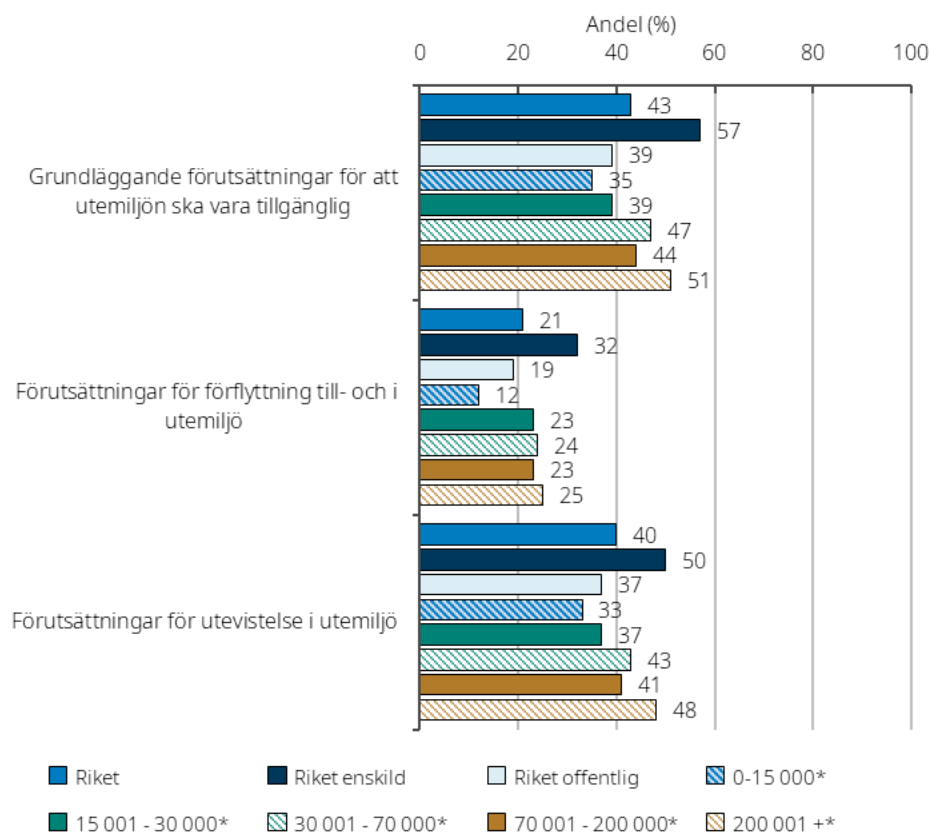
Skillnader i möjligheter till utevistelse på särskilda boenden för äldre

Äldre personer på säbo har varierande förutsättningar att ta sig ut till, förflytta sig i och vistas i utemiljön. Detta framgår av Socialstyrelsens *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2024*, där en ny indikator för tillgänglighet till utemiljö har introducerats [11].

Resultaten visar tydliga skillnader mellan enheter beroende på regiformer och befolkningsmängden i kommunen. Ett exempel är att 57 procent av enheterna i enskild regi uppfyller grundläggande förutsättningar för en tillgänglig utemiljö, jämfört med 39 procent av enheterna i offentlig regi (figur 63).

Figur 63. Andel enheter som uppfyller förutsättningar för utemiljö

Andel (%) enheter som uppfyller indikatorer för förutsättningar för utemiljö år 2024, uppdelat på regiform och kommuners befolkningsmängd år 2023.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2024, Socialstyrelsen

* Kommuners befolkningsmängd 31 dec 2023, SCB.

Ett flertal studier har visat att tillgång till utemiljö kan bidra till en rad positiva hälsoeffekter, bland annat

- minskad stress, smärta och oro
- förbättrat fysiskt och psykiskt mående
- sänkt puls och blodtryck
- bättre sömn och sömnmönster
- minskade demenssymtom
- minskad behovsmedicinering
- färre fallolyckor [64, 65].

Hälsofördelarna med utevistelse är som störst för de äldre personer som har skörast hälsa [66]. För att äldre personer ska få tillgång till utemiljön behöver det finnas rätt förutsättningar. Socialstyrelsen har därför under 2024 utvecklat flera indikatorer och bakgrundsmått för att mäta och förbättra tillgängligheten till utemiljöer.

Hur påverkar digitalisering och välfärdsteknik äldreomsorgen?

Sammanfattande iakttagelser

Var femte pensionär använder inte internet och andelen ökar med stigande ålder. Bland personer över 75 år använder 32 procent inte internet alls, medan motsvarande andel bland personer 65–75 år är 6 procent. Kvinnor över 75 år använder internet mer sällan än män i samma ålder.

Kommunernas insatser för digital delaktighet ökar. År 2024 erbjöd 82 procent av kommunerna stöd för att öka äldres digitala delaktighet, en ökning med 11 procentenheter från 2023. 48 procent av kommunerna erbjuder utbildning i digital teknik och 47 procent har digitala mötesplatser.

Större kommuner har kommit längre i digitaliseringen än mindre kommuner. Tillgången till gratis internet på särskilt boende för äldre (säbo) är högre i större kommuner, vilket skapar skillnader i digital tillgång för äldre beroende på var de bor.

Fler äldre använder välfärdsteknik, men utvecklingen är ojämn. Användningen av digital natttillsyn ökade med 12 procent mellan 2023 och 2024, och antalet personer med läkemedelsautomater ökade med 49 procent under samma period. Samtidigt saknar en fjärdedel av kommunerna helt användare av GPS-larm, trots att tekniken finns tillgänglig.

Internetvanor varierar kraftigt med ålder. Av personer 65–75 år använder 94 procent internet, men av dem över 75 år är andelen endast 68 procent. 69 procent av alla över 65 år använder internet dagligen, jämfört med 91 procent av hela befolkningen över 16 år.

Tekniska och fysiska hinder påverkar äldres internetanvändning. Många äldre avstår från att använda internet på grund av tekniska svårigheter och rädsla för att göra fel. Fysiska begränsningar, som synnedbjudning och darrhänthet, gör det svårare att använda digital teknik.

Ålderism kan förstärkas genom artificiell intelligens

Artificiell intelligens (AI) har en potential att förbättra äldres hälsa och välbefinnande. AI kan erbjuda innovativa lösningar inom diagnostik, behandling, vård och omsorg och på så sätt bidra till att adressera de utmaningar som en åldrande befolkning medför. Dock är denna potential beroende av att tekniken utformas och implementeras utan åldersdiskriminering (ålderism). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är det avgörande att eliminera ålderism i hela utvecklingskedjan för AI-design, det vill säga utveckling, användning och utvärdering [67].

I WHO:s rapport *Ageism in Artificial Intelligence for Health* [67] framhålls att ålderism kan förstärkas eller introduceras genom AI-system om de data som används av AI-modellen inte inkluderar äldres behov och förutsättningar. Många gånger exkluderas även äldre personer från den datamängd som tränar AI-modellen.

Rapporten lyfter områden att fokusera på för att identifiera och motverka ålderism samt för att främja äldres delaktighet inom området AI. Det handlar bland annat om att

- göra äldre delaktiga i design av produkter och tjänster som innehåller AI-modeller samt utbilda programmerare och utvecklare om ålderism
- ha en blandning av åldrar i de vetenskapsteam som arbetar med att välja ut, validera och tillämpa data, samt inkludera ålder i datainsamlingar
- investera i digital infrastruktur samt säkerställa att äldre personer och vårdgivare har den digitala kompetens som behövs
- säkerställa att tekniken är frivillig och att den äldre personen samtycker till att den används
- ha styrning och reglering som säkerställer att åldersdiskriminering motverkas
- stimulera forskning inom AI och äldres behov och förutsättningar
- ta fram robusta etiska processer kring frågorna.

Genom att beakta dessa områden kan AI:s potential inom hälso- och sjukvården och omsorgen förverkligas och bidra till en mer jämlik och inkluderande vård för äldre.

Var femte pensionär använder inte internet

I Internetsstiftelsens undersökning från 2024 framkommer det att i princip alla som inte använder internet är i pensionsåldern. Var femte person i

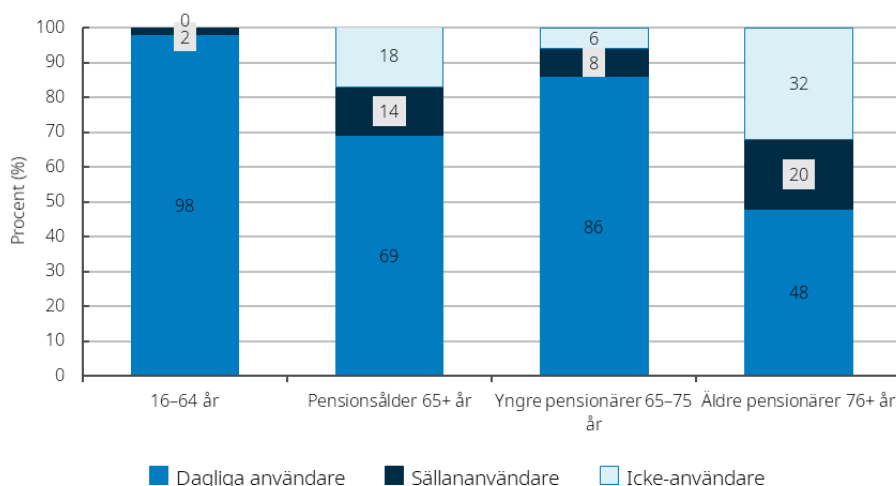
pensionsålder uppger att de inte använder internet, men det är stor skillnad mellan yngre och äldre pensionärer. Andelen icke-användare mer än femdubblas bland äldre pensionärer över 75 år jämfört med yngre pensionärer 65–75 år. Efter 75 års ålder är det betydligt fler kvinnor än män som inte använder internet. Enligt rapporten *Svenskarna och internet 2024* använder 82 procent av pensionärerna internet, men det finns stora skillnader inom denna grupp [68].

Av alla personer 65 år och äldre är det 69 procent som använder internet dagligen, vilket kan jämföras med 91 procent för hela befolkningen över 16 år. Skillnaderna mellan personer i åldern 65–75 och de över 75 år är betydande. Bland personerna i åldern 65–75 är 86 procent dagliga användare, medan endast 48 procent av de över 75 år använder internet varje dag. Detta visar att det finns en tydlig klyfta i digitalt deltagande mellan olika åldersgrupper [68].

Av figur 64 framgår att cirka 18 procent av pensionärerna inte använder internet alls. Denna andel ökar kraftigt med åldern. Bland de personer som är över 75 år, är det 32 procent som inte använder internet. Det kan jämföras med de i åldern 65–75, där endast 6 procent står utanför den digitala världen. I princip, i gruppen 16 och 64 år, är det nu 0 procent som inte använder internet, vilket visar att det digitala utanförskapet är starkt kopplat till högre ålder [68].

