

Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2023



Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2023

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

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

ISBN 978-91-7555-601-7
Artikelnummer 2023-3-8444

Omslag Plattform/Scandinav Images AB
Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2023

Förord

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

Rapporten har utarbetats av Michaela Prochazka. I projektgruppen har Anders Bergh, Sofia Colin, Lena Jönsson, Andreas Kroksgård och Elisabeth Lagerkrans ingått. Flera andra medarbetare vid myndigheten har medverkat i arbetet. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Många är nöjda med omsorgen trots väntetider och brister i kontinuitet	7
Stora skillnader mellan kommunernas avgifter för äldreomsorgen	8
Färre flyttar in på särskilt boende för äldre	9
Andel utrikes födda äldre ökar	9
Fler tänder att sköta om hos sköra äldre	10
Viktigt att följa utvecklingen för en säker vård och omsorg	11
Ofrivillig ensamhet bland äldre kan brytas	12
Ökad digitalisering är viktig för att klara framtidens äldreomsorg	13
Inledning	14
Rapportens upplägg	14
God vård och omsorg	14
Agenda 2030	14
Datakällor	15
Aktuell utveckling	16
Sammanfattande iakttagelser	16
Demografi	16
Konsekvenser av covid-19-pandemin	19
Sveriges första nationella anhörigstrategi	27
Så tycker de anhöriga om äldreomsorgen	28
Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg	31
Jämlig vård och omsorg	33
Sammanfattande iakttagelser	33
Äldres ekonomiska situation är i allmänhet god	34
Avgifter inom äldreomsorgen	35
Andelen utrikes födda pensionärer förväntas att öka	38
Äldres förutsättningar kan påverka deras vård och omsorg	46
Äldreomsorg för nationella minoriteter	47
Resurser för vård och omsorg	48
Sammanfattande iakttagelser	48
Kostnader för kommunernas vård och omsorg av äldre	48
Personal inom vård och omsorg för äldre – utmaningar och möjligheter	55

Kommunal hälso- och sjukvård	61
Sammanfattande iakttagelser	61
Omställningen till en god och nära vård	61
Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer	61
Palliativ vård	64
Munhälsa hos äldre	67
Sammanfattande iakttagelser	67
Positiv munhälsoutveckling över tid	67
Integrerad vård och omsorg i de nordiska länderna	69
WHO föreslår en tydlig nationell policyutveckling för en bättre munhälsa	70
Nationella riktlinjer för tandvård	70
Kunskapsbaserad vård och omsorg	72
Sammanfattande iakttagelser	72
Nationella riktlinjer – ett stöd i arbetet	73
Äldres psykiska ohälsa	73
Suicid bland äldre	76
Ofrivillig ensamhet bland äldre personer	76
Allt fler äldre får vård och stöd för alkoholproblem	80
Säker vård och omsorg	85
Sammanfattande iakttagelser	85
Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet	86
Öka kunskap om inträffade vårdskador	87
Tillförlitliga och säkra system och processer	94
Säker vård här och nu	97
Stärka analys, lärande och utveckling	98
Öka riskmedvetenhet och beredskap	103
Tillgänglig vård och omsorg	106
Sammanfattande iakttagelser	106
Socialtjänstinsatser för äldre personer	107
E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen	113
Referenser	124
Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller	131
Bilaga 2. Definition kommungruppsindelning	132

Sammanfattning

Äldre personer är en grupp med stora individuella skillnader: i ålder såväl som hälsa, intressen och värderingar. För att äldre personer ska behålla sin hälsa och övriga livsförutsättningar så länge som möjligt behöver vård och omsorg bygga på de förmågor och behov varje individ har. Det krävs ökad kompetens för att bedöma vilka insatser som tillgodoser de individuella behoven.

Förebyggande och tidiga insatser är viktiga för den enskildes välbefinnande och för att det ska finnas resurser att ta hand om dem med behov av mer omfattande insatser.

Det behövs också mer forskning som är inriktad på äldre personer och mer kunskap om behandling och metoder. Och det behövs erfarenhetsutbyte och implementering av den kunskap som finns och de arbetssätt som visat sig ge goda resultat.

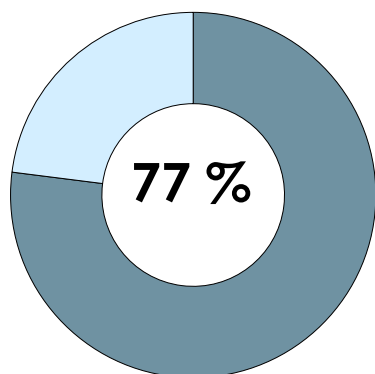
I denna lägesrapport beskriver Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom vård och omsorg för personer 65 år och äldre. Syftet är att ge en samlad bild av området.

Många är nöjda med omsorgen trots väntetider och brister i kontinuitet

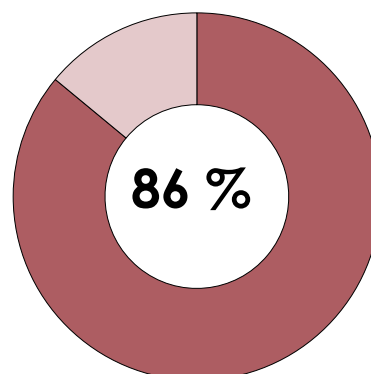
Bilden av äldreomsorgen i Sverige är generellt positiv, och 77 procent äldre är nöjda med sitt äldreboende. Motsvarande andel för hemtjänsten är 86 procent.

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 2022 mötte en äldre person i genomsnitt 16 olika individer ur hemtjänstpersonalen under en fjortondagarsperiod. Utvecklingen har stabiliserats under de senaste åren, men det finns betydande variationer i personalkontinuitet mellan kommunerna.

Nöjda med sitt äldreboende



Nöjda med hemtjänsten



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2022.

I förhållande till behov och återstående livslängd får äldre personer vänta relativt länge på att flytta till ett särskilt boende för äldre (säbo). År 2022 var väntetiden till säbo efter biståndsbeslut 53 dagar, vilket var 9 dagar längre än året före. Totalt 83 kommuner bedömde att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre, men situationen var svårbedömd efter covid-19-pandemin. På sikt väntas behovet av säbo öka kraftigt, bland annat eftersom Sveriges befolkning blir allt äldre.

I Sverige finns inget nationellt verksamhetsregister över hemtjänstutförare eller särskilda boenden. Det påverkar kunskapen om hur många platser det finns inom särskilt boende för äldre; denna information finns i de enskilda kommunerna, men inte på nationell nivå. Däremot finns det rikstäckande information om hur många personer som har en biståndsbedömd insats på säbo. I november 2022 bodde knappt 80 000 personer 65 år och äldre på säbo.

Stora skillnader mellan kommunernas avgifter för äldreomsorgen

Det är stora skillnader mellan kommunernas avgifter för äldreomsorgen, framför allt avgifter som inte ingår i maxtaxan, exempelvis mat på säbo. Så gott som alla kommuner tar ut de avgifter för vård och omsorg på säbo och korttidsboende som maxtaxan medger, vilket 2021 var 2 139 kronor per månad eller 71 kronor per dygn. Avgiften för en timmas hemtjänst var mellan 70–488 kronor och de flesta kommuner tog 200–400 kronor per timme. Pensionärer med låga inkomster kan få sämre levnadsförhållanden om de bor i en kommun med höga avgifter än om de bor i en kommun med låga avgifter.

Ur ett tillgänglighetsperspektiv varierar kvaliteten på den information om avgifterna som kommunerna ger på sina hemsidor. Informationen är många gånger svår att hitta och inte alltid fullständig, begriplig eller entydig.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2021 till 138,8 miljarder kronor, vilket är en minskning med 0,3 procent jämfört med året innan. Särskilt boende för äldre stod för den största andelen (knappt 57 procent) följt av hemtjänst för personer i ordinärt boende (drygt 42 procent).

Färre flyttar in på särskilt boende för äldre

Konsekvenserna av covid-19-pandemin avtog successivt i samhället under 2022, men vården och omsorgen har fortsatt att påverkas.

Socialstyrelsen har gjort nya analyser av hur pandemin har påverkat personer i gruppen 70 år och äldre att söka socialtjänstinsatser. Av analysen framkommer att ett betydligt färre äldre än vanligt har sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången. Den minskade andelen nystartade hemtjänstinsatser har inte återhämtat sig till nivåerna före pandemin. I oktober–november 2022 låg den på månadsmedelvärdet 285 personer per 100 000 invånare som för första gången fick sådana insatser jämfört med 329 personer per 100 000 invånare under motsvarande period 2019.

Pandemin har också påverkat insatsen säbo. Andelen personer 70 år och äldre som flyttade in på särskilt boende för äldre minskade från 176 personer per månad och 100 000 invånare under perioden januari–juni 2019, till 135 personer under motsvarande period 2020. Under 2021 började inflyttningen på säbo att öka igen. Ökningen fortsatte under första halvåret av 2022, men sedan dämpades inflyttningstakten och är nu på en lägre nivå än motsvarande period 2019–2021.

Inflyttningen till särskilt boende för äldre har dämpats

Antal personer per 100 000 invånare inflyttade okt–nov 2019–2022.



Andel utrikes födda äldre ökar

År 2020 var 13 procent, eller 265 800 personer, i gruppen 66 år och äldre födda utomlands. Majoriteten av dem, 61 procent, kom från Norden och Europeiska unionen (EU). År 2030 beräknas andelen utrikes födda ha ökat till 17 procent, och andelen äldre från övriga världen uppskattas ha ökat från 39 till 56 procent.

Utrikes födda personer 66 år och äldre har i allmänhet en lägre disponibel inkomst än inrikes födda i samma ålder. Inkomstgapet mellan dessa grupper är 13 procent när kapitalinkomster och kapitalskatter är exkluderade. Detta gap mellan grupperna beror på skillnaden i livsinkomst, som är ett resultat av

dels inkomst per arbetsår, dels antal år i Sverige. En större andel av de utrikes födda har enbart grundskyddsförmåner från det allmänna pensionssystemet och inte någon inkomstgrundad pension: 11 procent jämfört med 1 procent för inrikes födda.

Det finns även skillnader i läkemedelsanvändningen mellan utrikes och inrikes födda personer. Socialstyrelsens resultat från en första bredare kartläggning av användningen av de vanligaste läkemedelsgrupperna bland personer 75 år och äldre inrikes och utrikes födda äldre skiljer sig åt: Läkemedelsanvändningen i stort är lägre bland personer födda utanför Norden. Det finns också tydliga skillnader för vissa läkemedelsgrupper. Bland annat är användningen av diabetesmedel av typen *blodglukossänkande medel, exkl. insuliner* (används vid behandling av typ 2-diabetes) betydligt vanligare bland personer födda utanför EU jämfört med personer födda i Sverige. Skillnaden är särskilt tydlig för kvinnor. Detta stämmer väl överens med tidigare svenska studier som rapporterat en avsevärt högre diabetesrisk bland icke-europeiska migranter.

Total tandlöshet är mycket ovanligt i Sverige. Bland personer 60 år eller äldre förekommer det främst bland personer med enbart förgymnasial utbildning, men det finns också skillnader beroende på födelseland. Det är också vanligare bland kvinnor från Mellanöstern, Latinamerika och Östeuropa och Ryssland jämfört med Sverige och Västeuropa, men också kvinnor från övriga Norden är oftare helt tandlösa.

Det finns små skillnader i inflyttningen till säbo mellan svenskfödda och utrikes födda i åldersgruppen 65–79 år. Bland personer 80 år och äldre är det dock tydligt att svenskfödda män och kvinnor använder både hemtjänst och säbo i större utsträckning. Oavsett födelseland är medelåldern högre bland kvinnor än bland män vid inflyttning till säbo. Men det finns också en betydande variation mellan länderna i åldern när man flyttar till säbo: Medelåldern för inflyttning för personer födda utanför EU är 81,6 år och för Sverige-födda 84,6 år.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta följa den växande andelen utrikes födda äldre.

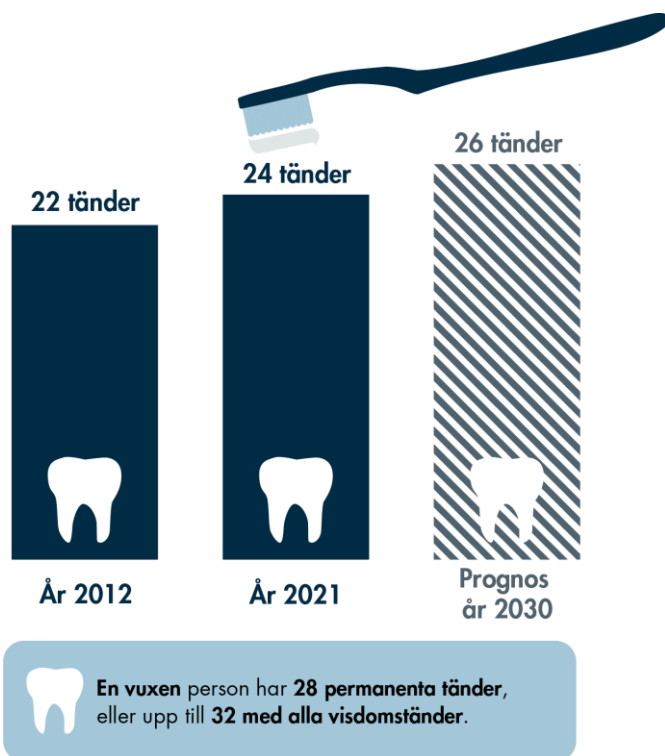
Fler tänder att sköta om hos sköra äldre

Andelen personer 80 år och äldre med helt egna tänder eller implantat ökar snabbt. Äldre som behöver stöd för sin dagliga munvård behöver därför betydligt mer hjälp än tidigare generationer som ofta bar proteser som enkelt och snabbt kunde skötas om. Enligt de nationella riktlinjerna för tandvård är det extra viktigt att tandvården erbjuder olika insatser för vuxna som behöver särskilt stöd på grund av exempelvis kognitiv svikt, psykisk ohälsa, skörhet eller andra funktionsnedsättningar och sjukdomar. Det rekommenderas bland annat att vård- och omsorgspersonalen bör få utbildning från tandvården i att ge sådant stöd. Vidare framgår det att tandvården behöver samverka mer med bland annat hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen för att främja en god munhälsa i befolkningen.

WHO har under 2022 tagit fram en global handlingsplan för oral hälsa som ger stöd för att implementera en global strategi för att tillsammans arbeta för oral hälsa som en del i hela hälsan hos målgrupper som sköra äldre.

Fler äldre kommer behöva stöd med sin munvård.

Antal egna tänder hos personer som är 80 år (median).

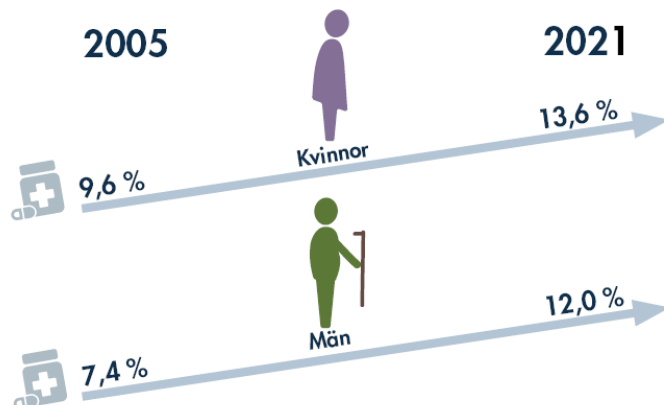


Viktigt att följa utvecklingen för en säker vård och omsorg

Äldres läkemedelsanvändning blir alltmer omfattande. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel var 2021 48 procent högre än 2005 (43 procent högre bland kvinnor och 63 procent högre bland män). En märkbar ökning med 12 procent ses mellan 2020 och 2021. Denna ökning över tid kan till stor del förklaras av att nya läkemedel och behandlingsprinciper har medfört att man kan behandla allt fler sjukdomar och tillstånd hos äldre. Samtidigt innebär en omfattande läkemedelsanvändning en ökad risk för läkemedelsproblem, såsom biverkningar och att läkemedel kan påverka varandra. I kontrast till den ökande läkemedelsanvändningen, syns dock sedan 2005 en stadig och påtaglig minskning i förskrivningen av olämpliga läkemedel (läkemedel som bör undvikas) till dem som fyllt 75 år.

Äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt, 2005 och 2021.



Under december 2022 och januari 2023 gjorde Socialstyrelsen en uppföljning av kommunernas och regionernas arbete med lokala handlingsplaner för patientsäkerhet och i vilken utsträckning de använder verktygen som tagits fram för att implementera handlingsplanen. Totalt 242 kommuner svarade, och av dem hade 44 stycken (18 procent) en handlingsplan för patientsäkerhet och 79 kommuner (33 procent) hade ett beslut om att ta fram en handlingsplan. Majoriteten av kommunerna har utgått från den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet i sitt lokala arbete.

På senare år har mycket fokus hamnat på den kommunala hälso- och sjukvårdens viktiga roll i sjukvårdssystemet. Den kommunala vården omfattar också allt fler äldre med komplexa vårdbehov. Under 2021 fick omkring 396 100 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Drygt 324 200 var 65 år och äldre, varav 61 procent kvinnor och 39 procent män. De flesta patienter med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (drygt 227 400 personer) fick vård i ordinärt boende.

Ofrivillig ensamhet bland äldre kan brytas

Under 2022 kände sig 42 procent av alla med hemtjänst ensamma då och då, och för 14 procent var det ofta. Kvinnor med hemtjänst upplevde mer ensamhet än män. Motsvarande andelar för äldre på säbo var 46 respektive 24 procent. På säbo är skillnaden mellan könen inte lika stor. Riskfaktorer för ofrivillig ensamhet bland äldre är till exempel förlusten av en partner, minskat socialt nätverk, nedsatt funktionsförmåga och psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning för att öka kunskapen om ofrivillig ensamhet bland äldre personer och ge stöd till verksamheter inom äldreomsorg och primärvård som vill arbeta med frågan. Vägledningen vänder sig till chefer, verksamhetsutvecklare och övrig personal som arbetar med ledning och styrning inom äldreomsorgen samt kommunens och regionens primärvård.

Ökad digitalisering är viktig för att klara framtidens äldreomsorg

Den digitala omställningen av äldreomsorgen handlar inte bara om införskaffande av teknik utan framförallt om verksamhetsutveckling och förändrade arbetssätt. Användning av välfärdsteknik har ökat över lag i äldreomsorgen. Dock finns det stora variationer mellan kommunerna.

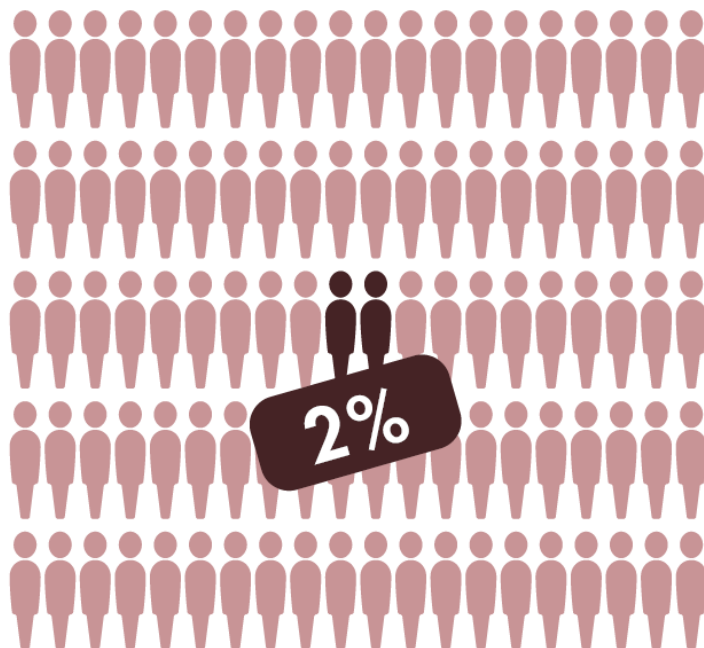
Stöd för digitala inköp är den variant som har ökat mest för äldre i ordinärt boende, och 2022 var det 42 procent av kommunerna som erbjöd detta stöd jämfört med 37 procent 2021.

Inom särskilda boendeformer för äldre har digitala lås ökat mest, från 54 procent av kommunerna 2021 till 65 procent 2022. Trots den generella ökningen av välfärdsteknik minskar användningen av digital kommunikation mellan äldre och personal eller närstående.

De flesta av socialtjänstens digitala tjänster används än så länge av en mycket liten andel av befolkningen. I gruppen 75 år och äldre har 4 procent under det senaste året använt internet eller en digital tjänst för att se aktuell status för sitt ärende, och 2 procent för att söka information om socialtjänsten i kommunen.

Andel äldre som söker information om socialtjänsten digitalt

Andel (%) personer 75 år och äldre som har sökt information om socialtjänsten digitalt 2022.



Inledning

Socialstyrelsen ska senast den 31 mars varje år lämna in lägesrapporter om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg för äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård (6 a § förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen).

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

Rapportens upplägg

Rapporten är i huvudsak en sammanställning av andra rapporter och redovisningar, både Socialstyrelsens egna och andra myndigheter, forskningsstudier och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), i syfte att ge en samlad lägesbeskrivning.

Socialstyrelsen har även gjort analyser särskilt för denna rapport. I årets lägesrapport lyfts särskilt områdena utrikes födda äldre, covid-19-pandemin och ekonomiska förutsättningar bland äldre.

Där så är möjligt redogörs för skillnader mellan kvinnor och män samt resonerar om tänkbara orsaker.

God vård och omsorg

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

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

Agenda 2030

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

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

- Mål 2: Ingen hunger. Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning och förbättrad nutrition samt främja ett hållbart jordbruk.
- Mål 3: God hälsa och välbefinnande. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.
- Mål 5: Jämställdhet. Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10: Minskad ojämlikhet. Minska ojämlikheten inom och mellan länder.

Datakällor

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

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
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- Kommun- och regionsdatabasen, Kolada
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- SmiNet vid Folkhälsomyndigheten
- Statistiska centralbyråns (SCB) register över kommunernas och regionernas räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel den nationella väntetidsdatabasen och den nationella patientenkäten.

Aktuell utveckling

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för den äldre befolkningens aktuella demografiska utveckling och covid-19-pandemins påverkan på vård och omsorg för äldre. Därefter presenteras vad anhöriga till äldre personer med socialtjänstinsatser tycker om äldreomsorgen.

Sammanfattande iakttagelser

- Sveriges befolkning blir allt äldre. År 2020 var mer än 2,6 miljoner svenskar 60 år och äldre, och om tio år beräknas antalet vara över 3 miljoner. Vid 60 års ålder har kvinnor i genomsnitt drygt 26 år kvar att leva, varav 6,5 år med nedsatt aktivitetsförmåga, medan män har drygt 23 år kvar, varav 5,1 år med nedsatt aktivitetsförmåga.
- Under 2021 avled drygt 6 000 färre än året före och medellivslängden ökade med 0,53 år för kvinnor och med 0,61 år för män. För kvinnor var den 84,8 år, medan männens medellivslängd var 81,2 år. Medellivslängden är därmed åter på samma nivå som före covid-19-pandemin.
- Covid-19-pandemin har påverkat hur personer i gruppen 70 år och äldre har sökt socialtjänstinsatser. Under pandemin har betydligt färre äldre än vanligt sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången. Den minskade andelen nystartade hemtjänstinsatser har inte återhämtat sig till nivåerna före pandemin. I oktober–november 2022 låg den på månadsmedelvärdet 285 personer per 100 000 invånare, och under motsvarande period 2019 var andelen 329 personer per 100 000 invånare.
- Pandemin har också påverkat insatsen särskilt boende för äldre (säbo). Andelen personer 70 år och äldre som varje månad flyttade in på särskilt boende för äldre minskade från månadsmedelvärdet 176 personer per 100 000 invånare under perioden januari–juni 2019 till 135 personer per 100 000 invånare under motsvarande period 2020. Under 2021 började andelen personer som flyttade in på säbo att öka igen. Ökningen fortsatte under första halvåret av 2022, men sedan dämpades inflyttningstakten och är nu på lägre nivå än motsvarande period 2019–2021. Samtidigt ökade väntetiden för flytt till säbo mellan 2021 och 2022: från 44 dagar till 53 dagar. Väntetiden skiljer sig dock mycket mellan kommunerna.
- Analyserna av de anhörigas svar visar förändringar över åren. Det framkommer också skillnader i de anhörigas syn på vården och omsorgen som korrelerar med hur ofta de besöker den äldre personen. Dessutom finns det skillnader mellan de anhörigas och de äldres svar på samma frågor.

Demografi

År 2020 var mer än 2,6 miljoner människor i Sverige 60 år och äldre [4]. Under de senaste 50 åren har antalet äldre ökat med 65 procent, vilket är mer än befolkningen som helhet, som har ökat med knappt 30 procent. Den grupp

som har ökat allra mest procentuellt sett är de som är 90 år och äldre; de är mer än dubbelt så många i dag som för 50 år sedan. Att gruppen 60 år och äldre som helhet har ökat beror på att allt fler överlever till allt högre åldrar. Och utvecklingen förväntas fortsätta – om tio år beräknas fler än 3 miljoner svenskar vara 60 år och äldre. Utvecklingen i Sverige liknar den i många andra länder [4].

Vi lever allt längre, men det finns sociala skillnader

Äldre är en mycket heterogen grupp och olika individer har olika förutsättningar för ett aktivt och hälsosamt åldrande.¹ Förutsättningarna bestäms av en rad olika faktorer som även påverkar varandra. För att förstå vilka faktorer som är viktiga behöver man titta på en individ utifrån olika aspekter och också förstå hur en kombination av olika faktorer kan samverka och därigenom skapa olika förutsättningar.

Socioekonomisk situation är en viktig faktor som Socialstyrelsen presenterar utförligare i avsnittet *Äldres ekonomiska situation är i allmänhet god*, men det finns även andra faktorer som i dagsläget sällan beskrivs i de här sammanhangen och som antagligen också är viktiga och som har bäring på hälsa, till exempel matvanor, psykisk hälsa och social tillhörighet [5]. Det är viktigt att förstå vilka hinder och framgångsfaktorer som finns för ett aktivt och hälsosamt åldrande, och hur dessa påverkar olika individer på olika sätt, och sådan kunskap kan användas för att utveckla och uppdatera ramverk och praxis.

Medellivslängden räknat från födelsen har ökat stadigt sedan mitten av 1800-talet, men den har ökat även när den beräknas från äldre åldrar. År 1970 hade 60-åringar i genomsnitt 19,5 år kvar i livet (för båda könen sammantaget), och 2020 hade antalet återstående år ökat med 5 år, lite mindre för kvinnor än för män [4] (figur 1).

Under 2020 sjönk medellivslängden med 0,8 år jämfört med 2019, vilket innebar en återgång till 2016 års nivå. I Norge, Finland och Danmark sågs däremot en fortsatt ökning. I 10 av 30 europeiska länder sjönk medellivslängden under 2020 med ett år eller mer jämfört med 2019 [6].

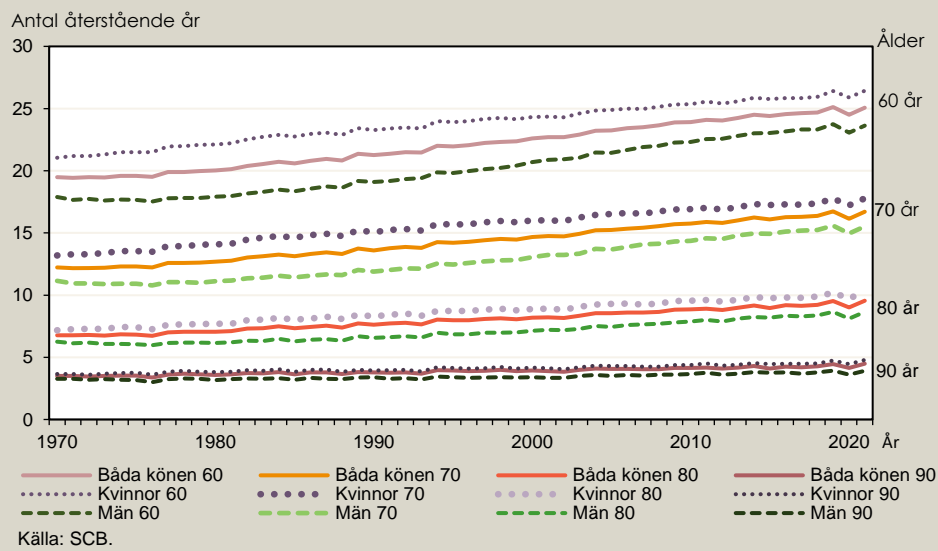
Under 2021 avled i Sverige drygt 6 000 färre än året före och medellivslängden ökade med 0,53 år för kvinnor och med 0,61 år för män. För kvinnor var den 84,8 år, medan männens medellivslängd var 3,6 år kortare, 81,2 år. Medellivslängden är därmed åter på samma nivå som före covid-19-pandemin [7]. Enligt SCB är det ovanligt att medellivslängden varierar så mycket mellan två år som den gjort under de senaste tre åren.

Sverige hade under 2020–2022 en överdödlighet² på mellan drygt fyra och sju procent visar SCB analyser publicerade i mars 2023 [8]. Därmed hör Sverige tillsammans med övriga nordiska länder till de länder i Europa som har lägst överdödlighet.

¹ Aktivt åldrande definierar WHO som att människor kan förbli aktiva socialt, ekonomiskt, kulturellt, andligt och medborgerligt när de åldras. Hälsosamt åldrande syftar på att bibehålla och förbättra funktionsförmågan som möjliggör välbefinnande under åldrandet (WHO, 2019).

² Överdödlighet räknas i regel ut genom att antalet dödsfall en specifik period jämförs med en tidigare period, som till exempel kan vara ett enskilt år eller ett genomsnitt av flera år. Nivåerna som är högre än snittet beskrivs som överdödlighet. Nivåerna som är under snittet kallas underdödlighet.

Figur 1. Återstående medellivslängd vid 60, 70, 80 och 90 års ålder för kvinnor, män och båda könen, 1970–2021



För både kvinnor och män är skillnaderna i medellivslängd efter utbildningsnivå, hushållstyp och civilstånd större än skillnaden i medellivslängd mellan könen. Den största skillnaden finns efter hushållstyp. Medellivslängden vid 60 års ålder är 5 år högre för sammanboende män jämfört med ensamstående män, 25,3 år jämfört med 20,3 år. För sammanboende kvinnor är medellivslängden 27,7 år, vilket är 4,7 år högre än den för kvinnor som är en övrig person [4].

Hälsa och ohälsa vid ökad ålder

Kvinnor lever i genomsnitt längre än män, men har också fler år med nedsatt aktivitetsförmåga³ [4]. Vid 60 års ålder har kvinnor i genomsnitt drygt 26 år kvar att leva och män drygt 23 år, varav 6,5 respektive 5,1 år med nedsatt aktivitetsförmåga. Skillnaden mellan könen är inte statistiskt signifikant [4].

Aktivitetsförmågan minskar med ökad ålder, och andelen återstående år med nedsatt aktivitetsförmåga är hög vid 80 års ålder: drygt 4 av 10 återstående år för kvinnor och ungefär 3 av 8 återstående år för män [4].

Nästan tre av fyra i åldern 60–69 år upplever sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, men andelen minskar med stigande ålder, till ungefär sex av tio i åldern 70–79 år och knappt hälften bland dem som är 80 år eller äldre [4]. I EU uppfattar 40 procent av de 65 år och äldre sin hälsa som bra eller mycket bra [9].

Det finns dock sociala skillnader i hälsa. Generellt har personer med eftergymnasial utbildning bättre hälsa än personer med förgymnasial utbildning, och gifta eller sammanboende personer har bättre hälsa än ensamstående [4].

³ Nedsatt aktivitetsförmåga är ett sammansatt mått på hälsa att likna vid funktionsnedsättning. Nedsatt aktivitetsförmåga har de personer som uppgett att de har svårt att delta i aktiviteter eller klara av sysslor som de flesta andra klarar av samt att det beror på hälsan och att svårigheterna pågått i minst sex månader.

Konsekvenser av covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin har bidragit till att uppmärksamma ojämlikhet i många länder, inklusive Sverige. De som framför allt drabbades av svårt av covid-19 var sköra äldre, personer med många riskfaktorer och resurssvaga grupper. Redan före pandemin fanns det tecken på att ojämlikheten i hälsoförhållanden mellan olika grupper i befolkningen ökat, och utvecklingen har sedan förstärkts [10-13].

Konsekvenserna av covid-19-pandemin avtog successivt i samhället under 2022, bland annat på grund av virusets utveckling, allt högre vaccinations-täckning och ökad immunitet i befolkningen, även om smittspridningen stundtals var omfattande [14]. Men trots minskande konsekvenser har vården och omsorgen fortsatt att påverkas av pandemin.

Pandemins utveckling

Av de som avled med covid-19 som underliggande dödsorsak under 2021 och 2022 var 58 procent män och 42 procent kvinnor.

Äldre personer har drabbats särskilt hårt av sjukdomen. Fram till den 30 januari 2023 hade cirka 43 140 personer över 70 år med hemtjänst (24 944 kvinnor och 18 196 män) och drygt 54 472 personer över 70 år på särskilt boende för äldre (35 596 kvinnor och 18 876 män) bekräftats smittade med covid-19.