Figur 64. De som inte använder internet är 65 år eller äldre

Fråga: Hur ofta använder du internet?



Källa: Internetstiftelsen – Svenskarna och internet, 2024.

Flera skäl till digitalt utanförskap bland äldre

De främsta orsakerna till att många pensionärer inte använder internet är, enligt rapporten *Svenskarna och internet 2024*, ointresse och upplevd brist på behov. För de äldre pensionärerna handlar det ofta om att de inte ser någon tydlig nytta med internet i sin vardag. Många har levt ett helt liv utan

att använda digital teknik och ser ingen anledning att börja nu. En annan vanlig anledning är att de upplever tekniken som komplicerad. Svårigheter att förstå hur man använder digitala tjänster, liksom oro för att göra fel eller bli lurad, avskräcker många från att börja använda internet [68].

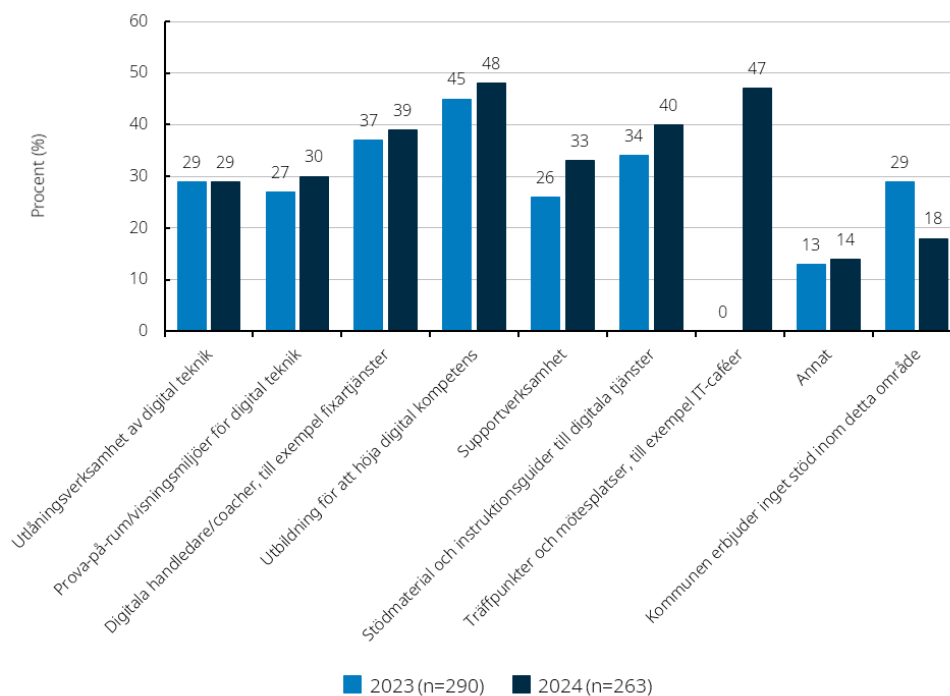
Tekniska och fysiska begränsningar spelar också en stor roll. Många äldre lider av synnedläggelse, darrhänthet eller andra fysiska åkommor som gör det svårt att använda datorer eller smarta telefoner. Därtill kommer det faktum att den snabba teknikutvecklingen gör att många känner att de inte hänger med, vilket förstärker känslan av att det är för sent att lära sig. För de äldre som tidigare använt internet men som nu använder det mer sällan, är sjukdom och fysiska begränsningar ofta en bidragande faktor till att de drar sig tillbaka från det digitala [68].

Insatser för att minska digitalt utanförskap

Ett växande problem inom digitaliseringen av äldreomsorgen är risken för digitalt utanförskap. Äldre, särskilt de över 75 år, utgör en betydande andel av de som sällan eller aldrig använder digitala tjänster [68]. Detta kan leda till att de inte fullt ut kan ta del av de fördelar som välfärdstekniken erbjuder på grund av bristande kunskaper om tekniken. För att motverka detta har en majoritet av Sveriges kommuner infört olika former av stöd, som till exempel utbildningsinitiativ, it-caféer och andra digitala mötesplatser. År 2024 erbjöd 82 procent av kommunerna sådana stödinsatser, vilket är en ökning med 11 procentenheter jämfört med 2023 (figur 65) [69].

I figur 65 ses också en ökning av samtliga former av stöd som kommunerna erbjuder. De vanligaste formerna av stöd är utbildning för att höja digital kompetens, vilket 48 procent av kommunerna erbjuder och träffpunkter och mötesplatser, vilket 47 procent av kommunerna erbjuder. Träffpunkter och mötesplatser var ett nytt svarsalternativ under 2024 och därför finns det inga data att redovisa för 2023.

Figur 65. Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda i för att minska digitalt utanförskap, i procent, 2023–2024



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024, Socialstyrelsen.

Denna typ av initiativ spelar en avgörande roll för att minska den digitala klyftan och skapa förutsättningar för en mer jämlik tillgång till välfärdsteknik. År 2024 publicerade Internetsstiftelsen rapporten *Svenskar och internet 2024* [68]. Rapporten visar att äldre som får handledning i hur man använder digitala verktyg, som smarta telefoner eller surfplattor, oftare fortsätter att använda tekniken självständigt i vardagen. Kommunernas insatser för att främja digital delaktighet bedöms ha betydelse för att öka användningen av välfärdsteknik [70].

Ojämlik digital utveckling i kommunerna

Trots framstegen inom e-hälsa och välfärdsteknik finns det fortsatt stora skillnader mellan kommunerna när det gäller hur långt de har kommit i sin digitala utveckling. Generellt sett har de större kommunerna⁵⁵ kommit längre än de mindre, både vad gäller införandet av digital teknik och i hur strukturerade deras processer är för att analysera och följa upp tekniken är.

⁵⁵ Sett till invånarantal: 1 kommun med över 100 000 invånare, 2 kommuner med 50 000–100 000 invånare, 2 kommuner med 20 000–50 000 invånare, 4 kommuner med 10 000–20 000 invånare och 1 kommun med under 10 000 invånare.

En tydlig skillnad är tillgången till internet för äldre på säbo, där de större kommunerna oftare erbjuder gratis internetuppkoppling för de äldre [69].

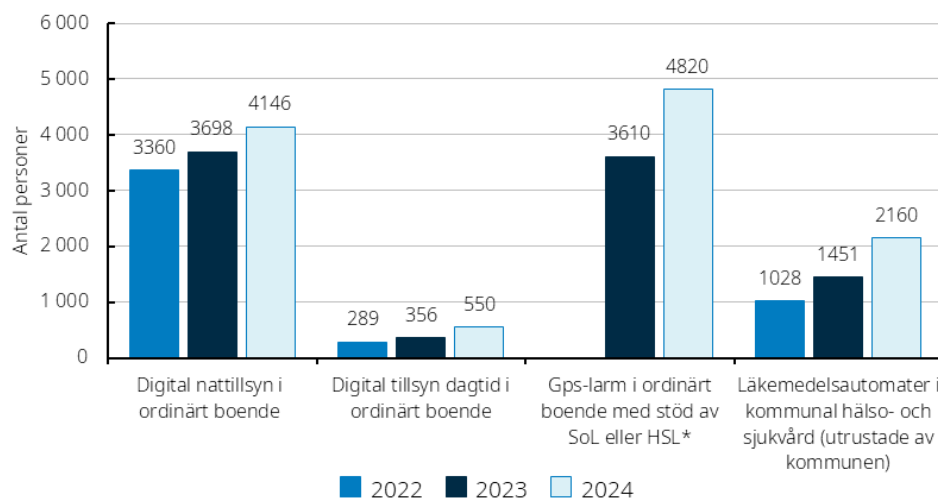
Socialstyrelsen menar att det behövs ett nationellt stöd för de mindre kommunerna för att säkerställa att den digitala utvecklingen blir mer jämlik, särskilt när det gäller att genomföra behovsanalyser och nyttoanalyser i samband med att ny teknik införs.

Att följa upp den teknik som införs är viktigt för att säkerställa att den bidrar till de önskade förbättringarna. I Socialstyrelsens uppföljning av välfärdsteknik framhålls att kommunerna behöver stärka sin förmåga att genomföra dessa analyser och dela sina erfarenheter med varandra [69].

Äldreomsorgens digitala utveckling

Den digitala utvecklingen inom äldreomsorgen har fortsatt utvecklas stadigt under 2024 och bidragit till bättre kvalitet och tillgänglighet inom omsorgstjänster för äldre. Ett ökande antal digitala lösningar introduceras på olika platser i landet, vilket gör att möjligheterna att förbättra livskvaliteten för äldre växer, samtidigt som det kvarstår utmaningar kring hur tekniken implementeras och används. Under 2024 har Socialstyrelsen sett en fortsatt expansion inom välfärdsteknik, samtidigt som kommunerna brottas med utmaningen att säkerställa en jämlik tillgång till denna teknik oavsett boendeort eller individuella förutsättningar (figur 66).

Figur 66. Antal personer med digital tillsyn och gps-larm i ordinärt boende och läkemedelsautomater i kommunal hälso- och sjukvård, 2022–2024



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024, Socialstyrelsen.

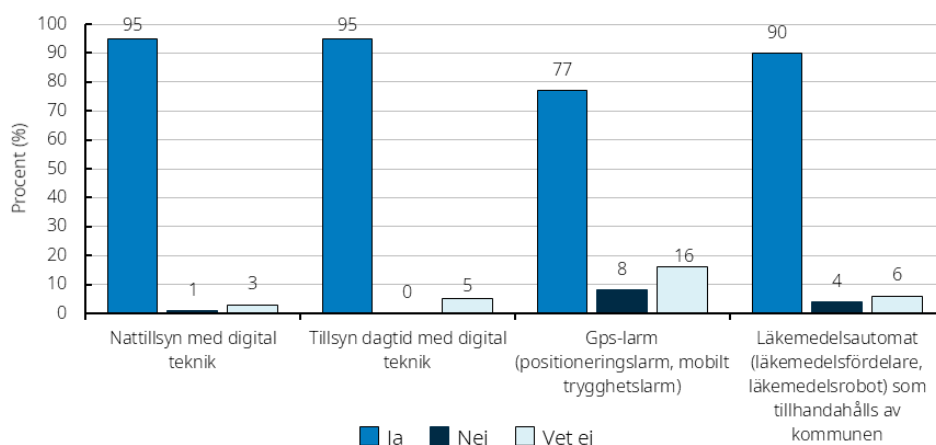
*2022 ingick endast gps-larm beviljade enligt SoL.