Även om smittspridningen ökade under 2022 var beläggningen inom slutenvården betydligt lägre än under tidigare perioder med hög smittspridning under pandemin [15]. Den utvecklingen kan i första hand förklaras av den omfattande vaccinationsinsats som inleddes i början av 2021.⁴

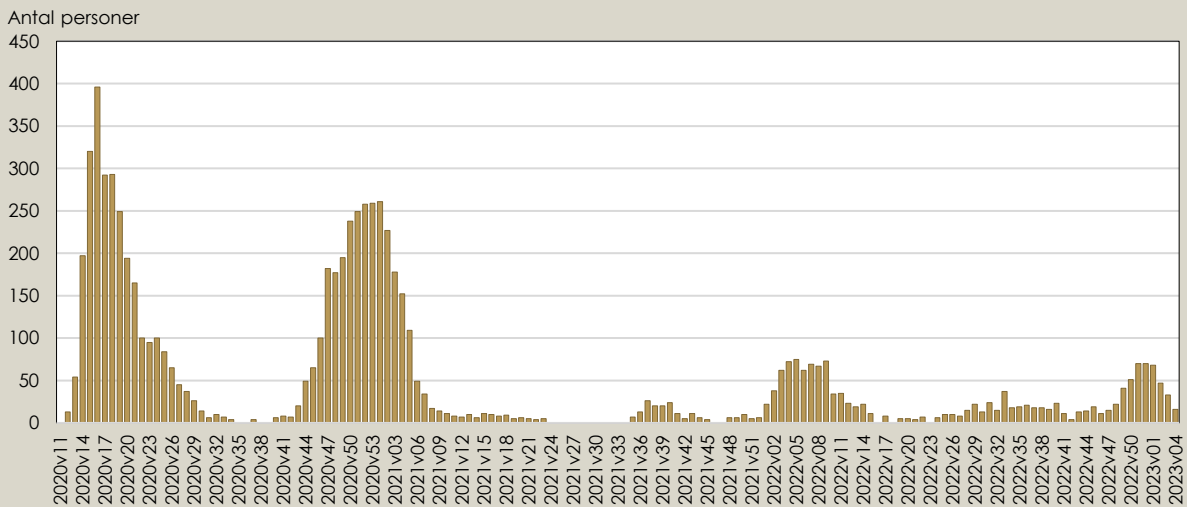
Dödligheten i covid-19 har minskat

Under 2020 och den första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige, och majoriteten av de som avled var över 70 år. Under 2022 minskade dödligheten i sjukdomen. I åldersgruppen 70 år och äldre avled 3 264 män och 4 052 kvinnor på särskilt boende för äldre (figur 2), och 2 666 män och 2 187 kvinnor med hemtjänst i ordinärt boende. Dessa uppgifter gällde den 30 januari 2023. (Se även avsnittet *Vi lever allt längre, men det finns sociala skillnader.*)

⁴ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning/>

Figur 2. Antal avlidna med underliggande dödsorsak covid-19 på särskilt boende för äldre

Antal avlidna på särskilt boende för äldre med underliggande dödsorsak covid-19 fram till 30 januari 2023.



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

Covid-19-pandemin har fortsatt påverkan på vården

Socialstyrelsen fortsätter att följa hur covid-19-pandemin påverkat utförandet av den vård som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Rapporten *Följsamhet till nationella riktlinjer under pandemin* [16] visar att pandemin påverkade vård och omsorg för personer med demenssjukdomar negativt även under 2021, men med en viss återhämtning i jämförelse med det första pandemiåret:

- Antalet fullständiga demensutredningar ökade.
- Tid till diagnos inom primärvård minskade.
- Fler patienter fick diagnos inom 90 dagar inom specialiserad vård.
- En större andel fick
 - uppföljning av hälso- och sjukvården
 - vård och omsorg utifrån sina levnadsberättelser
 - personcentrerade aktiviteter och stimulans.

Men 2021 hade covid-19-pandemin fortfarande en påtaglig påverkan på vården och omsorgen för personer med demenssjukdomar. Betydligt färre fullständiga basala demensutredningar genomfördes jämfört med 2019, vilket har medfört ett uppdämt behov av demensutredningar kommande år. Andelen som fick diagnos inom 90 dagar inom specialistvården var också lägre än före pandemin.

Fokus på särskilt utsatta grupper

I Socialstyrelsens arbete med att stödja vården och omsorgen under pandemin har särskilt utsatta grupper stått i fokus. Äldre och personer med underliggande sjukdom identifierades tidigt i pandemin som en riskgrupp för covid-19, och äldre är den grupp som drabbats värst vad gäller både sjuktal och

dödstal [17]. För att stötta socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen i uppdrag att informera personal och huvudmän om vilka åtgärder som behöver vidtas för att skydda riskgrupperna äldre och personer med funktionsnedsättning.

Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilda boenden för äldre

Fortsatt färre personer i ordinärt boende som fått insatser från socialtjänsten

Socialstyrelsen har vid flera tillfällen analyserat pandemins konsekvenser för insatser från socialtjänsten [13, 17, 18]. I årets lägesrapport analyseras nästan tre år med pandemin och dess påverkan på hemtjänst och säbo.

De allra flesta äldre klarar sig själva eller med hjälp av närstående, och har därmed inga socialtjänstinsatser. Med stigande ålder ökar sannolikheten för att drabbas av olika sjukdomar som kan påverka livskvaliteten, den fysiska funktionsförmågan och behovet av vård och omsorg. Mångas första kontakt med äldreomsorgen kommer när de behöver stöd från hemtjänsten i form av trygghetslarm eller hjälp med vardagliga uppgifter såsom städning eller matlagning.

Resultaten nedan baseras främst på inrapporterade uppgifter från socialtjänsten till Socialstyrelsens nationella register.⁵ Statistik från Folkhälsomyndigheten har även använts.⁶ I denna analys definieras hemtjänstinsatser som personlig omvårdnad och service i ordinärt boende (enbart trygghetslarm ingår inte). I analyserna av nystartade⁷ hemtjänstinsatser ingick personer som var 70 år och äldre det år då insatsen startade.

Figur 3 visar andelen personer som för första gången har fått en hemtjänstinsats beviljad och utförd i ordinärt boende under pågående covid-19-pandemi, i jämförelse med månadsmedelvärdet för motsvarande period 2019. Under pandemin har betydligt färre äldre än vanligt sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången. Den minskade andelen nystartade hemtjänstinsatser har inte återhämtat sig till nivåerna före pandemin.

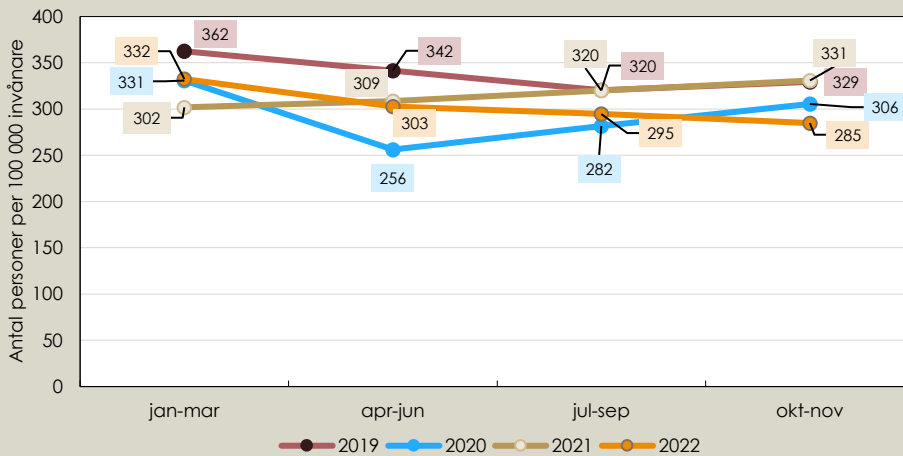
⁵ Socialtjänstregistret, befolkningsregistret och dödsorsaksregistret.

⁶ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>

⁷ För personen som aldrig tidigare har haft en hemtjänstinsats.

Figur 3. Andel äldre personer som fick hemtjänst för första gången

Andelen äldre personer i befolkningen (70 år och äldre) som fick hemtjänst i ordinärt boende för första gången 2019-2022. Andelarna är medelvärden per månad uppdelat på kvartal. I det sista kvartalet ingår ej december då data ej var tillgänglig vid rapportens sammanställning.



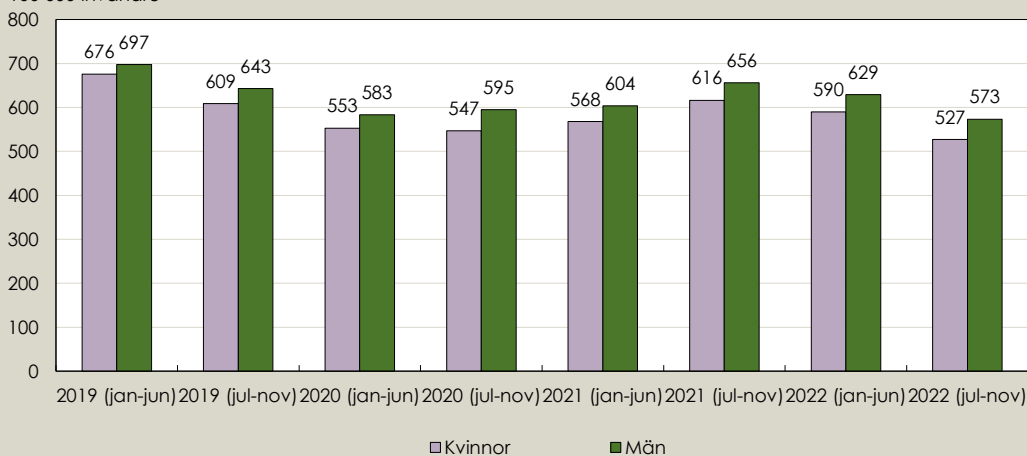
Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och befolkningsregistret.

Andelen personer som får hemtjänst för första gången ökar med stigande ålder, och är klart högst i gruppen 80 år och äldre (figur 4 och 5). Detta ses både före och under pandemin. Av figur 5 framgår att andelen som fick hemtjänst för första gången är något högre bland kvinnor än bland män i åldersgruppen 70–79 år, medan det är tvärt om i den äldre åldersgruppen (figur 4). Det är tydligt att de som är 80 år och äldre får nystartade hemtjänstinsatser i mycket större utsträckning än personer under 80 år, och detta mönster ser likadant ut för alla mätperioderna.

Figur 4. Andel kvinnor och män 80 år och äldre som fick hemtjänst för första gången

Antal kvinnor och män, 80 år och äldre, per 100 000 invånare i befolkningen som fick hemtjänst för första gången i ordinärt boende 2019-2022. Andelarna är medelvärden per månad uppdelat på halvår. Under andra halvåret ingår endast juli-november då data för december ej var tillgänglig vid rapportens sammanställning.

Antal personer per 100 000 invånare



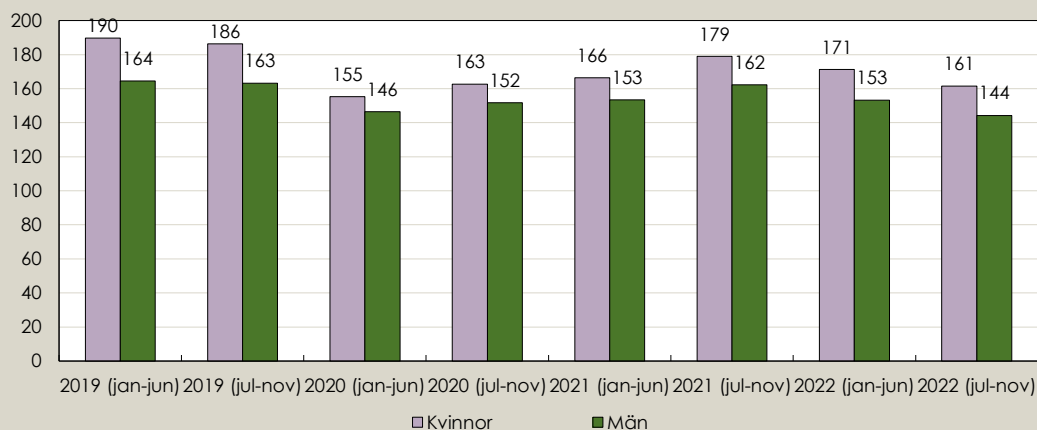
Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och befolkningsregistret.

Andelen nystartade hemtjänstinsatser minskade under våren 2020 för båda könen och båda åldersgrupperna, och den har inte återhämtat sig till nivåerna före pandemin (figur 4 och 5). Figur 5 visar att andelen kvinnor och män 70–79 år som fick hemtjänst för första gången under perioden juli–november 2022 ligger på en lägre nivå än motsvarande period 2019.

Figur 5. Andel kvinnor och män 70–79 år som fick hemtjänst för första gången

Antal kvinnor och män, 70–79 år, per 100 000 invånare i befolkningen som fick hemtjänst för första gången i ordinärt boende 2019–2022. Andelarna är medelvärden per månad uppdelat på halvår. Under andra halvåret ingår endast juli–november då data för december ej var tillgänglig vid rapportens sammanställning.

Antal personer per
100 000 invånare



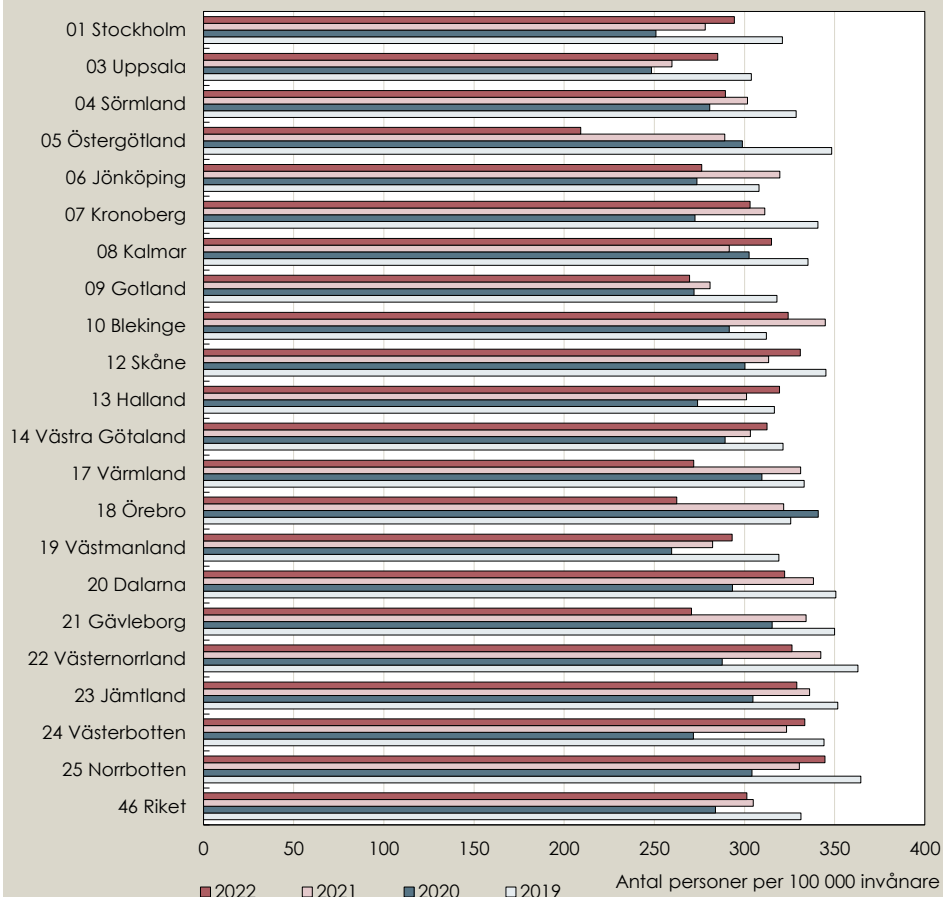
Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och befolkningsregistret

Även om smittspridningen har sett olika ut i olika delar av landet, sågs under 2020 en minskning av antalet äldre som fick en hemtjänstinsats för första gången i samtliga regioner (figur 6). Minskningen skiljer sig dock åt mellan regionerna och har ett visst samband med den allmänna smittspridningen i dem.⁸ Under 2021 ökade andelen personer som fick hemtjänst för första gången i nästan alla regioner, utom i regionerna Kalmar län, Östergötland och Örebro län, där andelen i stället minskade ytterligare. I flera regioner var andelen till och med högre 2021 än 2019. Under 2022 backade de flesta regionerna igen, vissa till och med till en lägre nivå än 2020. Detta syntes tydligast i Region Östergötland, där andelen 2022 var 209 personer per 100 000 invånare, jämfört med 299 personer per 100 000 invånare 2020, vilket motsvarar en minskning med 30 procent.

⁸ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analys/bekraftade-fall-i-sverige/>

Figur 6. Andel personer 70 år och äldre som fick hemtjänst för första gången uppdelat på region

Antal personer, 70 år och äldre, per 100 000 invånare i befolkningen som fick hemtjänst i ordinärt boende för första gången 2019-2022. Andelarna är medelvärden per månad uppdelat på år.*



* December ingår ej då data saknades (när rapporten sammanställdes) för 2022

Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och befolkningsregistret

Vaccinationerna mot covid-19 påbörjades den 27 december 2020. I mitten av april 2021 låg vaccinationstäckningen för personer som hade fått sin första dos på 81 procent för åldersgruppen 70–79 år, och på 90 procent för personer 80 år och äldre.⁹ För de äldre iaktogs en sjunkande incidens av covid-19-smittade i takt med ökande vaccinationstäckning. Trots detta avstod många från att söka hemtjänstinsatser, vilket talar för att det fortsatt fanns en oro för smittan. Från första september 2022 rekommenderade Folkhälsomyndigheten en femte dos vaccin till personer med plats på säbo eller med hemtjänst med personlig omvårdnad samt övriga som är 65 år och äldre. Den 11 januari 2023 låg vaccinationstäckningen för personer hemtjänstinsatser som hade fått sin femte dos på 59 procent för åldersgruppen 65 och äldre.¹⁰ Under hösten 2022 ökade antalet smittade på särskilt boende för äldre och inom hemtjänsten. Detta kan ha bidragit till att flera avstod från att söka hemtjänstinsatser.

⁹ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/>

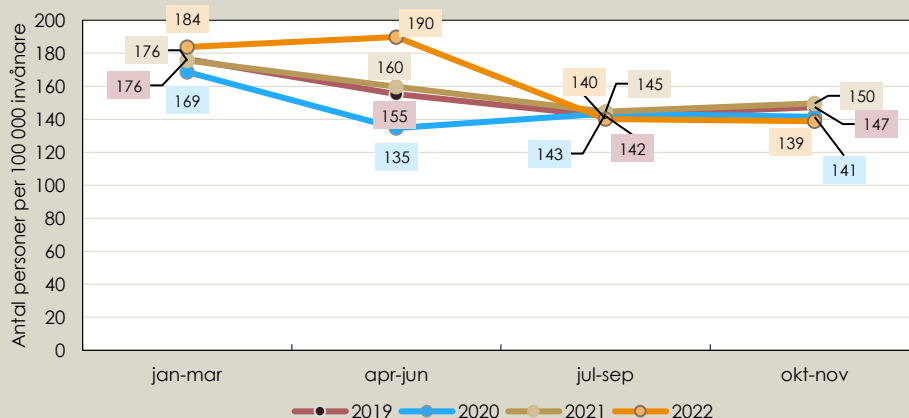
¹⁰ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstäckning/>

Inflyttningen till särskilt boende för äldre har dämpats

Figur 7 visar andelen personer 70 år och äldre som varje månad flyttade in på särskilt boende för äldre under pågående covid-19-pandemi, jämfört med motsvarande period 2019. Det framgår att pandemin har haft en liknande effekt som för personer med hemtjänst, med en klar minskning av antalet personer som flyttade in på säbo ungefär när smittspridningen började bli allmän.¹¹ Minskningen var från 176 personer per 100 000 invånare under perioden januari–juni 2019 till 169 personer per 100 000 invånare under motsvarande period 2020. År 2021 var andelen personer som flyttade in på säbo tillbaka på samma nivå som 2019. Under första halvåret av 2022 sågs en ökning, men sedan dämpades inflyttningstakten och är nu på lägre nivå än motsvarande period 2019–2021.

Figur 7. Andel äldre som flyttade in på särskilt boende för äldre

Andelen äldre personer i befolkningen (70 år och äldre) som flyttade in på särskilt boende 2019–2022. Andelarna är medelvärden per månad uppdelat på kvartal. I det sista kvartalet ingår ej december då data ej var tillgänglig vid rapportens sammanställning.



Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och befolkningsregistret.

Andelen personer som flyttar in på säbo ökar med stigande ålder, och är högst bland personer 80 år och äldre (figur 8 och 9). Trenden är också att fler äldre väljer att flytta in på säbo under perioden januari–juni än under juli–november.¹² Av figur 8 framgår att andelen kvinnor som flyttar in på säbo är högre än andelen män i åldersgruppen 80 år och äldre. I den yngre åldersgruppen finns dock ingen skillnad mellan könen (figur 9). Figur 8 visar också att det är just i den äldre åldersgruppen som minskningen var som störst under perioden juli–november 2022, i jämförelse med motsvarande period 2019, och då ses också den lägsta andelen personer som flyttade in sedan pandemins början 2020. Detta gäller för båda åldersgrupperna och både män och kvinnor.

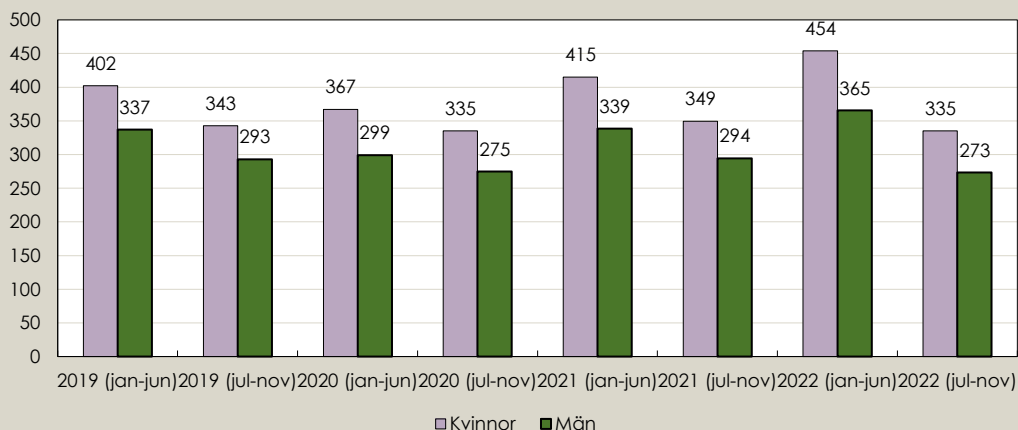
¹¹ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analys/bekraftade-fall-i-sverige/>

¹² Redovisas inte i lägesrapporten.

Figur 8. Andel kvinnor och män 80 år och äldre som flyttade in på särskilt boende för äldre

Antal kvinnor och män, 80 år och äldre, per 100 000 invånare i befolkningen som flyttade in på särskilt boende 2019-2022. Andelarna är medelvärden per månad uppdelat på halvår. Under andra halvåret ingår endast juli-november då data för december ej är tillgänglig vid rapportens sammanställning.

Antal personer per
100 000 invånare

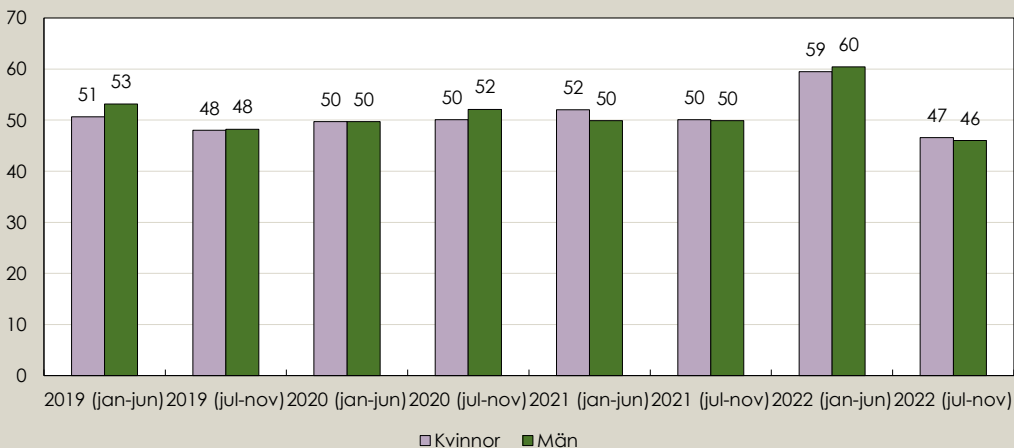


Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och befolkningsregistret.

Figur 9. Andel kvinnor och män 70-79 år som flyttade in på särskilt boende för äldre

Antal kvinnor och män, 70-79 år, per 100 000 invånare i befolkningen som flyttade in på särskilt boende 2019-2022. Andelarna är medelvärden per månad uppdelat på halvår. Under andra halvåret ingår endast juli-november då data för december ej är tillgänglig vid rapportens sammanställning.

Antal personer per
100 000 invånare



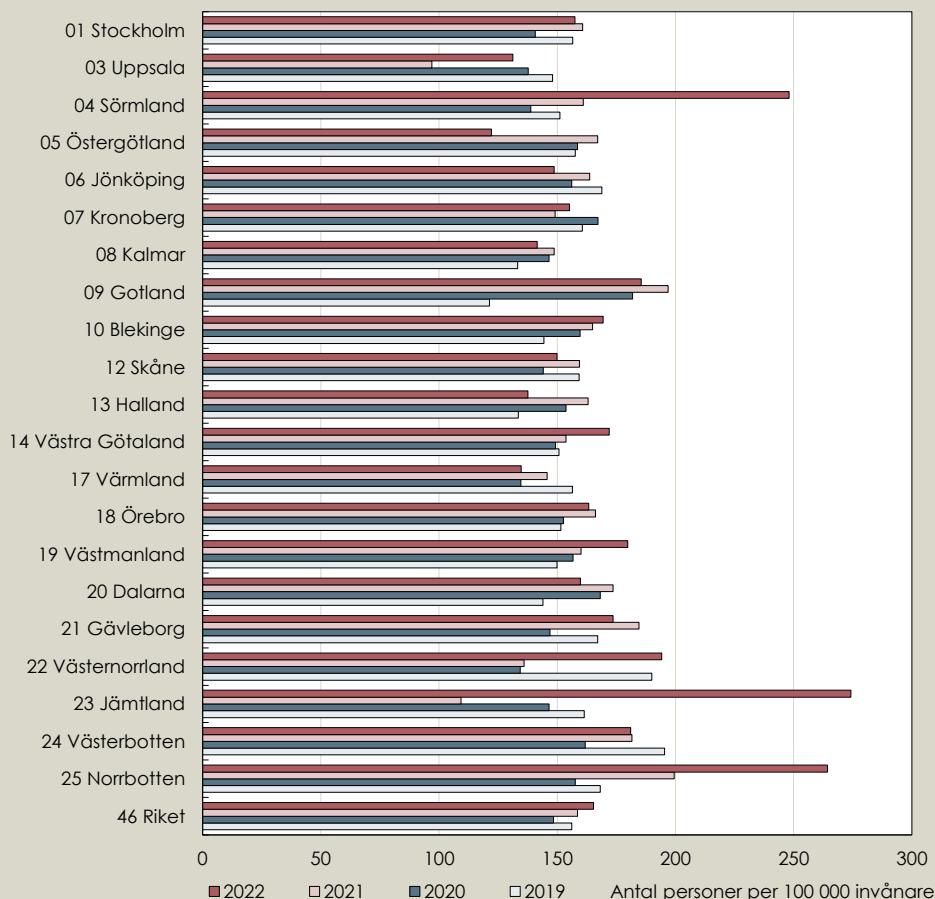
Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och befolkningsregistret.

I de flesta regionerna ökade andelen äldre som flyttade in på säbo under 2021 jämfört med motsvarande period 2019 och 2020 (figur 10). Ökningen fortsatte i knappt hälften av regionerna även under 2022. Region Jämtland Härjedalen uppvisade den största ökningen. Där ökade antalet personer som flyttade in på säbo från 161 personer per 100 000 invånare 2019 till 274 personer per 100 000 invånare 2022, vilket motsvarar en ökning med 70 procent. De

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

Figur 10. Andel personer 70 år och äldre som flyttade in på särskilt boende uppdelat på region

Antal personer, 70 år och äldre, per 100 000 invånare i befolkningen som flyttade in på särskilt boende för första gången 2019-2022. Andelarna är medelvärden per månad uppdelat på år*.



* December ingår ej då data saknades (när rapporten sammanställdes) för 2022

Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och befolkningsregistret

Sammanfattningsvis ses en tydlig minskning i andelarna som skaffade hemtjänst och flyttade till säbo när pandemin bröt ut under första halvåret 2020. År 2021 var inflytt till säbo tillbaka på samma nivå som före pandemin, och i början av 2022 var andelen till och med högre, men i slutet av året var inflyttningen lite lägre nivå än 2019.

Anskaffandet av hemtjänst är inte heller tillbaka på samma nivå som före pandemin och återhämtningen som sågs i slutet av 2021 har stannat av. Kanske beror det på att man under pandemin upptäckte andra möjligheter att få hjälp, såsom hemkörning av mat från butikerna.

Sveriges första nationella anhörigstrategi

Hösten 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att ta fram underlag till en nationell anhörigstrategi. Resultatet blev två rapporter: I december

2020 publicerades rapporten om anhöriga till äldre [19], och sommaren 2021 publicerades rapporten som rör övriga anhöriga [20]. I april 2022 beslutade regeringen om en anhörigstrategi [21] som ska hjälpa kommuner och regioner att stärka anhörigperspektivet i vården och omsorgen samt göra stödet till anhöriga mer individanpassat och likvärdigt över landet. Utgångspunkten för strategin är att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet.

I strategin formuleras de anhörigas behov i tre övergripande kategorier:

- Den närstående får fungerande insatser.
- Den närståendes insatser ges med ett anhörigperspektiv. Det innebär att vården och omsorgen också beaktar de anhörigas behov av delaktighet och information, uppmärksammar de anhörigas insatser och tar hänsyn till deras behov.
- Därutöver kan anhöriga behöva stöd för egen del, i rollen som anhöriga. Sådant stöd kan till exempel bestå i information, utbildning, avlösning, ekonomiskt stöd och samtalsstöd [21].

Så tycker de anhöriga om äldreomsorgen

Socialstyrelsen följer kontinuerligt upp och beskriver kvaliteten på vården och omsorgen för personer 65 år och äldre, bland annat genom den nationella enkätundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” [22]. Enkäten besvaras av personer 65 år och äldre som har insatser i form av hemtjänst i ordinärt boende eller särskilt boende för äldre. Syftet med undersökningen är att ge enskilda äldre personer en röst och att ta fram kvantitativa mått på äldreomsorgen utifrån deras perspektiv.

Enkäterna kan besvaras antingen via en postenkät eller via webben, och i det senare fallet finns även möjlighet för de anhöriga att svara på några frågor om vad de tycker om äldreomsorgen.

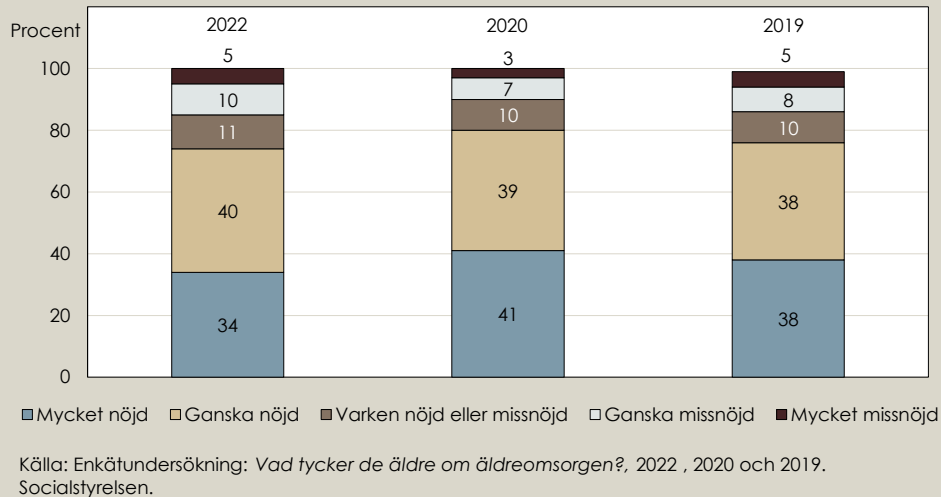
Resultatet från 2022 jämförs med resultaten från samma undersökning 2020, 2019 och 2014. År 2014 ställdes direkt riktade frågor till de anhöriga till de äldre som bor på säbo för första gången. De anhöriga till äldre personer i ordinärt boenden med hemtjänst fick 2019 för första gången möjlighet att svara på frågor som var riktade till dem [23].

Sammantagen nöjdhet med vården och omsorgen

Anhöriga till äldre personer i ordinärt boende med hemtjänst är sammantaget mindre nöjda med vården och omsorgen än tidigare. År 2020 var 41 procent mycket nöjda, och 2022 hade andelen minskat till 34 procent (en minskning med 7 procentenheter). Andelen som är ganska missnöjda med vården och omsorgen ökade från 7 till 10 procent (figur 11).