Gps-larm gör det möjligt för personal eller närstående att lokalisera personer som gått vilse eller tillkalla hjälp vid olyckor. Användningen har ökat, men

ett fåtal kommuner står för majoriteten användningen av tekniken (figur 67). Omkring en fjärdedel av kommunerna saknar helt användare, trots att tekniken finns. Socialstyrelsen ser att tekniken har potential att förbättra säkerheten och livskvaliteten för äldre med demenssjukdom eller andra kognitiva svårigheter, men att det krävs ytterligare arbete för att fler äldre och deras familjer ska känna till och förstå nyttan med gps-larm [69].

Figur 67. Andel kommuner med målsättning att öka antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater

Andel (%) kommuner med målsättning att öka antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater, 2024.



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024, Socialstyrelsen.

Användningen av läkemedelsautomater och digital natttillsyn ökar

Läkemedelsautomater är ett av de områden inom välfärdstekniken som sett den största tillväxten under 2024. Antalet kommuner som erbjuder tekniken ökade med 9 procentenheter och antalet personer i den kommunala hälso- och sjukvården som använder tekniken ökade med 49 procent (figur 66). Dessa automatiserade system påminner den äldre om att ta sina mediciner vid rätt tidpunkt och kan även larma vårdpersonal om en dos tas vid fel tidpunkt. Denna teknik har visat sig vara särskilt värdefull för att förbättra följsamheten till medicinska behandlingar och därmed minska risken för allvarliga hälsoproblem som kan uppstå vid felaktig medicinering [69].

Vad gäller digital natttillsyn visar figur 66 att 4 146 personer som bodde i ordinärt boende hade sådan tillsyn i form av kamera, fjärrtillsyn, värmekamera eller annan teknik 2024. Det är en ökning med 448 personer (12 procent) jämfört med 2023. Den ökningen är större än ökningen mellan 2022 och 2023. År 2024 redovisade kommunerna för första gången antalet äldre och antalet personer med funktionsnedsättning var för sig när de redovisade antalet brukare med digital natttillsyn. Resultatet visar att 4 007 personer med digital natttillsyn i ordinärt boende finns inom äldreomsorgen

och 139 personer inom funktionsnedsättningsområdet. Socialstyrelsens uppföljning av digital tillsyn visar att systemet, särskilt dagtid, fortfarande är underutnyttjat. Över hälften av de kommuner som erbjuder tekniken har inga aktiva användare, vilket belyser behovet av att öka både kunskapen och förtroendet för digital tillsyn [69]. Flera kommuner rapporterar att de planerar att öka användningen av denna teknik under de kommande åren, vilket förväntas bidra till ökad trygghet för äldre och en minskad belastning på nattpersonal (figur 67) [69].

Digitalisering kan bidra till effektivare arbetssätt

Rapporten *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas fram till 2040* visar att digitaliseringen inom socialtjänsten har blivit ett av de viktigaste verktygen för att möta framtidens utmaningar, särskilt inom äldreomsorgen [70]. Genom digitala lösningar kan både effektiviteten och kvaliteten i omsorgsarbetet förbättras, samtidigt som personalens arbetsbelastning minskas.

En fördel med digitalisering inom socialtjänsten är möjligheten att effektivisera administrativa uppgifter och handläggning av ärenden. Genom att automatisera rutiner, som dokumentation och rapportering, frigörs tid som i stället kan användas för direkt kontakt och vård av äldre. Enligt rapportens framtidsprognoser beräknas personalbristen inom äldreomsorgen öka fram till 2040, vilket gör att sådana lösningar kan få en än större betydelse [70].

Digital dokumentation och digitala planeringssystem har även underlättat kommunikationen mellan vårdgivare, brukare och närstående. Dessa system gör det möjligt för omsorgspersonal att följa varje brukares behov i realtid, vilket minskar risken för fel och gör att insatser kan anpassas snabbare. Exempelvis kan vårdpersonal via digitala system se om en brukare har fått sitt läkemedel eller om en planerad insats har genomförts som planerat [70].

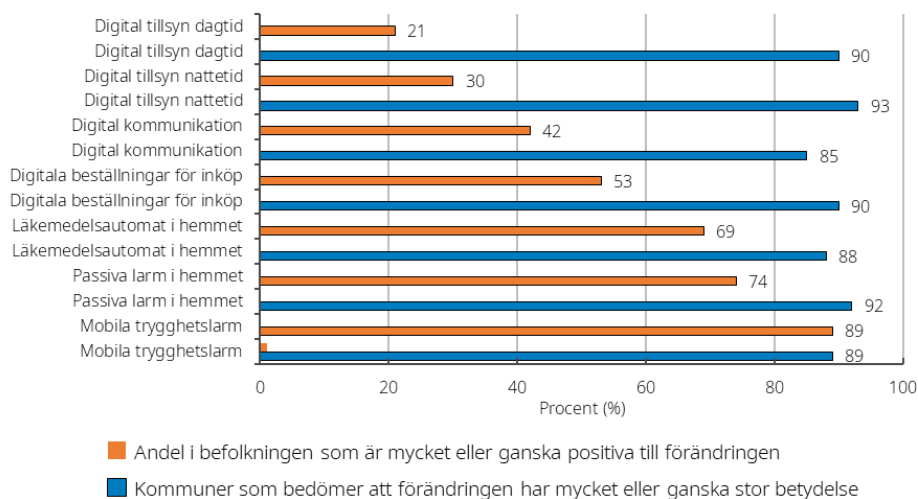
Under 2024 har användandet av digitala verktyg ökat märkbart hos personal inom äldreomsorgen. Mobila dokumentationsverktyg har till exempel blivit allt vanligare, vilket gör att personalen kan dokumentera direkt på plats hos de äldre istället för att behöva återvända till kontoret. Detta gör att dokumentation görs löpande utan fördröjning, vilket minskar risken för felaktigheter i dokumentationen och möjliggör för den äldre att aktivt delta i detta arbete [69].

Figur 68 redogör för de förändringar genom digitalisering som flest i befolkningen i åldern 65 år eller äldre uppfattar som mycket eller ganska positiva. Det är att fler brukare får *mobila trygghetslarm*, vilket 89 procent

uppfattar som mycket eller ganska positivt, att fler brukare får *passiva larm/sensor* i hemmet, vilket 74 procent uppfattar som mycket eller ganska positivt, och att fler brukare använder *läkemedelsautomat* i hemmet, vilket 69 procent uppfattar som mycket eller ganska positivt. Att just dessa förändringar ses som mest positiva av befolkningen kan vara ett uttryck för att de flesta vill leva ett självständigt liv så länge som möjligt [70].

Dock har befolkningen i gruppen 65 år och äldre blandade uppfattningar om de övriga förändringar genom digitalisering som de tillfrågades om. Endast 30 procent är mycket eller ganska positiva till att *tillsyn nattetid* i ökad utsträckning görs digitalt. Vidare fanns det skillnader i hur kommunerna och befolkningen såg på *digital kommunikation*, *digitala beställningar för inköp* och *digital tillsyn dagtid*. Det finns alltså en skillnad mellan vad kommunerna bedömer har stor betydelse för att använda resurserna effektivare och vad befolkningen ser som positiva förändringar av verksamheterna (figur 68) [70].

Figur 68. Befolkningens uppfattning och kommunernas bedömning av några möjliga förändringar genom digitalisering i äldreomsorgen



Källa: rapport från Myndigheten för vård och omsorgsanalys Redo för framtiden? - Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldre-omsorgen kan utvecklas till år 2040 [70].

Framtidsutsikter

Den digitala utvecklingen inom äldreomsorgen förväntas fortsätta i snabb takt. Samtidigt kommer det att vara nödvändigt att intensifiera arbetet för att säkerställa att alla äldre som vill och behöver får tillgång till välfärdsteknik, oavsett var de bor eller vilka tekniska förutsättningar de har.

Den fortsatta utmaningen handlar inte bara om att öka användandet av välfärdsteknik, utan också om att säkerställa att tekniken är anpassad efter individens behov och tar hänsyn till dennes önskan om integritet. Äldre personer uttrycker ibland farhågor om att tekniken kan ersätta mänsklig

kontakt eller leda till ökad övervakning (figur 63). Därför behöver teknikutvecklingen kombineras med åtgärder som stärker användarsäkerhet och integritetsskydd, så att de äldre känner sig trygga med att använda den nya tekniken.

Brukare och personal behöver vara delaktiga när välfärdsteknik införs

Trots den snabba utvecklingen inom välfärdstekniken finns utmaningar för socialtjänsten, särskilt när det gäller att göra tekniken tillgänglig för alla äldre. Enligt rapporten *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas fram till 2040* är tillgången till digitala lösningar ojämnt fördelad mellan kommuner, och många äldre använder inte tekniken. Det kan bero på tekniska problem eller brist på kunskap [70].

Hur mycket kostar vård och omsorg för äldre?

Sammanfattande iakttagelser

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2023 till 157,7 miljarder kronor, vilket är i nivå med året innan. Särskilt boende för äldre (säbo) stod för 56 procent och hemtjänst för personer i ordinärt boende för 42 procent av de totala kostnaderna 2023.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre drivs av ökade kostnader för hemtjänst och säbo.

I fasta priser har kostnaden för dagverksamhet, korttidsboende och öppen verksamhet legat relativt oförändrad under 2023 jämfört med året innan. Under den senaste femårsperioden har kostnaden för korttidsboende och öppen verksamhet minskat, medan den ökat något för dagverksamhet och övriga insatser.

Kommunerna har olika avgiftssystem, vilket innebär att det varierar beroende på bostadsort hur mycket vård och omsorg individen får innan maxtaxan uppnås. Maxtaxan har blivit standard för särskilt boende i alla kommuner. I de flesta kommuner gäller maxtaxan även för hemtjänst vid 15 timmar eller mer per månad.

Det saknas en tydlig definition av hemtjänst i socialtjänstlagen, vilket leder till olika tolkningar och tillämpningar av maxtaxan. Antalet hemtjänsttimmar innan maxtaxan uppnås varierar mellan 5 och 20 timmar beroende på kommun.

Vissa insatser ingår inte i maxtaxan, och den enskilde måste alltid betala för dessa, oavsett inkomst. Exempelvis tar 38 procent av kommunerna extra avgift för matlådor och 26 procent tar extra avgift för installation av trygghetslarm.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre ökar

Kommunernas kostnader och deras kostnadsutveckling har betydande påverkan på både samhällsekonomin och individers privatekonomi och är återkommande ämnen i samhällsdebatten. I denna del fokuserar vi på

kommunernas kostnader och kostnadsutveckling inom vård och omsorg för äldre.

Analysen baseras huvudsakligen på kostnadsuppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB), där data har en viss eftersläpning [71]. Därför redovisas kostnader fram till och med 2023, i linje med tidigare års rapportering.