Figur 11. Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den vård och omsorg som ges till din närstående i hemmet?

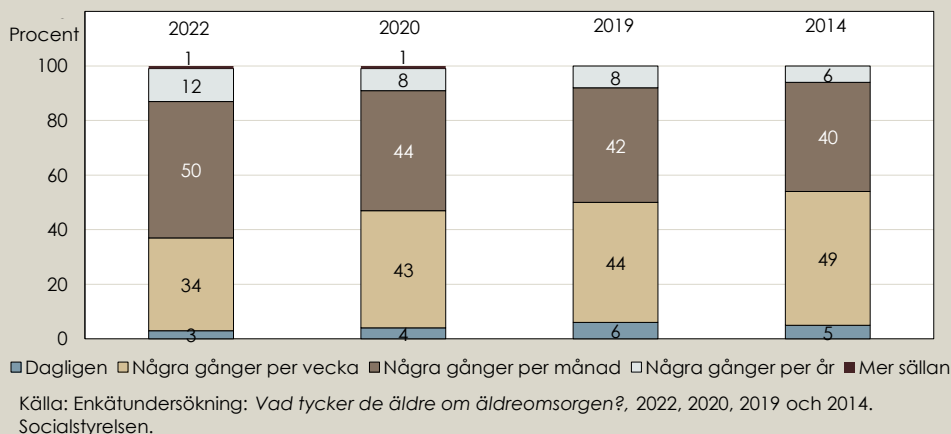
Andelar (%). Svar från anhöriga till äldre personer i ordinärt boende med hemtjänst. Riket år 2022, 2020 och 2019.



Andelen anhöriga som några gånger per vecka besöker den äldre personen på säbo har minskat, från 43 procent 2020 till 34 procent 2022 (figur 12). Eftersom enkäterna besvarades januari–mars 2022 handlar svaren troligen mer om beteenden och upplevelser under 2021 än 2022. Coronapandemin i Sverige startade våren 2020 och gjorde det svårt för de anhöriga att besöka sina närstående äldre personer under 2020 och 2021. Det är troligen en del av förklaringen till de anhörigas minskade besöksfrekvens jämfört med 2019.

Figur 12. Hur ofta besöker du din närstående på äldreboendet?

Andelar (%). Svar från anhöriga till personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre. Riket år 2022, 2020, 2019 och 2014.

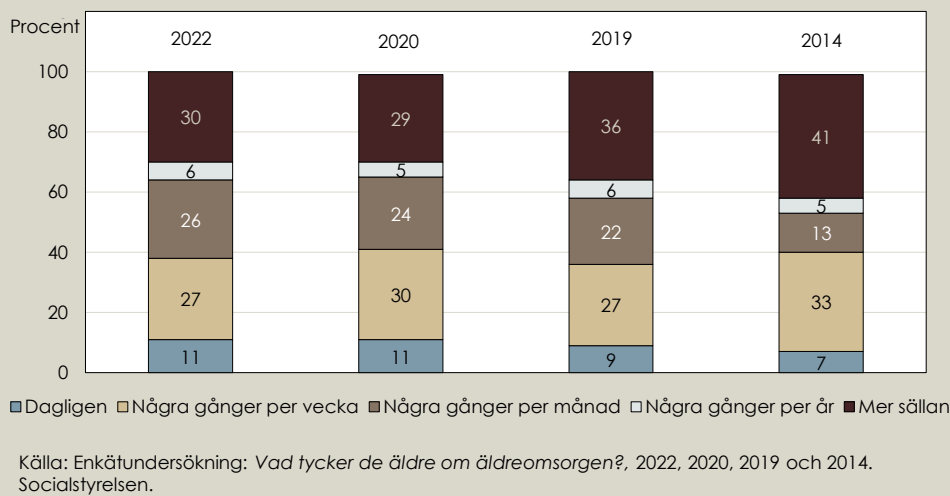


Vidare analyser visar att uteblivna besök inte tycks ha komparerats genom andra typer av kontakt. Andelen anhöriga som haft annan kontakt med den närstående på säbo några gånger per vecka 2022 var 3 procentenheter lägre än 2020 (figur 13). Sedan 2014 hade andelen minskat med 6 procentenheter.

Figur 13. Hur ofta har du annan kontakt med din närstående?

Kontakten kan ske via t.ex. telefon, brev, e-post eller skype.

Andelar (%). Svar från anhöriga till personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre. Riket år 2022, 2020, 2019 och 2014.



Anhöriga som har mindre kontakt är mer nöjda med aktiviteter än anhöriga som har mer kontakt

Analyserna visar att det finns skillnader i de anhörigas svar som korrelerar med hur ofta de har kontakt med sina närstående. De anhöriga som har minst kontakt med sina närstående är de som svarar mest positivt. Störst är skillnaden mellan grupperna på frågan om aktiviteter. Bland dem som besöker sina närstående äldre på säbo några gånger per år eller ännu mer sällan anser 66 procent att aktiviteterna är anpassade till den närståendes behov, men bara 30 procent av dem som har kontakt med den säbo dagligen eller några gånger per vecka (tabell 1).

Tabell 1. Upplever du att aktiviteterna på äldreboendet är anpassade utifrån din närståendes behov och önskemål? – Hur ofta besöker du/har du annan kontakt med din närstående?

Andelar (%). Svar från anhöriga till personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre. Riket år 2022.

Hur ofta besöker du/har du annan kontakt med din närstående?	Upplever du att aktiviteterna på äldreboendet är anpassade utifrån din närståendes behov och önskemål?		
	Ja	Delvis	Nej
Dagligen/ Några gånger per vecka	30	44	26
Några gånger per månad	46	39	15
Några gånger per år/ Mer sällan	66	28	7

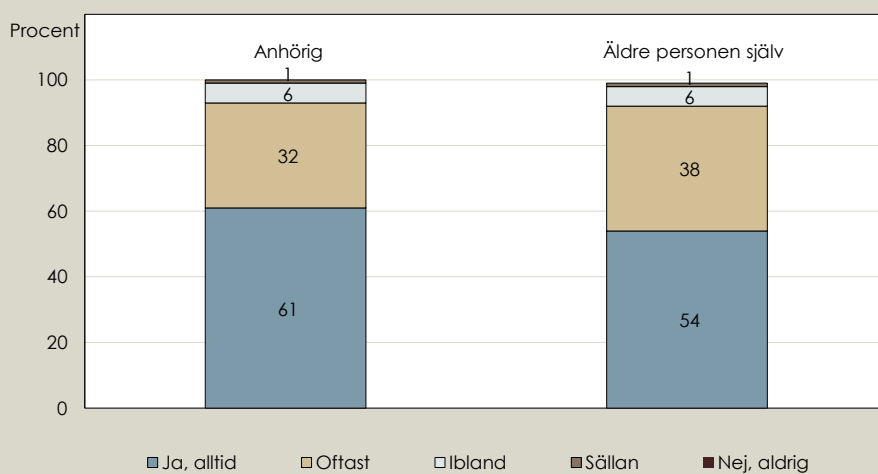
Källa: Enkätundersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2022. Socialstyrelsen.

Andelen anhöriga som tycker att personalen alltid bemöter dem på ett bra sätt är större än andelen äldre som tycker det

Frågorna om bemötande, förtroende och sammantagen nöjdhet ställs både till de anhöriga och till de äldre personerna, så svaren kan jämföras. Bland personer med hemtjänst i ordinärt boende anser 54 procent att personalen alltid bemöter dem på ett bra sätt, och bland de anhöriga anser 61 procent att de alltid får ett bra bemötande (som anhöriga) (figur 14).

Figur 14. Brukar hemtjänstpersonalen bemöta dig på ett bra sätt?

Andelar (%). Svar från anhöriga till - och svar från äldre personer i ordinärt boende med hemtjänst. Riket, år 2022.



Källa: Enkätundersökning: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2022, Socialstyrelsen.

Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg

I augusti 2022 inrättade Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, ett nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg. Regeringen bedömde att det behövs mer långsiktigt och samordnat nationellt arbete för att möta de stora utmaningar som äldreomsorgen står inför.¹³

Kompetenscentrumet ska vara ett nationellt stöd till kommuner och verksamheter som ska öka kunskapen om och bidra till utvecklingen av äldreomsorgen på nationell nivå. Detta genom att arbeta utåtriktat och verksamhetsnära med att samla information om kommuners och verksamheters organisation och förutsättningar i fråga om äldreomsorg, och att regelbundet samverka tvärprofessionellt med relevanta aktörer och tillsammans med dem utveckla och stödja implementering av målgruppsanpassade praktiska stöd och nya arbetssätt inom äldreomsorgen. Kompetenscentrumet ska vid utförandet av sitt uppdrag använda myndighetens samlade kompetens inom sina olika verksamhetsområden.

¹³ Uppdrag inför inrättande av ett Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg vid Socialstyrelsen, Socialdepartementet, 2022-06-30.

Som ett initiativ i det verksamhetsnära arbetet genomfördes under hösten 2022 fyra dialogseminarier med företrädare för huvudmän och verksamheter inom äldreomsorgen. Syftet var dels att synliggöra kompetenscentrumet och att utveckla nya kontaktytor med verksamheterna och dels att få en bild över verksamheternas förutsättningar och utmaningar inom äldreomsorgen. Seminarierna fokuserades på aktuella och relevanta teman som berör äldreomsorgen såsom, hälsofrämjande arbetssätt, äldre personers inflytande och upplevelse av en meningsfull vardag, samverkan mellan verksamheter, multiprofessionellt teamarbete, styrning och ledning samt hur nationella kartläggningar och uppföljningar kan stödja kommuner och verksamheter.

I samtalen under dialogerna betonades behovet av att stärka det sociala perspektivet inom äldreomsorgen. Det bidrar till en vardag med ett rikare innehåll. Svårigheterna att rekrytera personal och bristen på kontinuitet hos flera professioner var också något som lyftes. Samverkan i multiprofessionella team nämns ofta som något positivt men en förutsättning för välfungerade team är just personalkontinuiteten.

Centrumet har även etablerat dialog med bland annat regionala samverkans- och stödstrukturer för socialtjänsten, SKR och andra statliga myndigheter.

Myndigheten ska årligen redovisa kompetenscentrumets vidtagna åtgärder och aktiviteter till Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla och givet samma behov. I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen hur jämlik vården och omsorgen är för personer 65 år och äldre.

Sammanfattande iakttagelser

- Pensionärers disponibla medianinkomst, det vill säga inkomsten efter skatt och inklusive bidrag, var ungefär 15 000 kronor per månad under 2019. Medianinkomsten är lägre för kvinnor än för män i samtliga åldersgrupper.
- Bland personer 80 år och äldre har en av fem män en disponibel inkomst under 13 100 kronor per månad och en av fem kvinnor under 12 000 kronor, vilket motsvarar 57 respektive 52 procent av medianinkomsten bland personer 20–64 år.
- Det är stora skillnader mellan kommunernas avgifter för äldreomsorgen, framför allt avgifter som inte ingår i maxtaxan såsom mat på säbo. Så gott som alla kommuner tar ut de avgifter för vård och omsorg på särskilt boende för äldre och korttidsboende som maxtaxan medger, vilket 2021 var 2 139 kronor per månad eller 71 kronor per dygn. Avgiften för en timmas hemtjänst var mellan 70–488 kronor och de flesta kommuner tar 200–400 kronor per timme. För pensionärer med låga inkomster som bor i en kommun med höga avgifter kan det påverka deras levnadsförhållanden.
- Ur ett tillgänglighetsperspektiv varierar kvaliteten på den information som kommunerna ger om avgifterna på sina hemsidor. Informationen är många gånger svår att hitta och inte alltid fullständig, begriplig eller entydig.
- År 2020 var 13 procent, eller 265 800 personer, i gruppen 66 år och äldre födda utomlands. Majoriteten av dessa, 61 procent, kom från Norden och EU. År 2030 beräknas andelen utrikes födda ha ökat till 17 procent, och andelen äldre från övriga världen uppskattas ha ökat från 39 till 56 procent bland utrikes födda.
- Av de utrikesfödda har 11 procent enbart grundskyddsförmåner från det allmänna pensionssystemet och inte någon inkomstgrundad pension jämfört med 1 procent för inrikes födda.
- Läkemedelsanvändningen mellan inrikes och utrikes födda äldre skiljer sig åt: Läkemedelsanvändningen i stort är lägre bland personer födda utanför Norden. Men användningen av diabetesmedel av typen *blodglukossänkande medel, exkl. insulin* (används vid behandling av typ 2-diabetes) är betydligt vanligare bland personer födda utanför EU jämfört med personer födda i Sverige. Skillnaden är särskilt tydlig för kvinnor. Detta stämmer väl överens med tidigare svenska studier som rapporterat en avsevärt högre diabetesrisk bland icke-europeiska migranter.

- Total tandlöshet är mycket ovanligt i Sverige. Bland personer 60 år eller äldre är det vanligast bland personer med förgymnasial utbildning. Det finns också skillnader beroende på födelseland.
- Det finns små skillnader i inflyttningen till säbo mellan svenskfödda och utrikes födda i åldersgruppen 65–79 år. Bland personer 80 år och äldre är det tydligt att svenskfödda män och kvinnor använder både hemtjänst och säbo i större utsträckning än utrikes födda.
- Oavsett födelseland är medelåldern högre bland kvinnor än bland män vid inflyttning till säbo. Men det finns också en betydande variation mellan länderna, främst mellan Sverigefödda och personer födda utanför EU: Medelåldern för personer födda utanför EU är 81,6 år och för Sverigefödda 84,6 år.
- Socialstyrelsens undersökning visar att det i princip är bara inom förvaltningsområdena som service och personlig omvårdnad inom äldreomsorgen ges på minoritetsspråk. Det är dock oklart om graden av service motsvarar behoven eftersom majoriteten av kommunernas saknar rutin eller dokumenterat arbetssätt för att ta reda på de nationella minoriteternas behov när det gäller språk och kulturkompetens inom äldreomsorgen.
- Samtliga nationella minoriteter i Sverige har sedan 2009 rätt att få stöd i att upprätthålla sin kulturella identitet. Hittills har den rätten fått en begränsad effekt.

Äldres ekonomiska situation är i allmänhet god

År 2022 bedömer Pensionsmyndigheten i rapporten *Hur är pensionärernas ekonomiska levnadsförhållanden?* att pensionärernas ekonomi generellt sett är god [24]. Den disponibla medianinkomsten, det vill säga inkomsten efter skatt och inklusive bidrag, var ungefär 15 000 kronor per månad under 2019. Det motsvarar 65 procent av inkomsten bland dem som är 20–64 år. Den ekonomiska standarden (det vill säga den disponibla inkomsten dividerat med försörjningsbördan) är något bättre: Pensionärernas standard motsvarar 79 procent av den bland 20–64-åringar. Den ekonomiska standarden är alltså högre än de individuella disponibla inkomsterna, i förhållande till den yngre befolkningen, vilket beror på familjesituationen. Däremot är inte den ekonomiska situationen god för alla pensionärer [24]. Inkomstnivån bland äldre varierar mellan kvinnor och män, olika åldersgrupper, inrikes och utrikes födda, olika civilstånd och utbildningsgrupper [4].

Lägre inkomster bland kvinnor än bland män

Medianinkomsten för kvinnor är lägre än för män i samtliga åldersgrupper [4]. Exempelvis har femtedelen män 66–70 år med högst inkomster en individuell disponibel inkomst på över 33 100 kronor per månad, vilket motsvarar 144 procent av inkomsten bland dem som är 20–64 år. Bland motsvarande kvinnor är den disponibla inkomsten över 24 700 kronor per månad, vilket är 107 procent av den yngre befolkningens inkomster [24]. I alla de nordiska länderna har äldre kvinnor en större risk för fattigdom än äldre män [5].

Sämst ekonomi bland ensamstående och de äldsta pensionärerna

Det finns stora skillnader i ekonomisk standard mellan sammanboende och ensamstående pensionärer. De sammanboende männen och kvinnorna 66–70 år har en ekonomisk standard som motsvarar 114 respektive 105 procent av den ekonomiska standarden för yngre i åldern 20–64 år. Ensamstående män och kvinnor i samma åldersgrupp har en ekonomisk standard motsvarande 75 respektive 69 procent av den yngre befolkningens [24]. Trenden i Norden är att ensamstående har lägre inkomster än sammanboende personer [5].

För äldre kvinnor ses ett mönster med låga inkomster för gifta kvinnor och höga för änkor. Det kan förklaras av att gifta kvinnor troligen förvärvsarbetat mindre än andra och får lägre pensionsinkomster när de blir äldre. Men änkor får större pensionsinkomster, bland annat genom änkepension [4].