Som mått används kostnader kopplade till kommunernas egna åtaganden.⁵⁶ För att möjliggöra jämförelser mellan olika år är siffrorna omräknade till fasta priser, baserade på 2023 års prisnivå. I denna analys används ett specifikt konsumentprisindex för kommunal omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning.⁵⁷ För ytterligare insyn redovisas kostnader i löpande priser separat i bilaga 5, tabell 24.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre ökar

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2023 till 157,7 miljarder kronor (tabell 12). Detta innebär en ökning med cirka 11 miljarder kronor jämfört med föregående år i löpande priser. Efter justering för förändringar i prisnivåer motsvarar det en realkostnadsökning på cirka 700 miljoner kronor i fasta priser för 2023. Prisnivåerna inom omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning steg med 7,1 procent under året. Det är mer än den allmänna inflationen med fast ränta (KPIF⁵⁸) i Sverige som låg på cirka 2,3 procent.⁵⁹

Under de senaste fem åren har kostnaderna för äldreomsorg ökat med totalt 28 miljarder kronor. Under samma period skedde en prisnivåökning på 17 procent, vilket innebär att realkostnadsökningen landar på 7 miljarder kronor i 2023 års priser.

Av kommunernas kostnader för socialtjänst står vård och omsorg för äldre för drygt hälften. Insatser för personer med funktionsnedsättning utgör knappt en tredjedel, medan individ- och familjeomsorgen står för en femtedel [72, 73]. Detta visar på äldreomsorgens centrala roll i kommunernas socialtjänstbudget.

⁵⁶ Kostnad avser här löpande kostnader för driften av verksamhet som riktar sig till kommunens egen befolkning (kostnader för eget åtagande = bruttokostnad – försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting – interna intäkter). I kostnaderna ingår verksamhetens samtliga kostnader inklusive central och lokal administration, lokalkostnader, kapitalkostnader, löner och personalkostnader mm. Hämtas från kommunernas räkenskapsammandrag.

⁵⁷ Beställt från SCB

⁵⁸ KPIF är Riksbankens målvariabel för inflationen och används som underlag för Riksbankens penningpolitiska beslut

⁵⁹ Enligt KPIF (konsumentprisindex med fast ränta) i december 2023. Hämtad från SCB, <https://www.scb.se/finding-statistics/statistics-by-subject-area/prices-and-consumption/consumer-price-index/consumer-price-index-cpi/pong/statistical-news/consumer-price-index-cpi-december-2023/>

Som andel av bruttonationalprodukt (BNP) har kostnaderna legat relativt konstant med undantag för året 2020, då kostnaderna tillfälligt ökade som andel av BNP från föregående år. Däremot har äldreomsorgens andel av kommunernas totala kostnader för egentlig verksamhet⁶⁰ ökat, från 19,1 procent 2019 till 19,9 procent 2023 (tabell 12).

Tabell 12. Kostnader för vård och omsorg för äldre i förhållande till övriga kostnader i kommunen och bruttonationalprodukt (BNP)

Miljarder kronor, fastprisberäknade till 2023 års priser.

	2019	2020	2021	2022	2023
Total kostnad för vård och omsorg för äldre	150,9	153,8	156,0	157,0	157,7
Andel av kostnader för socialtjänst, (%)	51,2 %	51,4 %	51,3 %	51,7 %	51,6 %
Andel av kommunernas kostnader för egentlig verksamhet, (%)	19,1 %	19,6 %	19,5 %	19,7 %	19,9 %
Andel av BNP, (%)	2,6 %	2,7 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2019–2023, SCB.

Ökade kostnader för hemtjänst och särskilt boende driver kostnadsutvecklingen

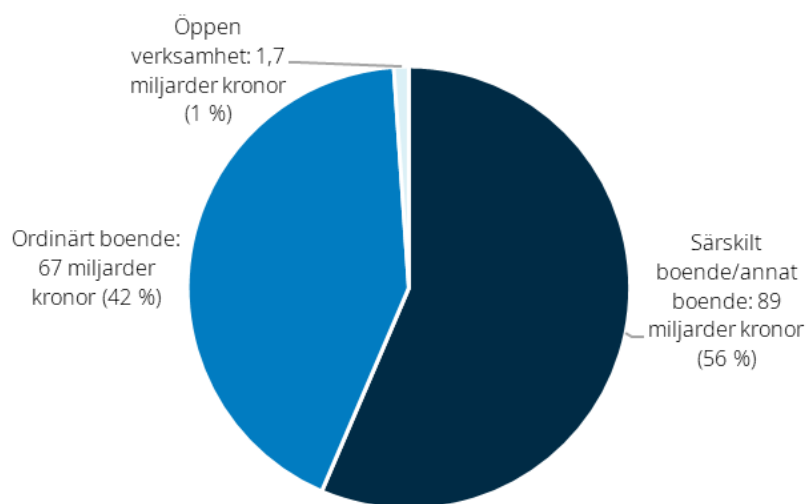
En betydande del av kommunernas kostnader för äldreomsorg är kopplad till särskilt boende.⁶¹ Denna andel uppgick under 2023 till 89 miljarder kronor (tabell 13), vilket motsvarar 56 procent av de totala utgifterna. Samma år var kostnaderna för äldre i ordinärt boende 67 miljarder kronor (42 procent), medan de för öppen verksamhet var cirka 1,7 miljarder kronor (1 procent), enligt figur 69. Kostnaderna för både särskilt och ordinärt boende omfattar inte bara insatser enligt socialtjänstlagen, utan även kommunal hälso- och sjukvård.

⁶⁰ Egentlig verksamhet är den skattefinansierade verksamheten och innehåller bland annat politisk verksamhet, infrastruktur, fritid och kultur, pedagogisk verksamhet, vård och omsorg, särskilt riktade insatser samt kommungemensamma kostnader för administration och lokaler.

⁶¹ I kostnadsposten ingår även vård- och omsorgskostnader för äldre i annat boende exempelvis LSS-boende och biståndsbedömt trygghetsboende.

Figur 69. Fördelning av kommunens kostnader för vård och omsorg av äldre 2022

Fördelning av totalt 158 miljarder kronor.



Not: Kostnaderna avser kommunernas insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och inkluderar myndighetsutövning och både biståndsbeslutade och icke-biståndsbeslutande insatser

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2023, SCB.

Kostnadsutvecklingen 2019–2023 drivs framför allt av ökade kostnader för särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende (tabell 13). Kostnaderna för hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende ökade med 3,8 miljarder kronor (7,2 procents ökning) från 2019 till 2023, och särskilt boende ökade med 3,4 miljarder kronor (4 procents ökning), räknat i fasta priser. Under denna period var antalet personer med hemtjänst⁶² i ordinärt boende och antalet personer i säbo förhållandevis konstant [74]. Antalet personer på säbo minskade dock under pandemiåren 2020 och 2021 men har under följande år ökat igen. Antalet är ännu inte tillbaka på 2019 års nivå. Kostnaderna omfattar även kommunal hälso- och sjukvård för äldre. Andelen av hemsjukvårdens kostnader i kostnadsposten för hemtjänst i ordinärt boende framgår inte av tillgängliga uppgifter. Socialstyrelsens statistik visar att antalet insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården för äldre fortsätter att öka.

Kostnaderna för korttidsboende och dagverksamhet har över en femårsperiod legat relativt konstant medan kostnaden för öppen verksamhet för samma period har minskat.

^{62*} Antal med hemtjänstbeslut som inte uteslutande består följande insatser: trygghetslarm, matdistribution, avlösning, ledsagning.

Tabell 13. Kostnader för vård och omsorg för äldre

Miljarder kronor, fastprisberäknade till 2023 års priser

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019–2023 (%)
Total kostnad vård och omsorg om äldre	150,9	153,8	156,0	157,0	157,7	6,9 (4,5 %)
Årlig förändring	-1,1 %	2,0 %	1,4 %	0,6 %	0,4 %	
Verksamhetsområde						
Särskilt boende/annat boende	85,6	87,6	88,5	89,1	89,0	3,4 (4,0 %)
Ordinärt boende	63,3	64,5	65,9	66,2	67,0	3,7 (5,9 %)
Hemtjänst	52,1	53,8	55,0	55,3	55,8	3,8 (7,2 %)
Korttidsboende	7,9	7,6	7,7	7,6	7,7	-0,1 (-1,6 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	3,3	3,1	3,2	3,4	3,4	0,1 (1,7 %)
Öppen verksamhet	2,0	1,7	1,6	1,7	1,7	-0,2 (-11,9 %)

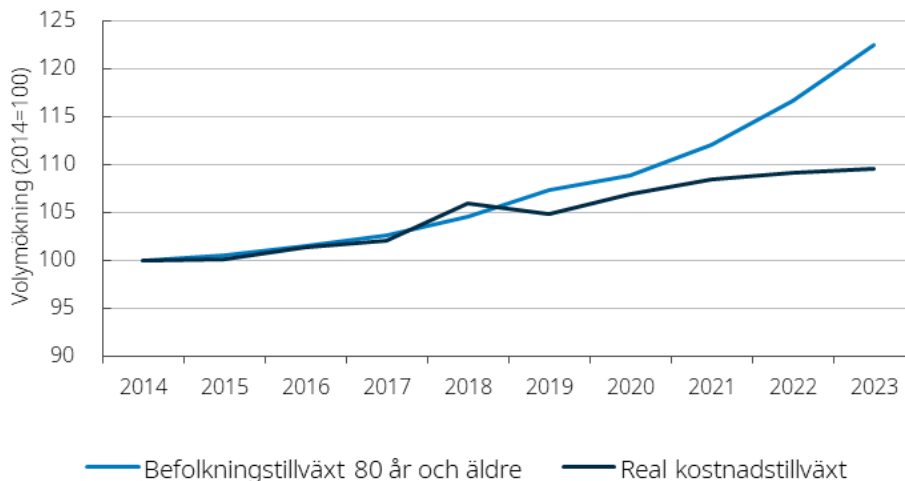
Not: Kostnaderna avser kommunernas insatser enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen och inkluderar myndighetsutövning och både biståndsbeslutade och icke-biståndsbeslutande insatser

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2019–2023, SCB

Vård- och omsorgsbehovet ökar med stigande ålder och antalet personer som är 80 år eller äldre ökar och förväntas fortsätta öka under kommande år. Befolkningstillväxten i åldersgruppen ökar snabbare än kostnaderna för vård och omsorg för äldre ökar (figur 70). Vi lever längre men är även friskare längre upp i åldrarna, vilket kan göra att behoven av kommunal vård och omsorg skjuts fram. Äldre får också i allt större utsträckning vård- och omsorgsinsatser i det egna hemmet snarare än på särskilt boende, vilket kan bidra till att kostnaderna inte ökar i samma takt som befolkningstillväxten för äldre.

Figur 70. Förändringar i befolkningen 80 år och äldre, och kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre i fasta priser jämfört med basåret 2014

Basår 2014 = 100.



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag och befolkningsstatistik SCB.

Kostnaden per person i särskilt boende ligger kvar på en hög nivå

Kostnad per person och år i säbo uppskattas till drygt 1 miljon kronor 2023 (tabell 14). Kostnaden ökade mellan åren 2019 och 2021 för att sedan minska 2022 och 2023.⁶³ Kostnaden ligger dock fortfarande på en högre nivå jämfört med åren före pandemin, cirka 5 procent högre. Störst var kostnadsökningen 2019 och 2020. Under dessa år minskade antalet personer i säbo samtidigt som kostnaderna ökade, vilket tyder på att ökade kostnader per boende ligger bakom totala kostnadsökningar under dessa år. Från 2022 till 2023 ökade antalet personer i säbo medan kostnaderna per person minskade något.

⁶³ Kommungruppsindelningen för 2023 har använts, vilket gör att viss skillnad kan förekomma jämfört med tidigare lägesrapporter där indelning från 2017 använts.

Tabell 14. Antal personer i särskilt boende och uppskattad kostnad per person och år

Kronor, fastprisberäknade till 2023 års priser.

	2019	2020	2021	2022	2023
Antal personer i särskilt boende*	82 819	79 869	78 760	80 991	81 742
Kostnad per person i särskilt boende (tkr) **	1 034	1 097	1 124	1 100	1 089

*Här avses antal personer under en genomsnittlig månad respektive år. **Avser kostnad för insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen för särskilt boende och annat boende. Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2019–2023, Statistiska centralbyrån Socialstyrelsens Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

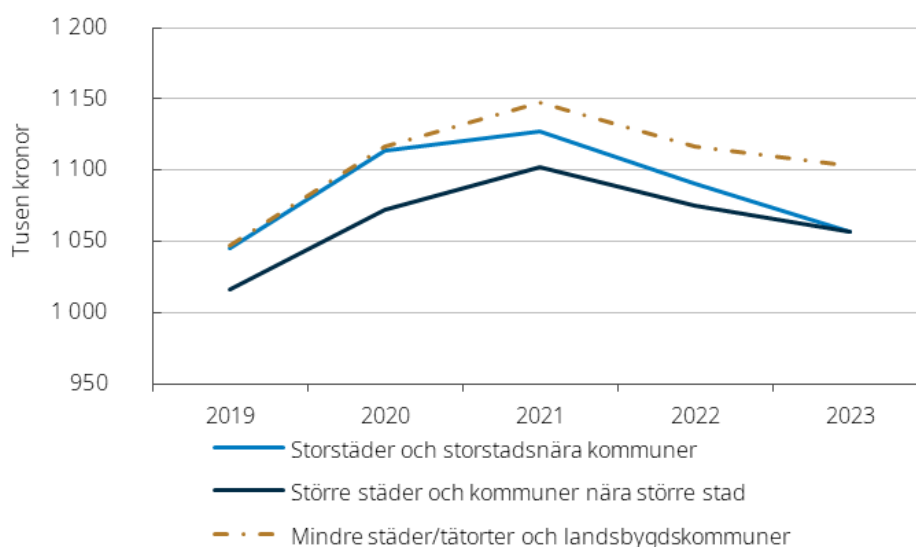
I figur 71 presenteras hur kostnaden per person i särskilt boende utvecklats mellan 2019 och 2023 för de tre huvudkommungrupperna (benämnt *kommungrupper*) enligt SKR:s kommungruppsindelning från 2023 [75]:

- storstäder och stadsnära kommuner, benämnt *storstäder*
- större städer och kommuner nära större stad, benämnt *mellanstora städer*
- mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner, benämnt *mindre städer/landsbygd*

Mellan åren 2019 och 2023 har kostnaderna per person i säbo ökat mest i mindre städer/landsbygd (cirka 5,3 procent) och mellanstora städer (cirka 4,0 procent). I kommungruppen storstäder har kostnaden ökat med cirka 1 procent mellan 2019 och 2023, figur 71.

Figur 71. Förändring av kostnader för vård och omsorg per person i särskilt boende, per huvudkommungrupp 2019–2023

Tusen kronor, fastprisberäknade till 2023 års priser.



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2019–2023 (Statistiska centralbyrån), Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen).

Kostnaderna för äldreomsorg ökar i både Sverige och Europa

De stigande kostnaderna för äldreomsorgen i Sverige är resultatet av flera samverkande faktorer som även kan ses i trender över hela Europa. En åldrande befolkning, med allt längre livslängd, innebär fler år med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Detta ökar behovet av att främja hälsosamt åldrande genom förebyggande insatser och tidiga åtgärder för att därmed minska vårdbehovet senare i livet. Samtidigt bidrar en ökad användning av innovativa medicinska teknologier och behandlingar, som visserligen förbättrar vårdkvaliteten, till högre kostnader. I kombination med det lider vårdsektorn, inklusive äldreomsorgen, av personalbrist, vilket förvärrades av pandemins effekter [76]. Bristen på personal märks särskilt i mindre kommuner och glesbygd, där begränsade resurser och svårigheter att attrahera personal gör situationen än mer utmanande. Många kommuner satsar på digitalisering och nya arbetssätt för att hantera pensionsavgångar och effektivisera omsorgen.

I EU är över 80 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna offentligt finansierade; därför är det avgörande att kunna förutse och hantera framtida budgettryck. Budgeten påverkas negativt dels av en åldrande befolkning med fler kroniska sjukdomar och samsjuklighet som innebär ökade behov av vård och omsorg, dels av en mindre andel arbetsföra som kan bidra till den skattebas som finansierar vården. Höga kostnader för innovativa läkemedel, särskilt inom områden som onkologi, skapar ytterligare påfrestningar på medlemsländernas budgetar.

I *Ekonomirapporten* från maj 2024 pekar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) på flera utmaningar som påverkar äldreomsorgens kvalitet och ekonomiska hållbarhet [77]:

- **Snabb tillväxt av äldre över 80 år:** Denna grupp, som ofta har störst behov av omsorg, växer kraftigt och skapar ett ökat tryck på vården.
- **Minskande arbetsför befolkning:** Detta försvårar rekrytering och kapaciteten att möta omsorgsbehoven.
- **Ekonomiska utmaningar för kommunerna:** Trots att inflationen förväntas sjunka något, kvarstår betydande ekonomiska påfrestningar. Kostnaderna är höga på grund av ökade pensionsutgifter och krav på förbättrad omsorgskvalitet. Många kommuner har redan pressade budgetar, trots ökade statsbidrag.

Kommunernas avgifter enligt socialtjänstlagen SoL

I januari 2025 publicerade Socialstyrelsen rapporten *Kommunernas avgifter enligt socialtjänstlagen, kartläggning och analys* [78]. Av bestämmelserna i socialtjänstlagen (SoL) framgår det hur hög avgiften som mest får vara; det beloppet kallas *maxtaxa*. Socialstyrelsens kartläggning visar att ingen kommun tar ut ett belopp som är högre än maxtaxan för de insatser som räknas upp i lagen. Socialstyrelsen har dock identifierat ett antal skillnader i hur kommunerna tillämpar avgiftsbestämmelserna. Dessa skillnader får betydelse för hur mycket den enskilde får betala för insatserna i respektive kommun.

En konsekvens av att kommunerna har utformat egna avgiftssystem är att den enskilde får olika mycket vård och omsorg innan maxtaxan nås beroende på vilken kommun personen bor i. De insatser som kommunerna väljer att lägga utanför maxtaxan får den enskilde alltid betala för, oavsett inkomst. Gemensamt för kommunerna är att den lagstadgade maxtaxan har blivit den avgift alla kommuner tar ut för särskilt boende. De flesta kommuner tar även ut maxtaxa för hemtjänst när den enskilde har 15 timmar hemtjänst eller mer per månad. Hur mycket hemtjänst den enskilde får per månad innan maxtaxan uppnås i respektive kommun varierar dock mellan 5 och 20 timmar.

Det saknas en definition i SoL av vad som inkluderas i begreppet hemtjänst. I förarbetena till lagstiftningen framgår att matdistribution, dagligvaruinköp samt tillredning av måltider ska rymmas i maxtaxan för hemtjänst och dagverksamhet. Kartläggningen visar att det skiljer sig åt vad kommunerna inkluderar i hemtjänsten och därmed i maxtaxan. Exempelvis tar 38 procent av kommunerna ut en avgift för distribution av matlådor som inte ingår i maxtaxan. För installation av trygghetslarm tar 26 procent av kommunerna ut en avgift som inte ingår i maxtaxan. Kartläggningen visar vidare att det skiljer sig åt vilka insatser som kommunerna tillhandahåller avgiftsfritt. För trygghetslarm tar samtliga kommuner ut en månadsavgift, men 50 procent tar inte ut någon avgift för själva installationen. Insatserna ledsagning och avlösning tillhandhålls ofta kostnadsfritt men bara upp till ett visst antal timmar. Tabell 15 visar vilka insatser som kommunerna inkluderar i maxtaxan och vilka insatser som erbjuds avgiftsfritt. De avgifter som inte ingår i maxtaxan får den enskilde alltid betala för själv, oavsett inkomst.

Tabell 15. Insatser inom hemtjänst och maxtaxan, 2024

Antal och andel (%) kommuner (n=239) som inkluderar olika insatser i maxtaxan, tar ut avgift eller erbjuder insatser avgiftsfritt.

	Avgiften ingår i maxtaxan n (%)	Avgiften ingår inte i maxtaxan n (%)	Ingen avgift n (%)	Har inte insatsen n (%)	Vet inte n (%)
Avlösning	153 (64 %)	6 (3 %)	70 (29 %)	2 (1 %)	6 (3 %)
Ledsagning	191 (80 %)	5 (2 %)	33 (14 %)	1 (0 %)	9 (4 %)
Boendestöd	47 (20 %)	3 (1 %)	171 (72 %)	3 (1 %)	15 (6 %)
Turbundna resor	9 (4 %)	67 (28 %)	25 (10 %)	96 (40 %)	42 (18 %)
Installation av trygghetslarm	52 (22 %)	62 (26 %)	120 (50 %)	1 (0 %)	4 (2 %)
Månadsavgift för trygghetslarm	227 (95 %)	10 (4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (1 %)
Installation av trygghetskamera	53 (22 %)	16 (7 %)	112 (47 %)	48 (20 %)	10 (4 %)
Månadsavgift för trygghetskamera	126 (53 %)	4 (2 %)	46 (19 %)	51 (21 %)	12 (5 %)
Digitala lås	39 (16 %)	7 (3 %)	153 (64 %)	29 (12 %)	11 (5 %)
Fixarservice för äldre personer	8 (3 %)	24 (10 %)	103 (43 %)	78 (33 %)	26 (11 %)
Endast matdistribution	85 (36 %)	91 (38 %)	26 (11 %)	33 (14 %)	4 (2 %)
Matdistribution i kombination med hemtjänst	91 (38 %)	87 (36 %)	28 (12 %)	29 (12 %)	4 (2 %)
Digitala inköp	134 (56 %)	9 (4 %)	8 (3 %)	74 (31 %)	14 (6 %)

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning om kommunernas avgiftssystem enligt SoL.