Bland personer över 80 år har en av fem män en disponibel inkomst under 13 100 kronor per månad och en av fem kvinnor under 12 000 kronor per månad, vilket motsvarar 57 respektive 52 procent av medianinkomsten bland yngre 20–64 år [24].

Den ekonomiska standarden bland ensamstående män över 80 år motsvarar 65 procent av den bland 20–64-åringarna. Bland ensamstående kvinnor i samma åldersgrupp är andelen 58 procent. Gruppen ensamstående personer över 80 år består av ungefär 216 000 kvinnor och 75 000 män [24].

Regionala skillnader

Den disponibla inkomsten och den ekonomiska standarden varierar beroende på var i landet pensionären bor. Högst genomsnittlig ekonomisk standard 2019 hade pensionärerna i Danderyd kommun, med 31 451 kronor per månad, motsvarande 132 procent av den ekonomiska standarden bland 20–64-åringarna i hela riket. Sämst ekonomi hade pensionärer i Dorotea kommun (15 700 kronor per månad, motsvarande 66 procent av den yngre befolkningens ekonomiska standard) [24].

Var femte kvinna äldre än 80 år har knappt 1 300 kronor kvar när nödvändiga utgifter är betalda

Den ensamstående medianpensionären har 3 200 kronor kvar per månad när de nödvändiga utgifterna såsom boende, mat och el är betalda, medan den sammanboende medianpensionären har 9 900 kronor kvar tillsammans. Marginalerna minskar med åldern och minst marginal har kvinnorna. Var femte kvinna äldre än 80 år har som mest 1 261 kronor kvar när månadens nödvändiga utgifter är betalda [24].

På kommunal nivå har pensionärerna i Danderyd kommun mest kvar efter nödvändiga utgifter, i median 15 291 kronor per månad. Minst kvar är det för pensionärerna i Dorotea kommun, med 5 511 kronor [24].

Avgifter inom äldreomsorgen

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att kartlägga avgifter inom äldreomsorgen, bland annat för hemtjänst, trygghetslarm och distribution av

färdiglagad mat. Uppgifter om avgiften för vistelse på särskilt boende för äldre och korttidsboende uppdelat på omsorg, mat och övriga avgifter har också samlats in.

Socialstyrelsen hämtade uppgifterna om avgifter direkt från kommunernas hemsidor, för att inte belasta kommunerna ytterligare med en förfrågan om data. Alla uppgifter gick dock inte att hitta på hemsidor så 2022 skickades e-post till dessa kommuner för att få tillgång till informationen. Trots detta saknas uppgifter från 38 kommuner. Uppgifterna om avgifter rör alltså 2021.

Avgifterna inom äldreomsorgen varierar mycket mellan kommunerna, framför allt de som inte ingår i maxtaxan. Detta kan ge sämre levnadsförhållanden för pensionärer med låga inkomster som bor i kommuner med höga avgifter, särskilt i jämförelse med pensionärer i kommuner med låga avgifter och pensionärer med höga inkomster. (Se även avsnittet *Äldres ekonomiska situation är i allmänhet god.*)

Många kommuner har skapat avgiftssystem som uttrycks i andel av varje års prisbasbelopp, som även maxtaxans belopp baseras på. Maxtaxan för 2021 var 2 139 kronor per månad och höjdes 2022 till 2 170 kronor.

Så gott som alla kommuner tar ut de avgifter för vård och omsorg på särskilt boende för äldre och korttidsboende som maxtaxan medger, vilket för 2021 alltså var 2 139 kronor per månad eller 71 kronor per dygn. Dygnsavgiften gör att maxavgiften uppnås vid en hel månads vistelse på korttidsboendet. Ett fåtal kommuner tar en högre avgift per dygn, och då uppnås maxavgiften efter färre dagars vistelse. Eftersom korttidsboendet är avsett just för kortare vistelser kan det innebära att de äldre i dessa kommuner betalar mer för till exempel en veckas vistelse än i andra kommuner.

Tabell 2. Kommunernas avgifter för hemtjänst

Avgift för en timmes hemtjänst 2021 i kronor per timme, uppdelat på kommungrupper. * Andel (%) kommuner inom respektive avgiftsintervall, n=172.

Kronor per timme	Alla kommuner (%)	Storstäder och storstadsnära kommuner (%)	Större städer och kommuner nära större städer (%)	Mindre städer och tätorter och landsbygdsnära kommuner (%)
70–100	3	7	0	4
101–200	5	7	5	4
201–300	32	41	35	28
301–400	49	41	42	56
401–500	11	4	18	9

*Bilaga 2, kommungruppsindelning SKR.
Källa: Socialstyrelsen, 2022.

Socialstyrelsen har även jämfört avgiften för en timmes hemtjänst. Många kommuner har konstruerat avgifter för hemtjänst som baseras på antal timmar utförd hemtjänst, men avgiften kan också vara differentierad utifrån om hemtjänsten ges på helger eller under kvällar och nätter. Avgiften är 70–488 kronor per timme och de flesta kommuner tar 200–400 kronor per timme (tabell 2). I gruppen ”storstäder med omgivande kommuner” tar 4 procent av kommunerna ut över 400 kronor per timme jämfört med 18 procent i ”större städer och kommuner nära större städer” och 9 procent i ”mindre städer och

tätorter och landsbygdsnära kommuner”. Definitionen av de tre grupperna finns i bilaga 2 [25].

Beroende på timpriset får de äldre 4–31 timmar med hemtjänst per månad innan de nått upp till maxtaxan, men i 81 procent av kommunerna får de 5–11 timmar.

När det gäller avgifter för mat och förbrukningsartiklar, exempelvis städ- och hygienprodukter, har kommunerna större möjlighet att själva bestämma avgiften utifrån sina kostnader. För en månads mat på säbo kan man i en kommun få betala 2 470 kronor och i en annan 5 058 kronor. I 56 procent av storstäder och storstadsnära kommuner är avgiften under 3 500 kronor per månad, jämfört med 36 procent av större städer med kringkommuner och 28 procent i mindre städer och tätorter.

Tabell 3. Kommunernas avgifter för mat på särskilt boende för äldre

Avgift för mat på särskilt boende för äldre 2021 i kronor per månad, uppdelat på kommungrupper.* Andel (%) kommuner inom respektive avgiftsintervall, n=231.

Kronor per månad	Alla kommuner (%)	Storstäder och storstadsnära kommuner (%)	Större städer och kommuner nära större städer (%)	Mindre städer och tätorter och landsbygdsnära kommuner (%)
2470–3499	35	56	36	28
3500–4799	27	18	20	36
4500–5058	38	26	45	35

*Bilaga 2, kommungruppsindelning SKR.
Källa: Socialstyrelsen, 2022.

Avgiften för trygghetslarm varierar inte så mycket mellan kommunerna eftersom beloppen är små: 0–475 kronor per månad (tabell 4). De flesta kommuner, 60 procent, tar ut mellan 200–299 kronor per månad för larmet. Avgifter på 300 kronor och mer är vanligare i större städer med kringkommuner, och mindre städer och orter, än i storstäder och storstadsnära kommuner. Förutom månadsavgiften för trygghetslarm tar vissa kommuner ut en installationsavgift och någon kommun dessutom en avinstallationsavgift. Installationsavgiften betalas en gång och är 150–1 375 kronor.

Tabell 4. Kommunernas avgifter för trygghetslarm

Avgift för trygghetslarm 2021 i kronor per månad, uppdelat på kommungrupper. * Andel (%) kommuner inom respektive avgiftsintervall, n=240.

Kronor per månad	Alla kommuner (%)	Storstäder och storstadsnära kommuner (%)	Större städer och kommuner nära större städer (%)	Mindre städer och tätorter och landsbygdsnära kommuner (%)
0–99	1	5	0	0
100–199	8	19	10	3
200–299	60	62	56	63
300–399	29	14	33	31
400–475	2	0	1	3

*Bilaga 2, kommungruppsindelning SKR.
Källa: Socialstyrelsen, 2022.

Många äldre i ordinärt boende får färdiglagad mat levererad till sitt hem. Priset är 35–103 kronor per portion inklusive leverans (tabell 5). I gruppen storstäder och storstadsnära kommuner är variationen större än i de andra två grupperna.

Det är vanligare att storstadskommuner tar ut en avgift under 60 kronor per portion och att de tar ut 75 kr eller mer för en portion, medan kostnaden i större städer och kommuner nära större städer samt mindre städer och tätorter och landsbygdsnära kommuner i större utsträckning är 60–74 kronor. Skillnaderna i avgift är alltså inte i första hand relaterad till om man bor i en stad eller på landsbygden.

Tabell 5. Kommunernas avgifter för hemlevererad mat

Avgift för hemlevererad mat 2021 per portion i kronor, uppdelat på kommungrupper. * Andel (%) kommuner inom respektive avgiftsintervall, n = 152.

Kronor per portion	Alla kommuner (%)	Storstäder och storstadnära kommuner (%)	Större städer och kommuner nära större städer (%)	Mindre städer och tätorter och landsbygdsnära kommuner (%)
<60	26	44	25	24
60–74	64	37	68	66
75–103	10	19	8	10

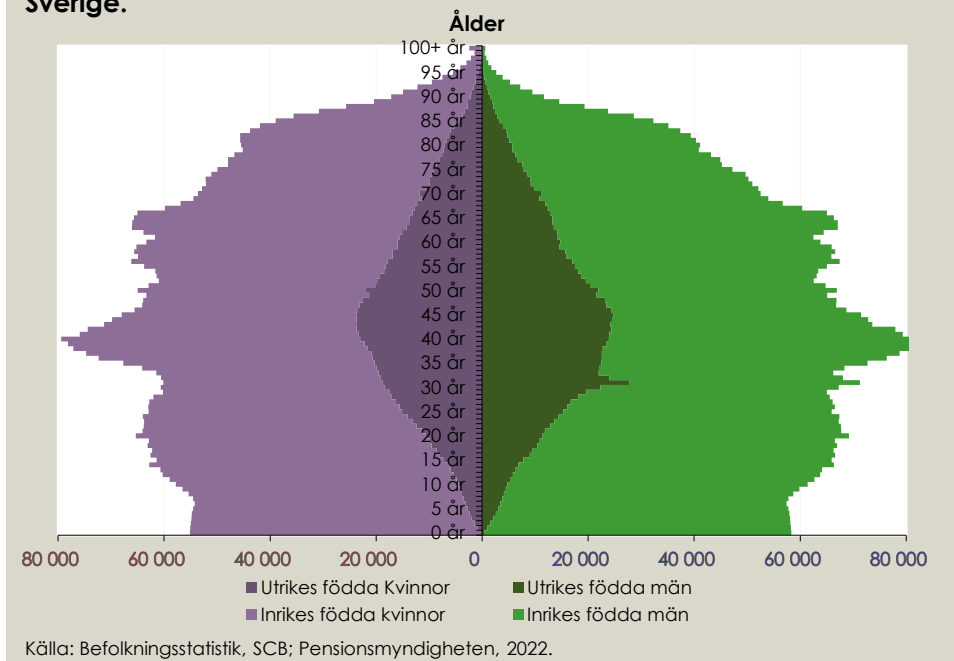
*Bilaga 2, kommungruppsindelning SKR.
Källa: Socialstyrelsen, 2022.

Ur ett tillgänglighetsperspektiv varierar kvaliteten på kommunernas hemsidor betydligt när det gäller information om avgifter inom äldreomsorgen. Informationen är många gånger svår att hitta och inte alltid fullständig, tydligt eller entydig. Däremot finns det oftast en tydlig redovisning av kommunens beräkning av de äldres ekonomiska utrymme att betala avgifter.

Andelen utrikes födda pensionärer förväntas att öka

Andelen utrikes födda i gruppen 66 år och äldre ökade med 1 procentenhet mellan 2010 och 2020, till 13 procent, och 2030 förväntas andelen vara 17 procent (figur 15). Personer från Norden och EU beräknas fortsatt utgöra störst andel av de utrikes födda, 61 procent 2020 och 44 procent 2030 [26].

Figur 15. Befolkningspyramid prognos för 2030 efter kön och ålder, Sverige.



År 2020 var 13 procent, eller 265 800 personer, i gruppen 66 år och äldre födda utomlands [26]. De kommer från nästan 200 olika länder. Finland är dock det i särklass vanligaste födelselandet bland dem som var 60 år eller äldre 2020, med nästan en fjärdedel av de utrikes födda. Drygt en fjärdedel är födda i f.d. Jugoslavien, Polen, Irak, Iran eller Tyskland [4]. Det finns vissa skillnader mellan kvinnor och män och olika åldrar i vilka födelseländer som är vanligast i gruppen 60 år och äldre [4].

Många av de utrikes födda i gruppen 60 år och äldre har varit länge i Sverige; nästan hälften invandrade före 30 års ålder och endast 8 procent vid 60 års ålder eller senare (tabell 6). Under 2015–2020 invandrade 20 000 personer som 2020 var 60 år eller äldre [4]. Det vanligaste är att kvinnorna invandrade vid 21 års ålder och männen vid 23 års ålder.

Men antalet år i Sverige skiljer sig åt beroende på vilket område de äldre kommer från [26]. Personer 66 år och äldre som är födda i Norden och EU eller i ”övriga länder” har i allmänhet varit i Sverige i cirka 40–60 år. De kom till Sverige under 1960–1980 när de var omkring 30 år. Däremot har kvinnor och män födda i Afrika och Asien i allmänhet varit färre år i Sverige. De som nu är 66 år och äldre kom till Sverige för omkring 25 år sedan, det vill säga i mitten av 1990-talet.

Tabell 6. Utrikes födda 60 år och äldre fördelade efter ålder vid invandring per kön och ålder, i procent (%), år 2020

Ålder vid invandring	60–69 år		70–79 år		80–89 år		90+ år		60 + år Båda könen
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Före 30 års ålder	45,2	40,3	53,6	49,8	49,8	46,4	42,5	35,3	46,5
I 30–59 års ålder	49,0	52,1	33,0	34,5	29,7	32,1	22,8	28,8	41,5
60 år eller äldre	4,2	5,9	9,7	12,3	12,5	13,3	19,0	19,6	8,5
Uppgift om invandringsår saknas	1,5	1,6	3,7	3,4	8,0	8,2	15,6	16,2	3,5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Källa: Efter 60 En beskrivning av äldre i Sverige Demografiska rapporter 2022:2, SCB.

Andelen med låg inkomst är högre bland utrikes födda

Pensionsmyndighetens rapport *Hur ser inkomsterna ut för utrikesfödda pensionärer?* från 2022 visar att utrikes födda personer 66 år och äldre i allmänhet har en lägre disponibel inkomst än inrikes födda i samma ålder [26]. Rapporten visar vidare att inkomstgapet mellan dessa grupper är 13 procent när kapitalinkomster och kapitalskatter är exkluderade. Skillnaden mellan grupperna beror på skillnaden i livsinkomst, som är ett resultat av dels inkomst per arbetsår, dels antal år i Sverige. Om hänsyn tas till antal år minskar skillnaden i disponibel inkomst mellan utrikes och inrikes födda med 7 procentenheter för kvinnor och 13 procentenheter för män. Särskilt låga inkomster har personer som är födda i Afrika och Asien. De har i allmänhet bott en kortare tid i Sverige än äldre utrikes födda från andra områden [26].

De med låga inkomster kan få del av grundskyddet – garantipension, bostadstillägg och äldreförsörjningsstöd – som delvis motverkar inkomstskillnaderna. Av de utrikesfödda har 11 procent enbart grundskyddsförmåner från det allmänna pensionssystemet och inte någon inkomstgrundad pension jämfört med 1 procent för inrikes födda.[26].

En doktorsavhandling från 2022 visar att det är 33 gånger vanligare bland äldre som är födda i ett låginkomstland att vara ”dubbelt fattig” [27]. Det innebär att personens inkomst är lägre än 60 procent av medianinkomsten för svenskfödda och har en förmögenhet som understiger 10 000 kronor.