Avgiften får inte bli så hög att den enskilde inte har kvar tillräckliga medel för sina levnadskostnader. Därför gör kommunen en individuell ekonomisk beräkning vid varje beslut om avgift. Det lagstadgade beloppet som den enskilde är garanterad att behålla efter att avgiften är betald kallas förbehållsbelopp. Kartläggningen visar att andelen som inte betalar någon avgift på grund av att de saknar avgiftsutrymme varierar stort mellan kommunerna. Bland personer i säbo varierar andelen som inte betalar avgift mellan 0 och 45 procent och i hemtjänst varierar andelen mellan 1 och 41 procent. Samtliga kommuner har egna stöd för hur de ska tillämpa avgiftsbestämmelserna. Socialstyrelsens granskning av rättsfall som genomfördes under projektet visar dock att kommunernas tillämpning av avgiftsbestämmelserna inte alltid följer rättspraxis. Socialstyrelsen kan

konstatera att för personer med låg ekonomisk standard kan även små skillnader i kommunernas tillämpningsanvisningar få betydelse för om den enskilde bedöms kunna betala avgift eller inte i respektive kommun.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2024. Öppna jämförelser 2024 2024. Hämtad 2024 2024-10-9256:[från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-10-9256.pdf>
2. SKR. Skador i somatisk vård. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
3. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2024. Öppna jämförelser 2024. Hämtad 2024 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/krisberedskap/>
4. IVO. Omfattande arbete för att åtgärda brister inom landets äldreboenden [Elektronisk resurs]: Inspektionen för vård och omsorg; 2023.
5. Inspektionen för vård och omsorg. Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende kommunernas hälso- och sjukvård [Elektronisk resurs]; 2022.
6. Institutet för mänskliga rättigheter. Hemma är någon annanstans : en undersökning om äldre personers mänskliga rättigheter i äldreomsorgen. [Lund]: Institutet för mänskliga rättigheter; 2024.
7. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022. Stockholm; 2022.
8. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
9. RKA Väntetider från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, väntat längre än 90 dagar (%). 2025. Hämtad 2025 20 jan från: <https://kolada.se/>
10. Boverket. Boverkets bostadsmarknadsenkät 2024 2024.
11. Socialstyrelsen. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2024. Öppna jämförelser 2024. Hämtad 2024 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2024-10-9250.pdf>
12. SCB. Tidsanvändningsundersökningen. Data i registret 1990-09-01 - 2021-12-23. Hämtad 2025 från: <https://rut.registerforskning.se/metadatakatalog/register/b3df5c58-28d7-42ed-b744-4cd947b52c76/>
13. Jämställdhetsmyndigheten. Livspusslet som inte går ihop. Göteborg; 2023.
14. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023 [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2024.
15. Socialstyrelsen. Kvalitetsdeklaration - Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Stockholm; 2023.
16. Senior alert. Punktprevalensmätning trycksår; Hämtad 2025–01–08 2024. Hämtad från: <https://www.senioralert.se/resultat/ppm/>

17. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
18. Kvalheim SF, Strand GV. A Narrative of Oral Care in Palliative Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(10).
19. Sandvik R, Husebo BS, Selbaek G, Strand G, Patrascu M, Mustafa M, et al. Oral symptoms in dying nursing home patients. Results from the prospective REDIC study. *BMC Oral Health*. 2024; 24(1):129.
20. Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR, Dhaliwal JS. Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health*. 2020; 20(1):79.
21. Socialstyrelsen. Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2023. Socialstyrelsen. 2024; 2024-6-9153.
22. World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030; 2024.
23. Socialstyrelsen. Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 3 av 3. Stockholm; 2024.
24. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling. Stockholm; 2024.
25. Bellander L, Angelini E, Andersson P, Hägglin C, Wijk H. A preventive care approach for oral health in nursing homes: a qualitative study of healthcare workers' experiences. *BMC geriatrics*. 2024; 24(1):803.
26. Folkhälsomyndigheten. Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2023. ; 2024.
27. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2024. Stockholm; 2024.
28. Socialstyrelsen. Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2023. 2024; 2024-9-9226.
29. Socialstyrelsen. Förebygg fallolyckor bland äldre. Socialstyrelsen. 2024; 2024-4-9042.
30. Folkhälsomyndigheten. Ensamhet – förekomst, konsekvenser och åtgärder – En kartläggning [Elektronisk resurs]: Folkhälsomyndigheten; 2024.
31. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2022; 57(11):2161-78.
32. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B, et al. Correction to: Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2022; 57(11):2179.
33. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a

- systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord.* 2020; 274:880-96.
34. Wang F, Gao Y, Han Z, Yu Y, Long Z, Jiang X, et al. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nat Hum Behav.* 2023; 7(8):1307-19.
 35. Dahlberg L, von Saenger I, Naseer M, Lennartsson C, Agahi N. National trends in loneliness and social isolation in older adults: an examination of subgroup trends over three decades in Sweden. *Frontiers in Public Health.* 2024; 12.
 36. Ekman SL. Monolingual and bilingual communication between patients with dementia diseases and their caregivers. *International psychogeriatrics.* 1996; 8 Suppl 1:127-32.
 37. Socialstyrelsen. Redovisning av 2023 års statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet (2019:474). Stockholm; 2024.
 38. Folkhälsomyndigheten. Tillsammans för god gemenskap i hela befolkningen – En nationell strategi mot ensamhet [Elektronisk resurs]: Folkhälsomyndigheten; 2025.
 39. WHO. Suicide. 2024. Hämtad 2025 2501 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
 40. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker. Hämtad från: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx
 41. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief 2 March 2022. 2022. Hämtad från: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>
 42. Regeringens skrivelse. Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention; 2025.
 43. Socialstyrelsen. Nationella kompetensmål för patientsäkerhet. Stöd när utbildning och fortbildning i patientsäkerhet tas fram Stockholm; 2024.
 44. Socialstyrelsen. Enkät om patientsäkerhetsarbete, 2025. 2025. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/patientsakerhet/>
 45. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2023? [Elektronisk resurs]: IVO; 2024.
 46. Socialstyrelsen. Gemensam redovisning av statsbidrag inom äldreområdet. Redovisning av hur kommuner och regioner har använt sex statsbidrag för 2023. Stockholm; 2024.
 47. Socialstyrelsen. Personalen i äldreomsorgen – statistik och resultat från forskning och tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
 48. Socialstyrelsen. Resurs- och kapacitetskarta för hälso- och sjukvårdens personalförsörjning. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 2 av 3. Stockholm; 2024.
 49. SBU. Förstudie: Effekter och upplevelser vid differentiering av arbetsuppgifter för omvårdnads- och servicepersonal inom äldreomsorgen; 2023.

50. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Dela på arbetet. Om differentierade arbetsuppgifter i hemtjänsten [Elektronisk resurs]; 2023.
51. Socialstyrelsen. Lägesbild: Arbetsdifferentiering inom äldreomsorgen. Stockholm; 2024.
52. Socialstyrelsen. Stöd för utvärdering i kommuner och verksamheter. Med exemplet arbetsdifferentiering i äldreomsorgen. Stockholm; 2024.
53. SKR. Hälso- och sjukvårdsrapporten 2024. Om läget och utvecklingen i den regionala hälso- och sjukvården; 2024.
54. Socialstyrelsen. Kartläggning och analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre Stockholm; 2023.
55. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av äldreomsorg. Resultat 2016–2024. 2024. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>
56. Socialstyrelsen. Läkemedelsanvändning hos personer som får insatser enligt LSS. Stockholm; 2025.
57. Regeringskansliet. En förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst – ny socialtjänstlag. Lagrådsremiss. Stockholm: Socialdepartementet; 2023.
58. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010; 7:38.
59. Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health.* 2014; 14:510.
60. Socialstyrelsen. Statsbidrag för att motverka ofrivillig ensamhet hos äldre via hälsosamtal. Socialstyrelsen; 2024.
61. Regeringskansliet. Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028. Stockholm; 2025.
62. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England).* 2020; 396(10248):413-46.
63. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet.* 2024; 404(10452):572-628.
64. Küller R, Küller M. Stadens grönska, äldres utevistelse och hälsa [Elektronisk resurs]. Stockholm :: Statens råd för byggnadsforskning ;; 1994.
65. Bruin SRD, Oosting SJ, Kuin Y, Hoefnagels ECM, Blauw YH, Groot LCPGMD, et al. Green Care Farms Promote Activity Among Elderly People With Dementia. *Journal of Housing For the Elderly.* 2009; 23(4):368-89.
66. Bengtsson AG, P. N. Natur och trädgård i ett vårdssammanhang. I Wijk. H. (red.) *Vårdmiljöns betydelse.* Lund: Studentlitteratur AB; 2014.
67. Demographic Change and Healthy Ageing (DHA); Health Ethics & Governance (HEG). Ageism in artificial intelligence for health; 2022.

68. Internetstiftelsen. Svenskar och internet 2024. En årlig studie av svenska folkets internetvanor. Stockholm; 2024.
69. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. 2024. Stockholm; 2024.
70. Vårdanalys. Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas fram till 2040 [Elektronisk resurs]; 2024. Report No.: 9789189933019.
71. SCB. Statistiska Centralbyrån. 2024.
72. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2025. Stockholm; 2025.
73. Socialstyrelsen. Individ- och familjeomsorg-lägesrapport 2025. Stockholm; 2025.
74. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2022: Bilaga Tabeller - Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2022. Hämtad 2023-12-09 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/socialtjanstinsatser-till-aldre/>. 2022.
75. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Kommungruppsindelning. Hämtad 2023-12-07 från: <https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning>. 2023.
76. OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris; 2024.
77. Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomirapporten, maj 2024. Om kommunernas och regionernas ekonomi; 2024.
78. Socialstyrelsen. Kommunernas avgifter enligt socialtjänstlagen, kartläggning och analys. Stockholm; 2025.
79. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm; 2017.

Bilaga 1. Datakällor och underlag

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och bara till viss del för regionala skillnader. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser 2023 eller senast tillgängliga år. Innehållet i rapporten utgår till stor del från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser.

Rapportens analyser och slutsatser bygger på flera källor, exempelvis

- bearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, tandhälsoregister, officiell statistik över insatser enligt SoL, nationella kvalitetsregister och internationell statistik
- Statistiska centralbyråns (SCB) register över kommunernas och regionernas räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel den nationella väntetidsdatabasen, den nationella patientenkäten, *Öppna jämförelser – vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*, och *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2024*
- Kommun- och regionsdatabasen, Kolada

Bilaga 2. Analys av hemtjänsten för efterlevande

Datakällor

Tabell 16. Datakällor och variabler

Variabel för samkörning: PSEUDO. Årgångar, Hushållens boende: 2015–2023.

Hushållens boende	Socialtjänstregistret	Patientregistret	Läkemedelsregistret	Regionala statistikområden
Statistiska Centralbyrån	Socialstyrelsen	Socialstyrelsen	Socialstyrelsen	Socialstyrelsen
Variabelnamn				
HushallsStallning	PERIOD	HDIA	ATC	KON
DodDatum	BOFORM	INDATUM	EDATUM	REGSOKOD
FodelseAr	HTJ		VARUNR	OMRADESTYP
RNPLGH_RIDLGH	HTJSERV			
UUIDLGH	HTJPOMV			

Definitioner och koder

Data över diagnoser och läkemedel samlades in under det första året som en person var efterlevande. Både diagnoser (huvuddiagnoser) och läkemedel grupperades huvudsakligen på treställig nivå förutom när en annan gruppering var mer informativ. På individnivå kunde en person förekomma högst en gång med en viss diagnos respektive läkemedel, grupperat enligt nedan. Det vill säga om en person besökte vården två gånger med samma diagnos räknades diagnosen bara en gång, men om personen fick två olika diagnoser räknades båda. Diagnoser och läkemedel räknades oavsett om det gällde nydiagnostisering respektive nyinsättning av läkemedel eller inte. För diagnoser valdes de som förekom oftast och inte understeg 1 procent för något av könen (tabell 17). För läkemedel valdes de tio vanligaste (tabell 18).

Tabell 17. Diagnoser

Diagnos	Kod (ICD-10)
Ögat och närliggande organ	H00-H59
Undersökning och utredning	Z00-Z99
Hjärta	I30-I52
Cirkulation och andning	R00-R09

Diagnos	Kod (ICD-10)
Allmänna symtom och sjukdomstecken	R50-R69
Tumörer av osäker art	D37-D48
Matsmältningsorganen och buken	R10-R19
Artros	M15-M19

Tabell 18. Läkemedel

Läkemedel	Kod (ATC)
Hjärta-kärl-blod	C+B01
Analgetika (smärtlindring)	N02
Vitaminer och mineraler	B03+A12
Lugnande och sömnmedel	N05
Gastroesofageal reflux	A02
Antibakteriella (systemiska)	J01
Diabetes	A10
Ögonsjukdomar	S01
Psykoanaleptika (antidepressiva)	N06
Förstoppning	A06

Studiegrupp

Studiegruppen utgjordes av alla personer som blev efterlevande under något av åren 2016–2023 och hade följande kriterier:

- Ålder 65 år eller äldre när partnern avled
- Giltigt personnummer eller samordningsnummer
- Inte flyttade ihop med en ny partner
- Var efterlevande/kunde följas upp i minst 365 dagar

Dessutom gjordes följande avgränsningar som gällde tiden före partners bortgång (sammanboendeperioden):

- Gifta par eller samboförhållanden (ej samkönade)
- Boende i ordinärt boende utan hemtjänst
- Sammanboende minst sex månader

Uppföljning

Uppföljningen startade dagen efter partnern avled och pågick till och med 2023 eller tills också den efterlevande avled. Start, uppföljningstid, och antal personer beskrivs i tabellen nedan.

Tabell 19. Uppföljning av efterlevande personer

Blev efterlevande	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8
2016	357	339	395	416	444	518	8 444	43
2017	307	377	444	490	466	8 921	62	
2018	336	358	398	432	9 341	58		
2019	329	341	375	9 489	45			
2020	307	364	10 402	60				
2021	327	10 968	44					
2022	11 099	43						
2023	37							

Beräkningar

Den relativa sannolikheten att få en viss hemtjänstinsats (Y , service eller omvårdnad) som efterlevande man jämfört med kvinna modellerades med logistisk regression:

$$\log\left(\frac{\pi}{1-\pi}\right) = \alpha + \beta'x$$

$$\pi = \Pr(Y = 1 | x)$$

Där α är interceptet och β är vektorn med lutningskoefficienter. Förklarande variabler var: x_1 =kön, x_2 =ålder, x_3 =hälsotillstånd, och x_4 =områdestyp (för figur 20 och 21). Åldern bestämdes för året då personen blev efterlevande. Hälsotillstånd uppskattades med summan av antalet diagnoser och läkemedel som rapporterades för personen under det första efterlevandeåret (se Definitioner och koder). Denna summa klassades sedan in i en av fyra kategorier som baserades på kvartiler: Q1=4, Q2=7, Q3=10 (män) och Q1=3, Q2=6, Q3=10 (kvinnor). Om konfidensintervallet (95%) för oddskvoten inte innehöll 1 bedömdes skillnaden vara signifikant. När koefficienterna hade bestämts användes modellen för att beräkna den ålders- och hälsojusterade andelen män respektive kvinnor som fick insatsen.

Bilaga 3. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen

Tabell 20. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 65–79 år

Antal personer 65–79 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, oktober 2014–2024.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hemtjänst*	42 975	44 719	45 238	45 958	46 649	47 617	45 893	46 427	46 854	47 004	46 299
Män	17 975	18 895	19 309	19 832	20 360	20 896	20 471	20 954	21 296	21 447	21 310
Kvinnor	25 000	25 824	25 929	26 126	26 289	26 721	25 422	25 473	25 558	25 557	24 989
Säbo**	16 920	17 429	17 954	18 435	18 747	19 324	19 267	19 634	20 400	20 760	20 474
Män	7 904	8 271	8 594	8 974	9 169	9 473	9 430	9 543	9 939	10 100	10 051
Kvinnor	9 016	9 158	9 360	9 461	9 578	9 851	9 837	10 091	10 461	10 660	10 423
Dag- verksamhet	3 910	4 071	4 043	4 161	4 173	4 130	3 391	3 393	3 858	4 072	4 077
Män	1 906	2 029	2 001	2 084	2 088	2 083	1 695	1 693	1 939	2 015	1 959
Kvinnor	2 004	2 042	2 042	2 077	2 085	2 047	1 696	1 700	1 919	2 057	2 118
Korttidsplats	3 614	3 597	3 390	3 331	3 442	3 321	2 775	2 916	2 892	2 736	2 630
Män	2 081	2 136	2 045	2 002	2 119	2 022	1 674	1 730	1 716	1 674	1 572
Kvinnor	1 533	1 461	1 345	1 329	1 323	1 299	1 101	1 186	1 176	1 062	1 058

* Som hemtjänst räknas antal personer i ordinärt boende med ett hemtjänstbeslut som består av personlig omvårdnad eller service, samt de som har hemtjänstbeslut med ospecificerat innehåll.

** Säbo – särskilt boende för äldre

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, december 2024.

Nämnaren är totalbefolkningen den sista december föregående år (SCB).

Tabell 21. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 80 år och äldre

Antal personer 80 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, oktober 2014–2024.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hemtjänst*	105 828	106 367	104 628	104 847	104 117	106 249	102 391	101 083	101 412	104 251	107 068
Kvinnor	31 262	31 844	31 783	32 188	32 361	33 614	32 260	32 284	33 034	34 581	36 334
Män	74 566	74 523	72 845	72 659	71 756	72 635	70 131	68 799	68 378	69 670	70 734
Säbo**	65 428	64 996	65 548	64 565	63 988	63 582	60 084	60 153	62 065	63 125	63 824
Kvinnor	17 704	17 646	17 966	17 871	18 076	18 124	16 987	17 255	18 161	18 759	19 343
Män	47 724	47 350	47 582	46 694	45 912	45 458	43 097	42 898	43 904	44 366	44 481
Dag- verksamhet	7 012	6 847	6 431	6 532	6 555	6 776	5 420	5 211	6 155	6 724	7 224
Kvinnor	2 471	2 484	2 426	2 544	2 553	2 704	2 131	2 142	2 608	2 865	3 097
Män	4 541	4 363	4 005	3 988	4 002	4 072	3 289	3 069	3 547	3 859	4 127
Korttidsplats	6 364	6 139	5 716	5 592	5 589	5 570	4 520	4 646	4 729	4 663	4 713
Kvinnor	3 008	2 866	2 887	2 863	2 868	2 912	2 293	2 419	2 405	2 452	2 492
Män	3 356	3 273	2 829	2 729	2 721	2 658	2 227	2 227	2 324	2 211	2 221

* Som hemtjänst räknas antal personer i ordinärt boende med ett hemtjänstbeslut som består av personlig omvårdnad eller service, samt de som har hemtjänstbeslut med ospecificerat innehåll.

** Säbo – särskilt boende för äldre

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, december 2024. Nämnaren är totalbefolkningen den sista december föregående år (SCB).

Bilaga 4. Utvecklingen av äldres läkemedelsanvändning

I denna bilaga redovisas resultaten av en analys av hur läkemedelsanvändningen hos personer 75 år och äldre har utvecklats under perioden 2017–2023. Analysen baseras på data från läkemedelsregistret och en metod för uppskattning av aktuell läkemedelsanvändning [54], den 31 december respektive år.

I tabell 22 och 23 nedan redovisas de läkemedelsgrupper (ATC-nivå 3, farmakologisk undergrupp⁶⁴) som ökat respektive minskat mest i användning under den studerade tidsperioden. Förändringarna räknas i procentenheter för att återspegla andelen tillkomna respektive avslutade användare i den studerade populationen. De läkemedelsgrupper vars användning har förändrats med minst 1 procentenhet redovisas.

Läkemedel som ökat mest i användning

Tabell 22 visar de tolv läkemedelsgrupper som ökat mest i användning hos personer 75 år och äldre mellan 2017 och 2023. Med undantag för grupperna *Angiotensin II receptorblockerare*, *Adrenergika*, *inhalationer* och *Antidepressiva medel*, var ökningarna mer uttalade hos män än hos kvinnor.

⁶⁴ https://atcddd.fhi.no/atc/structure_and_principles/

Tabell 22. De tolv läkemedelsgrupper som ökade mest i användning hos personer 75 år och äldre 2017–2023

Beräknad användning andel (%) användare, procent) av respektive läkemedelsgrupp 2017 och 2023 hos män respektive kvinnor. Sorterat i fallande ordning utifrån förändring i användningen, uttryckt som procentenheter, i hela populationen.