Läkemedelsanvändningen skiljer sig åt mellan inrikes och utrikes födda

Det finns även skillnader i läkemedelsanvändningen mellan utrikes och inrikes födda personer. I Socialstyrelsens ”Hälso- och sjukvårdsrapport 2009” rapporterades bland annat att användningen av betablockerare vid hjärtsvikt och efter hjärtinfarkt var lägre bland personer födda utanför EU jämfört med Sverige-födda. Detsamma gällde blodförtunnande medel efter stroke [28, 29]. Vidare har det i Socialstyrelsen utvärdering av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom, visats att sannolikheten för äldre

personer att behandlas med demensläkemedel är lägre hos dem som är födda utanför Norden, medan sannolikheten att behandlas med antipsykosmedel är högre hos dem födda utanför Sverige, jämfört med Sverigefödda [30]. Mot bakgrund av dessa resultat och den växande andelen utrikes födda i Sverige, har Socialstyrelsen valt att göra en både bredare och djupare analys av skillnaderna i läkemedelsanvändning utifrån födelseland. I denna rapport presenteras resultat från en första bredare kartläggning av användningen av de vanligaste läkemedelsgrupperna bland personer 75 år och äldre, uppdelad på födelseland och kön.¹⁴

Resultaten för läkemedelsanvändningen i sin helhet och för de 15 vanligaste läkemedelsgrupperna, redovisas för män och kvinnor i tabell 7 respektive 8 nedan. Här följer några noterbara fynd:

- Läkemedelsanvändningen totalt är lägre bland personer födda utanför Norden.
- Diabetesmedel av typen *blodglukossänkande medel, exkl. insuliner* (används vid behandling av typ 2-diabetes) är betydligt vanligare hos personer födda utanför EU jämfört med Sverigefödda. Skillnaden är särskilt tydlig för kvinnor (visas inte i tabell 8¹⁵) (17,4 jämfört med 8,8 procent). Detta stämmer väl överens med tidigare svenska studier som rapporterat en avsevärt högre diabetesrisk bland icke-europeiska migranter [31-33].
- Jämfört med Sverigefödda, har män födda utanför EU betydligt lägre användning av *antikoagulantia* (läkemedelsgruppen domineras av s.k. trombocythämmare som främst används som blodproppsförebyggande behandling efter stroke och hjärtinfarkt) och *beta-receptorblockerande medel* (viktiga läkemedel vid hjärtsvikt och som skyddande behandling efter hjärtinfarkt). Vi ser också lägre användning av *angiotensin II-receptorblockerare* (ARB, basbehandling vid hjärtsvikt) bland både män och kvinnor som är födda utanför Norden. Dessa fynd är i linje med resultaten i Socialstyrelsens ”Hälso- och sjukvårdsrapport 2009” [28].
- Användningen av *övriga analgetika och antipyretika* (”lätta smärtstillande läkemedel”, omfattar till största delen paracetamol) är högre bland personer födda utanför EU än Sverigefödda. Detsamma gäller *medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom* (matstrupskatarr).
- För *sömnmedel och lugnande medel* (sömnmedel) och *antidepressiva medel* ses en lägre användning bland personer födda utanför EU jämfört med Sverigefödda.

¹⁴ Analysen bygger på data från Socialstyrelsens läkemedelsregister samkörda med uppgifter om födelseland från registret över totalbefolkningen (SCB), för personer 75 år och äldre boende i Sverige 2021. Aktuell läkemedelsanvändning beräknades för varje person per den 31 december 2021 enligt en tidigare beskriven metod [11] och sammanställdes på farmakologisk (4-ställig) ATC-gruppnivå. Födelseland delades in i kategorierna: Sverige (n=916 992), Norden utom Sverige (n= 53 130), EU27 utom Norden (n= 31 374) samt övriga världen (n= 40 918).

¹⁵ Visas inte eftersom den inte hamnade bland de 15 vanligaste läkemedelsgrupperna hos kvinnor.

Tabell 7. Användning av läkemedel, totalt och uppdelat på de 15 vanligaste läkemedelsgrupperna, hos män 75 år och äldre i Sverige 2021, utifrån födelseland

Födelseland är indelat i fyra kategorier: Sverige (n=408 162), Norden utom Sverige (n=19 590), EU27 utom Norden (n=14 380) samt övriga världen (n=19 215). Med användning avses andel (%) användare av minst ett läkemedel i respektive läkemedelsgrupp inom respektive kategori.

ATC-kod	Läkemedelsgrupp	Sverige (%)	Norden (%)	EU27 (%)	Övriga världen (%)
-	Läkemedel oavsett typ	87,3	86,2	80,0	77,8
B01A	Antikoagulantia	45,5	47,3	42,0	38,3
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	38,6	39,6	34,1	35,5
C07A	Beta-receptorblockerande medel	32,6	34,8	28,9	28,2
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlektiv effekt	23,5	26,1	22,0	22,1
C09C	Angiotensin II receptorblockerare (ARBs)	18,3	17,5	15,5	14,7
G04C	Medel vid benign prostatahyperplasi	17,9	17,8	17,1	17,9
B03B	Vitamin B12 och folsyra	16,9	17,3	15,2	15,4
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom	16,8	16,9	15,3	18,4
C09A	ACE-hämmare	16,6	18,2	15,5	16,1
A10B	Blodglukossänkande medel, exkl. insulin	13,8	15,4	15,3	19,4
N02B	Övriga analgetika och antipyretika	13,3	14,3	11,1	16,2
C03C	Loop-diuretika	10,3	11,9	10,1	10,5
N06A	Antidepressiva medel	10,2	9,1	8,5	8,4
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	9,7	10,9	9,6	8,4
A06A	Medel vid förstoppning	7,6	7,5	7,7	8,5

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Registret över totalbefolkningen, SCB, 2022.

Tabell 8. Användning av läkemedel, totalt och uppdelat på de 15 vanligaste läkemedelsgrupperna, hos kvinnor 75 år och äldre i Sverige, 2021, utifrån födelseland

Födelseland är indelat i fyra kategorier: Sverige (n=508 830), Norden utom Sverige (n=33 540), EU27 utom Norden (n=16 994) samt övriga världen (n=21 703). Med användning avses andel (%) användare av minst ett läkemedel i respektive läkemedelsgrupp inom respektive kategori.

ATC-kod	Läkemedelsgrupp	Sverige (%)	Norden (%)	EU27 (%)	Övriga världen (%)
-	Läkemedel oavsett typ	88,9	88,9	81,9	80,1
B01A	Antikoagulantia	34,4	37,9	33,7	32,5
C07A	Beta-receptorblockerande medel	32,5	35,7	29,7	30,2
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	28,2	29,2	24,4	30,0
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlektiv effekt	23,0	27,9	21,6	23,6
N02B	Övriga analgetika och antipyretika	22,4	23,7	19,8	25,7

ATC-kod	Läkemedelsgrupp	Sverige (%)	Norden (%)	EU27 (%)	Övriga världen (%)
C09C	Angiotensin II receptorblockerare (ARBs)	20,2	21,5	16,5	16,9
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom	19,5	20,0	18,6	24,1
N06A	Antidepressiva medel	18,0	16,2	15,4	14,1
B03B	Vitamin B12 och folsyra	17,5	17,9	16,0	17,0
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	16,5	17,6	15,5	12,0
A12A	Kalcium	15,4	13,8	12,6	13,2
H03A	Tyreoideapreparat	13,9	15,0	13,8	13,4
C09A	ACE-hämmare	12,3	13,6	12,2	13,7
C03C	Loop-diuretika	11,1	13,5	12,2	14,5
A06A	Medel vid förstoppning	9,8	10,5	9,7	10,0

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Registret över totalbefolkningen, SCB, 2022.

Sammanfattningsvis visar denna analys att det finns skillnader i läkemedelsanvändningen utifrån om de äldre är födda i Sverige, övriga nordiska länder, övriga länder i EU eller övriga världen. Några tänkbara förklaringar är olikheter i sjuklighet, vårdkonsumtion, diagnostik, behandling och socioekonomiska förutsättningar.

Munhälsa bland utrikes födda

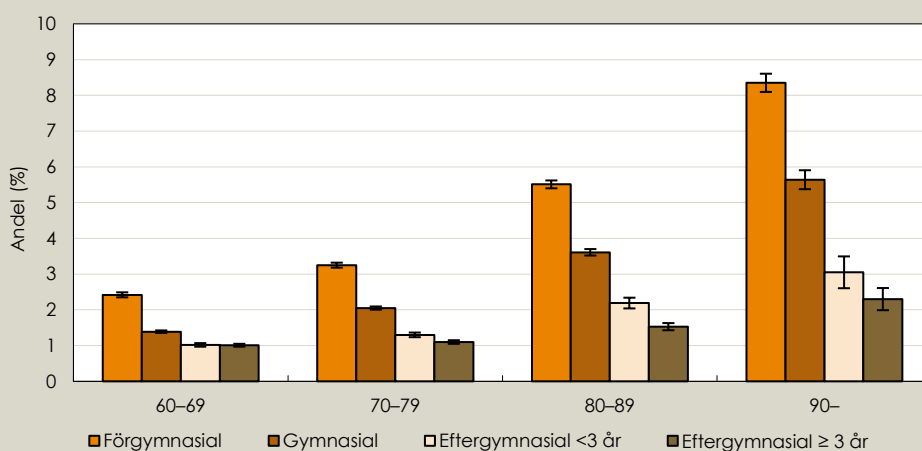
Hög socioekonomisk status kan kopplas till en genomsnittligt bättre hälsoutveckling över tid. Munhälsan¹⁶ följer detta mönster tydligt, med sämre hälsa med stigande ålder hos personer med kort utbildning jämfört med personer med lång utbildning. Födelseland kan också ha betydelse för munhälsan bland äldre personer. Munhälsans utveckling är komplex, och skillnader i hälsobeteende har förts fram som en förklaring [34].

Total tandlöshet är mycket ovanligt i Sverige. Bland personer 60 år eller äldre förekommer det främst bland personer med förgymnasial utbildning (figur 16). I gruppen 80 år och äldre har kvinnor tandlöshet mer än män oavsett födelseland (figur 17). Det finns också skillnader beroende på födelseland. Tandlöshet bland utrikes födda är mest uttalad bland personer 80 år och äldre. Det är vanligare bland kvinnor från Mellanöstern, Latinamerika och Östeuropa och Ryssland jämfört med Sverige och Västeuropa, men också kvinnor från övriga Norden är oftare helt tandlösa. Bland personer 60–79 år är det vanligare att män helt saknar tänder och det är vanligare bland personer födda i Mellanöstern och Östeuropa och Ryssland (figur 17). (Se även kapitlet *Munhälsa hos äldre*.)

¹⁶ Antal kvarvarande tänder är ett mått på tandhälsa.

Figur 16. Skattad* andel tandlösa i befolkningen, efter utbildningsnivå

Andel (%) tandlösa personer 60 år och äldre som besökt tandvården 2009–2021, båda könen.

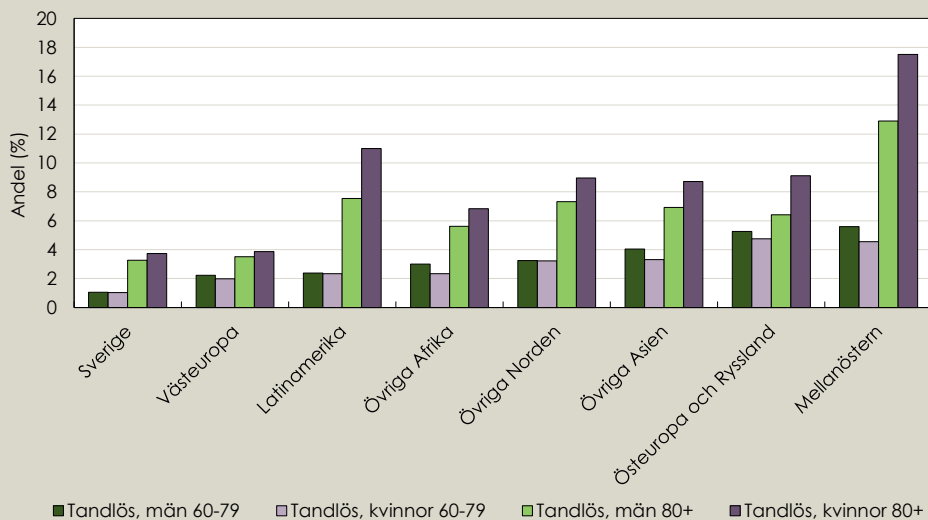


*Andel (%) och 95% konfidensintervall för personer med 0 egna tänder i befolkningen skattas genom att beräkna andelen av de som besökt tandvården 2009-2021 som har noll egna tänder.

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Figur 17. Andel tandlösa i befolkningen fördelat på kön och födelseland

Andel (%) tandlösa personer 60 år och äldre i befolkningen som besökt tandvården 2009-2021, fördelat på kön och födelseland.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Liten variation i användningen av äldreomsorg bland utrikes födda äldre

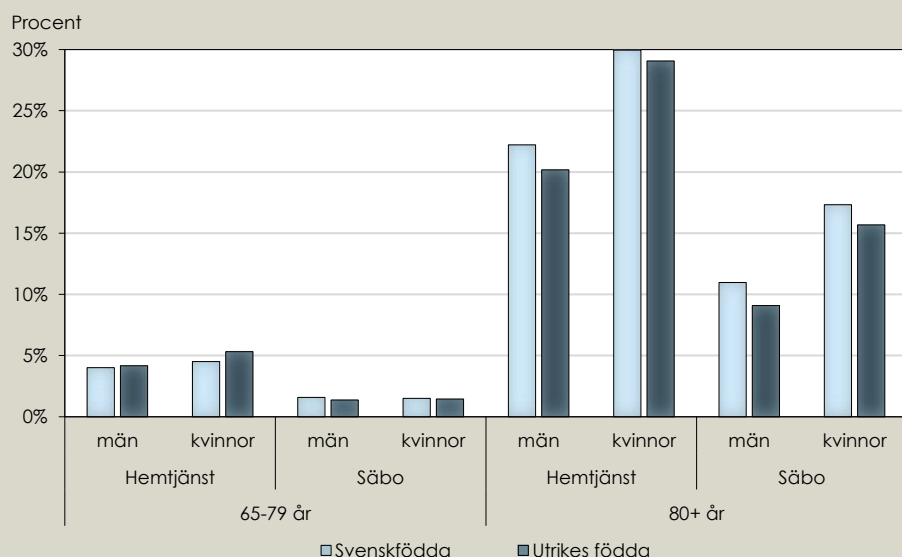
Flera studier visar en stor variation i omsorgs användningen, men utrikes födda äldre är i allmänhet något mindre benägna att använda den formella äldreomsorgen [35-37]. Detta kan bland annat bero på att gruppen har otillräcklig kunskap om tillgängliga tjänster [38]. Utbildningsnivå och språkfrågor, t.ex. kunskaper i svenska språket, är andra faktorer som påverkar utnyttjandet av äldreomsorgen [37]. Den grupp som har lägst sannolikhet att ta emot äldreomsorg är äldre som är ensamstående, fattiga och födda i

låginkomstländer [36]. Användningen av informell vård och omsorg snarare än formell sådan kan vara ett aktivt val [37]. Vissa studier tyder på att kulturella preferenser spelar en viktig roll när man väljer mellan informell och formell vård och omsorg [39].

Socialstyrelsen har valt att göra en bredare och djupare analys av skillnaderna i användning av socialtjänstinsatser utifrån födelse-land, för att identifiera eventuella skillnader. Av figur 18 framgår att det finns små skillnader i inflyttningen till säbo mellan svenskfödda och utrikes födda i åldersgruppen 65–79 år. Bland personer 80 år och äldre är det tydligt att svenskfödda män och kvinnor använder både hemtjänst och säbo i större utsträckning än utrikes födda. I samma åldersgrupp är det också fler kvinnor än män som använder dessa insatser, oavsett födelse-land.

Figur 18. Socialtjänstinsatser uppdelad på födelse-land

Andel (%) personer 65 år och äldre i ordinarie boende med hemtjänst eller på säbo, uppdelad på födelse-land, ålder och kön, 2022.

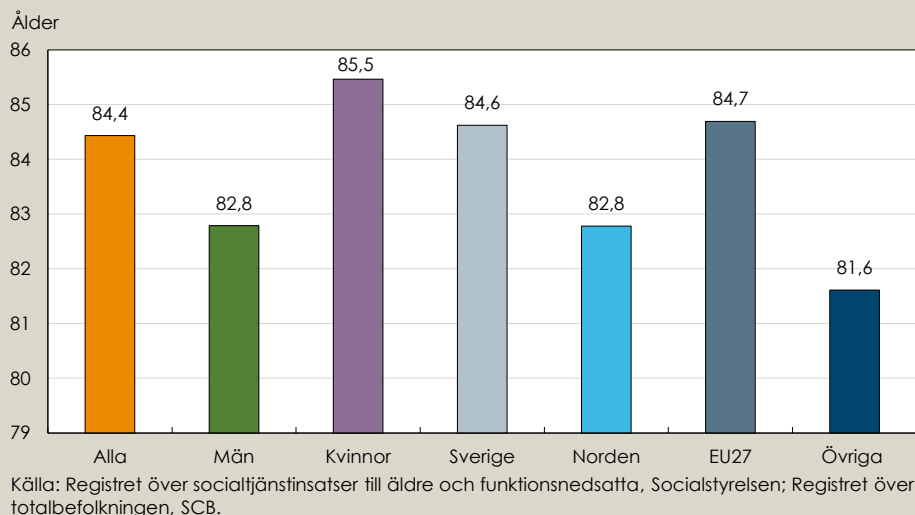


Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen; Registret över totalbefolkningen, SCB.