ATC	Läkemedelsgrupp	Män		Kvinnor	
		2017	2023	2017	2023
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	31,8	40,1	22,1	30,0
A10B	Blodglukossänkande medel, exkl. insulin	9,8	18,4	6,6	11,6
C09C	Angiotensin II receptorblockerare (ARBs)	14,1	19,3	15,5	21,2
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlelektiv effekt	20,8	24,1	20,2	23,6
C03D	Aldosteronantagonister och övriga kaliumsparande medel	3,6	5,7	3,7	4,6
N02B	Övriga analgetika och antipyretika	12,6	14,3	21,1	22,7
C09D	Angiotensin II receptorblockerare (ARBs), kombinationer	4,8	6,6	5,0	5,9
G04C	Medel vid benign prostatahyperplasi	16,1	18,3	-	-
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom	15,2	16,6	17,8	18,9
G04B	Urologiska medel	3,2	4,5	3,1	4,1
R03A	Adrenergika, inhalationer	6,1	6,6	7,2	8,7
N06A	Antidepressiva medel	9,0	9,9	15,5	16,9

Den ökade användningen av *Medel som påverkar serumlipidnivåerna* förklaras av en påtagligt ökad användning av läkemedlen atorvastatin (män: från 13,9 till 23,6 procent; kvinnor: från 9,2 till 16,8 procent), rosuvastatin (män: från 1,3 till 6,4 procent; kvinnor: från 1,0 till 5,1 procent) och ezetimib (män: från 1,0 till 4,7 procent; kvinnor: från 0,7 till 2,6 procent). Samtidigt har simvastatin tydligt minskat i användning (män: från 15,7 till 8,6 procent; kvinnor: från 10,9 till 6,6 procent). Detta återspeglar aktuella rekommendationer, där atorvastatin och rosuvastatin anges som förstahandsval och ezetimib rekommenderas som tilläggsbehandling till statin för patienter som inte når önskvärda LDL-nivåer.⁶⁵

Den ökade användningen av *Blodglukossänkande medel, exkl. insulin* beror framför allt på en markant ökning av empagliflozin (män: från 0,2 till 4,4 procent; kvinnor: från 0,1 till 2,3 procent) och dapagliflozin (män: från 0,1 till 4,1 procent; kvinnor: från 0,1 till 2,1 procent) samt en ökad användning av metformin (män: från 7,3 till 10,1 procent; kvinnor: från 4,9 till 6,4 procent). Denna förändring överensstämmer väl med att metformin rekommenderas som förstahandsval vid läkemedelsbehandling av diabetes typ 2, och att SGLT2-hämmarna empagliflozin och dapagliflozin

⁶⁵ <https://klokalistan.se/terapiomrade/hjarta-och-karl.html>

rekommenderas vid diabetes typ 2 vid nedsatt njurfunktion. Empagliflozin och dapagliflozin är också rekommenderade för behandling av hjärtsvikt⁶⁶ och kronisk njursjukdom⁶⁷ samt för att minska risken för hjärt-kärlhändelser vid aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom och samtidig diabetes typ 2 och/eller kronisk njursjukdom.⁶⁸

Den ökning som ses i läkemedelsgruppen *Övriga analgetika och antipyretika* beror inte på en ökad användning av dessa läkemedel, utan förklaras av att läkemedlen gabapentin och pregabalin, som tidigare hörde till gruppen *Antiepileptika* (N03A) omklassificerades i ATC-systemet i januari 2023, på grund av att huvudindikationen genom åren har förflyttats från epilepsi till neuropatisk smärta (nervsmärta). Detta är något man behöver ta hänsyn till i den fortsatta läkemedelsstatistiken.

Orsaken till ökningen i gruppen *Urologiska medel* är främst en ökning i användningen av inkontinensmedlet mirabegron (män: från 0,9 till 1,7 procent; kvinnor: från 0,9 till 1,6 procent), samtidigt som användningen har minskat något för de ”klassiska” medlen tolterodin, solifenacin och fesoterodin (sammanlagt: män: från 1,2 till 0,9 procent; kvinnor: från 1,4 till 1,1 procent). En förklaring till denna förändring är att de har betydande antikolinerga effekter och därför bör undvikas till äldre, framför allt på grund av risken för kognitiva störningar, en egenskap som mirabegron saknar [79].

Ökningen av gruppen *Adrenergika, inhalationer* beror nästan enbart på en ökad användning av kombinationspreparat vid KOL i gruppen *Adrenergika i kombination med antikolinergika inkl. trippelkombinationer med kortikosteroider* (R03AL; män: från 1,0 till 2,3 procent; kvinnor: från 1,0 till 2,7 procent). Detta är i linje med rekommendationerna för underhållsbehandling vid svårare former av KOL.⁶⁹

Den ökade förekomsten av *Antidepressiva medel* beror främst på en ökad användning av mirtazapin (män: från 3,6 till 4,9 procent; kvinnor: från 5,8 till 7,5 procent) men också sertralin (män: från 1,6 till 2,0 procent; kvinnor: från 2,6 till 3,4 procent). I stället har användningen av citalopram minskat (män: från 2,5 till 1,2 procent; kvinnor: från 4,8 till 2,7 procent). Ökningen av mirtazapin kan delvis förklaras av att läkemedlet hos äldre ibland används för sina sömngivande egenskaper [54].

⁶⁶ <https://klokalistan.se/terapiomrade/hjarta-och-karl/hjartsvikt.html>

⁶⁷ <https://klokalistan.se/terapiomrade/njursjukdomar.html>

⁶⁸ <https://klokalistan.se/terapiomrade/endokrinologi/diabetes-mellitus-typ-2.html?highlight=empagli>

⁶⁹ <https://klokalistan.se/terapiomrade/andningsvagar/kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom-kol.html?highlight=kol>

Läkemedel som minskat mest i användning

Tabell 23 visar de tolv läkemedelsgrupper som minskade mest i användning hos personer 75 år och äldre mellan 2017 och 2023. Med undantag för *ACE-hämmare* och *Övriga medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar, inhalationer* var minskningarna mer uttalade hos kvinnor.

Tabell 23. De tolv läkemedelsgrupper som minskade mest i användning hos personer 75 år och äldre 2017–2023

Beräknad användning (andel användare, procent) av respektive läkemedelsgrupp 2017 och 2023 hos män respektive kvinnor. Sorterat i fallande ordning utifrån förändring i användningen, uttryckt som procentenheter, i hela populationen.

ATC	Läkemedelsgrupp	Män		Kvinnor	
		2017	2023	2017	2023
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	11,0	8,7	18,1	14,5
C03C	Loop-diuretika	11,6	9,1	12,8	9,7
C09A	ACE-hämmare	17,8	15,4	13,4	11,3
D02A	Hudskyddande och uppmjukande medel	6,2	4,3	7,1	4,9
C03E	Diuretika i kombination med kaliumsparande medel	1,3	0,2	2,7	0,4
N05B	Lugnande medel, ataraktika	4,1	3,0	7,3	5,5
N03A	Antiepileptika	2,7	1,6	3,1	1,3
N02A	Opioider	4,8	3,9	7,7	6,2
C07A	Beta-receptorblockerande medel	32,0	30,8	31,9	30,4
B03B	Vitamin B12 och folsyra	16,5	15,9	17,5	15,8
C01D	Kärlvidgande medel vid hjärtsjukdomar	5,3	4,1	4,5	3,1
R03B	Övriga medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar, inhalationer	4,2	2,9	4,7	3,8

Den läkemedelsgrupp som minskade mest hos äldre under perioden 2017–2023 var *Sömnmedel och lugnande medel*, vilket till övervägande del beror på en lägre användning av zopiklon (män: från 7,1 till 5,4 procent; kvinnor: från 11,7 till 9,3 procent) och zolpidem (män: från 2,4 till 1,6 procent; kvinnor: från 4,6 till 3,1 procent). Det enda sömnmedlet som ökade i användning var melatonin (män: från 0,3 till 1,0 procent; kvinnor: från 0,4 till 1,3 procent). En orsak till denna utveckling kan vara att läkarna har blivit mer försiktiga med att förskriva bensodiazepiner (som oxazepam, se nedan) och bensodiazepinbesläktade medel (som zopiklon) på grund av risken för biverkningar i centrala nervsystemet och beroende [54]. Dessa läkemedel kan då delvis ha ersatts med melatonin och mirtazapin (se läkemedel som ökat i användning, ovan).

Inom gruppen *Lugnande medel, ataraktika* stod oxazepam för merparten av minskningen (män: från 2,9 till 2,1 procent; kvinnor: från 5,7 till 4,3 procent). En sannolik förklaring till detta är densamma som beskrivs ovan för sömnmedlen zopiklon och zolpidem. Inget läkemedel inom denna läkemedelsgrupp ökade i användning.

Minskningen i gruppen *Antiepileptika* förklaras nästan uteslutande av att läkemedlet gabapentin och pregabalin har omklassificerats till ATC-gruppen N02B (se läkemedel som ökat i användning, ovan).

För gruppen *Opioider* förklaras minskningen huvudsakligen av en lägre användning av morfin (män: från 0,7 till 0,3 procent; kvinnor: från 1,2 till 0,4 procent), tramadol (män: från 0,6 till 0,3 procent; kvinnor: från 0,8 till 0,3 procent) samt kombinationspreparat med kodein och paracetamol (män: från 0,9 till 0,6 procent; kvinnor: från 1,2 till 0,8 procent). Fentanyl i plåsterberedning minskade också något (män: från 0,3 till 0,2 procent; kvinnor: från 0,5 till 0,3 procent). Samtidigt sågs en liten ökning av oxikodon (män: från 2,0 till 2,4 procent; kvinnor: från 3,1 till 3,5 procent). Användningen av övriga opioidpreparat förändrades inte.

I gruppen *Övriga medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar, inhalationer* berodde minskningen på en lägre användning av tiotropiumbromid (män: från 2,3 till 1,4 procent; kvinnor: från 2,3 till 1,6 procent) och i viss mån budesonid (män: från 1,4 till 1,1 procent; kvinnor: från 1,9 till 1,5 procent). Detta kan åtminstone delvis förklaras av en övergång till en viss typ av kombinationspreparat (*Adrenergika i kombination med antikolinergika inkl. trippelkombinationer med kortikosteroider*) för behandling vid KOL (se läkemedel som ökat, ovan).

Bilaga 5. Kompletterande kostnadstabeller

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

Tabell 24. Kostnader för vård och omsorg för äldre

Miljarder kronor, löpande priser.

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019-2023 (%)
Total kostnad vård och omsorg om äldre	129,4	135,3	138,8	146,6	157,7	28,3 (21,9 %)
Årlig förändring	2,4 %	4,6 %	2,6 %	5,6 %	7,6 %	
Verksamhetsområde						
Särskilt boende/annat boende	73,4	77,1	78,7	83,2	89,0	15,6 (21,2 %)
Ordinärt boende	54,3	56,7	58,6	61,9	67,0	12,7 (23,4 %)
Hemtjänst	44,7	47,3	48,9	51,6	55,8	11,1 (25,0 %)
Korttidsboende	6,8	6,7	6,8	7,1	7,7	0,9 (14,7 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	2,8	2,7	2,9	3,2	3,4	0,6 (18,5 %)
Öppen verksamhet	1,7	1,5	1,4	1,6	1,7	0,0 (2,8 %)

Not: Kostnaderna avser kommunernas insatser enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen och inkluderar myndighetsutövning och både biståndsbeslutade och icke-biståndsbeslutande insatser

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2019-2023, SCB



Vård och omsorg för äldre (artikelnr 2025-3-9487)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.