Kvinnor är ofta äldre än män vid inflyttning till säbo, i genomsnitt 85,5 år respektive 82,8 år gamla på riksnivå (figur 19). Detta gäller oavsett födelse-land, men det finns också en betydande variation mellan länderna. Den mest påtagliga skillnaden är mellan Sverigefödda och personer födda utanför EU (övriga världen), där medelåldern är 84,6 respektive 81,6 år vid inflytt till säbo. Skillnaden är minst mellan Sverigefödda och personer födda inom EU.

Figur 19. Medelålder vid inflyttning till särskilt boende för äldre utifrån födelse-land

Medelålder vid inflyttning till särskilt boende för äldre utifrån kön och födelse-land. Födelse-land är uppdelat i fyra kategorier: Sverige (n=131 621), Norden utom Sverige (n=8 822), EU27 utom Norden (n=3 879) samt övriga världen (n=3 993), 2022.



Variationen kan bero på skillnader i behov och efterfrågan, men det kan också finnas kulturella faktorer som spelar in. Exempelvis samvarierar medelåldern vid inflyttning med hälsoläget i befolkningen, såsom självrapporterad hälsa och förväntad medellivslängd [35-38, 40]. Socialstyrelsen saknar information om den äldre har sökt men inte fått socialtjänstinsatser beviljat.

Äldres förutsättningar kan påverka deras vård och omsorg

Skillnader i äldres förutsättningar att påverka sin vård och omsorg och vara aktiv i mötet med vården eller äldreomsorgen bör inte påverka vilken behandling eller vilka socialtjänstinsatser de får. Men det finns tecken på att förutsättningarna likväl spelar roll.

I årets lägesrapport så lyfter Socialstyrelsen hur exempelvis skillnader i systemet kan ge ojämlika förutsättningar, i det här fallet att det varierar mellan kommuner vilka avgifter som tas ut för olika tjänster i äldreomsorgen. I årets rapport betonas också att det kan finnas skillnader mellan olika grupper av äldre, att det finns skillnader i ekonomiska förutsättningar mellan olika grupper av äldre som har betydelse för exempelvis hälsa men också att det finns skillnader i läkemedelsbehandling för samma tillstånd som samvarierar med personers ursprungsland. Sammantaget visar detta på att såväl tillgång till olika tjänster och utfall av dessa kan ha många orsaker både på person och systemnivå. Detta innebär att socialtjänsten och vården behöver arbeta mer aktivt för att uppnå målet att ge vården och omsorgen på lika villkor.

Äldreomsorg för nationella minoriteter

Socialstyrelsen publicerade 2022 resultaten av en enkätundersökning om de nationella minoriteternas situation inom den äldreomsorg som kommunerna erbjuder [41]. Enkätundersökningen genomfördes inom ramarna för ett regeringsuppdrag om att ta fram former för att långsiktigt följa de nationella minoriteternas situation inom våra ansvarsområden.

Enkätresultaten visar att det fortfarande finns en stor okunnighet om minoriteternas särskilda rättigheter och att mycket återstår innan minoritetslagen (2009:724) är fullt ut implementerad. Det görs även få insatser för att öka kunskapen bland personalen inom äldreomsorgen.

Det framgår att service och personlig omvårdnad inom äldreomsorgen på minoritetsspråk i princip bara förekommer inom förvaltningsområdena och mest på finska inom särskilda boenden för äldre. Det är dock oklart om graden av service motsvarar behoven eftersom kommunernas kartläggningar är bristfälliga. Majoriteten av kommunerna, 73 procent, har ingen rutin eller något dokumenterat arbetssätt för att ta reda på de nationella minoriteternas behov när det gäller språk och kulturkompetens inom den lokala äldreomsorgen. Även inom förvaltningsområdena saknar 45 procent av kommunerna rutiner eller ett dokumenterat arbetssätt för att ta reda på detta. Samtidigt anger kommunerna att det inte finns någon efterfrågan på äldreomsorg på minoritetsspråken, och att man därför inte erbjuder detta. En annan vanlig orsak som anges är att det saknas tillgång till personal som kan språken, men 70 procent av kommunerna saknar en rutin eller ett arbetssätt för att undersöka personalens kunskaper i minoritetsspråken.

Det är även en hög andel kommuner som inte kan svara på hur rekryteringsbehovet ser ut när det gäller minoritetsspråkig personal, både inom och utanför förvaltningsområdena.

Hittills ser Socialstyrelsen begränsad effekt av rätten för samtliga nationella minoriteter i hela landet att få stöd i att upprätthålla sin kulturella identitet. Det görs i princip inga insatser alls inom den kommunala äldreomsorgen för att äldre från den romska eller den judiska minoriteten ska kunna upprätthålla sin kulturella identitet. Vad gäller övriga minoriteter görs insatser främst på äldreboenden inom minoriteternas språkliga förvaltningsområden.

Hela sammanställningen finns på [Kunskapsguiden.se/Tema Nationella minoriteter](https://kunskapsguiden.se/Tema/Nationella_minoriteter).

Resurser för vård och omsorg

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

Sammanfattande iakttagelser

- Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2021 till 138,8 miljarder kronor, vilket är en minskning med 0,3 procent jämfört med året innan. Särskilt boende för äldre stod för knappt 57 procent och hemtjänst för personer i ordinärt boende för drygt 42 procent. Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre drivs av ökade kostnader för hemtjänst och särskilt boende för äldre. Kostnaden för dagverksamhet, korttidsboende och öppen verksamhet har minskat under de senaste åren.
- Fallolyckor orsakar samhället stora kostnader och enskilda individer stort lidande. Socialstyrelsen uppskattar att det varje år är cirka 100 000 personer, 65 år och äldre, som faller så illa att de behöver besöka sjukvården. Totala kostnaden för fallolyckor 2020 uppskattas till 16,8 miljarder kronor. Socialstyrelsen identifierade tre fallpreventiva åtgärder, med evidensbaserad effekt, för hemmaboende äldre: fysisk träning, omgivningsanpassning (inklusive hjälpmedel) och broddar på vinterväglag. Socialstyrelsen bedömer att ett aktivt förhållningssätt till fallprevention i kommuner och regioner kan bidra till färre fallskador, med ökad livskvalitet för enskilda och kostnadsbesparingar för samhället som följd.
- Äldreomsorgslyftet omfattar utbildning till undersköterska och vårdbiträde, övrig kompetensutveckling och utbildning av första linjens chefer. Under 2021 började 6 283 personer studera till vårdbiträde eller undersköterska, och 2 154 personer avslutade studierna med godkänt betyg. Totalt 565 chefer påbörjade en ledarskapsutbildning och nästan 16 800 personer påbörjade någon annan form av kompetenshöjande kurs eller utbildning.
- År 2021 valde nästan 25 000 personer att utbilda eller vidareutbilda sig inom vård- och omsorg. Socialstyrelsen bedömer att Äldreomsorgslyftet har bidragit till att höja kompetensen inom äldreomsorgen, även om 58 procent av de rekviderade medlen inte användes.

Kostnader för kommunernas vård och omsorg av äldre

I det här avsnittet beskrivs kommunernas kostnader och kostnadsutveckling för vård och omsorg för äldre. Det bygger främst på kostnadsuppgifter från

SCB¹⁷, vilka har en viss eftersläpning. Därför presenteras här kostnader till och med 2021, vilket är i enlighet med tidigare års rapporter. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2021 års prisnivå.¹⁸ I bilaga 1 redovisas även kostnaderna i löpande priser.

Starka ekonomiska resultat för kommunerna under 2021

Åren 2020 och 2021 präglades i hög grad av covid-19-pandemin med periodvis hög smittspridning. Ekonomiskt sett klarade sig dock kommunerna bra, delvis till följd av den expansiva finanspolitik som förts. Svensk ekonomi återhämtade sig dessutom snabbare än väntat under 2021 och både skatteintäkter och finansiella intäkter blev högre än budgeterat. Kommunernas resultat uppgick till 47 miljarder kronor 2021 [44].

Under pandemin har staten tillfört mer resurser till kommuner och regioner, och 2020–2021 betalade staten ut ungefär 105 miljarder kronor i statsbidrag till regioner och kommuner till följd av pandemin [45]. Statskontorets kartläggning visar att utbetalda statsbidrag till kommuner eller regioner ökade markant 2020 jämfört med året innan, och även 2021 skedde en ökning även om den inte var lika stor [46]. Även när de pandemirelaterade statsbidragen räknats av ligger de utbetalda bidragen på en högre nivå än tidigare. Ett stort statsbidrag som kom till under 2021 är riktat till kommunerna för att säkerställa en god vård och omsorg för äldre personer. Bland övriga statsbidrag till kommunerna inom äldreområdet finns äldreomsorgslyftet, medel för att utveckla äldreomsorgen genom digitalisering, medel för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre och medel för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med en demenssjukdom. Tillsammans omfattar dessa fyra statsbidrag utbetalningar om drygt 7,5 miljarder kronor under 2021. Dessutom tillkom två prestationsbaserade statsbidrag, för att minska andelen timanställda inom äldreomsorgen och utöka bemanningen av sjuksköterskor på särskilt boende. De är inte direkt relaterade till covid-19-pandemin, men enligt regeringen var ett av syftena att åtgärda de brister som synliggjorts under pandemin [46]. (Se även avsnittet *Prestationsbaserade satsningar inom äldreomsorgen*.)

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre ökar långsammare än antalet äldre 80 år och äldre

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2021 till 139 miljarder kronor (tabell 9). Under de senaste fem åren har kostnaderna ökat med 17 miljarder kronor (bilaga 1), men korrigerat för förändringar i prisnivåerna blir den reella ökningen cirka 5 miljarder kronor. I tabell 9 sätts även kostnaderna in i ett större ekonomiskt sammanhang; i relation till

¹⁷ Som kostnadsåtgång används kommunernas kostnader för det egna åtagandet, vilket mäts som bruttokostnad exklusive interna intäkter och försäljning till andra kommuner och regioner. Summan innefattar den verksamhet som kommuner har definierat som sin egen och som riktar sig till den egna befolkningen, oavsett om den sköts i offentlig regi eller köps av andra vårdgivare.

¹⁸ Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsprisindex 2021 för omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning.

bruttonationalprodukten (BNP) minskade kostnaderna något 2017–2021 från 2,6 procent till 2,5 procent. Däremot ökade de i förhållande till kommunernas totala kostnader för egentlig verksamhet, från 19,1 procent 2017 till 19,5 procent 2021. Vård och omsorg för äldre står för lite mer än hälften av kommunernas kostnad för socialtjänsten. Det kan jämföras med kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning som står för strax under en tredjedel, och individ- och familjeomsorgen som står för en femtedel av kommunernas socialtjänstkostnader.

Tabell 9. Kostnader för vård och omsorg för äldre som andel av kommunernas samlade kostnader

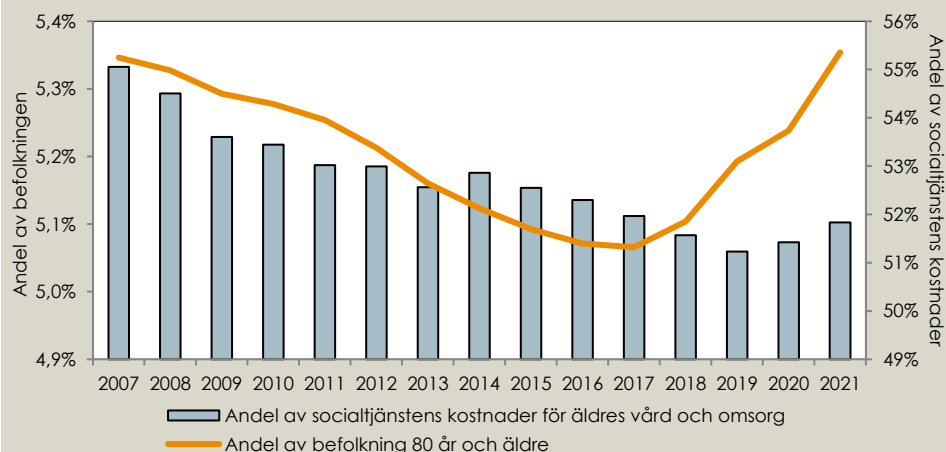
Miljarder kronor i fasta priser, 2021 års priser.

	2017	2018	2019	2020	2021
Total kostnad för vård och omsorg för äldre	133,5	138,2	136,6	139,2	138,8
Andel av kostnader för socialtjänst, (%)	52,0 %	51,6 %	51,2 %	51,4 %	51,3 %
Andel av kommunernas kostnader för egen verksamhet, (%)	19,1 %	19,1 %	19,1 %	19,6 %	19,5 %
Andel av BNP, (%)	2,6 %	2,6 %	2,6 %	2,7 %	2,5 %

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021, Statistiska centralbyrån

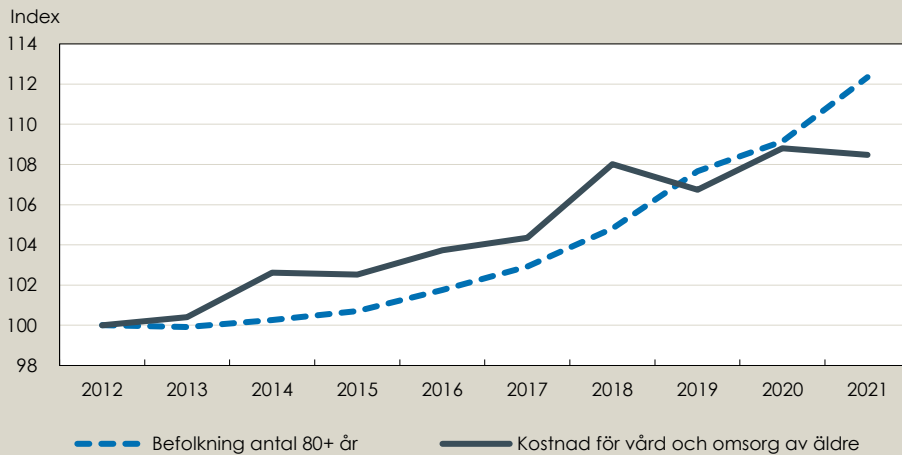
Kostnaderna för vård och omsorg för äldre som andel av socialtjänstens kostnader har sjunkit under de senaste 15 åren (figur 20). Fram till 2017 minskade även andelen som är 80 år och äldre i hela befolkningen, vilket är den grupp som har störst vård- och omsorgsbehov [42]. Sedan dess ökar dock denna grupp eftersom de folkrika barnkullarna födda på 40-talet successivt passerar 80-årsstrecket men kostnaderna ökar inte samma takt (figur 21), eftersom 40-talisterna är friskare än tidigare generationer av äldre och behovet av vård och omsorg kommer senare. Covid-19-pandemin är troligen den primära anledningen till undantaget 2020 då kostnaderna tvärtom ökade snabbare än antalet äldre.

Figur 20. Kommunernas kostnader för vård och omsorg av äldre som andel (%) av socialtjänstens kostnader, och andelen av befolkningen som är 80 år och äldre, 2007-2021



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2007-2021 och folkmängdsstatistik, SCB.

Figur 21. Volymförändringar i kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre och antal personer 80 år och äldre de senaste 10 åren (basår 2012 = 100, 2021 år priser)



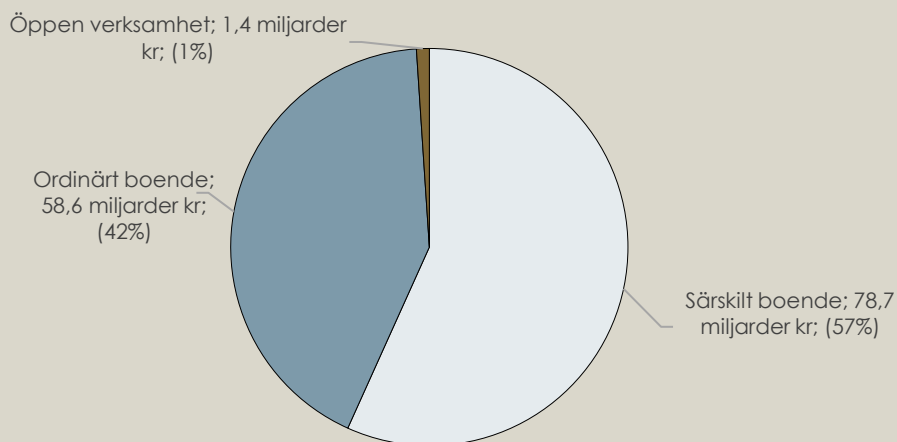
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2012 - 2021, och folkmängdsstatistik, SCB.

Ökade kostnader för hemtjänst driver kostnadsutvecklingen

Den största delen av kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre utgörs av kostnader för särskilt boende som 2021 uppgick till 78,7 miljarder kronor, motsvarande 57 procent av de totala kostnaderna. Under samma år uppgick kostnaden för personer i ordinärt boende till 58,6 miljarder kronor (42 procent) och öppen verksamhet till cirka 1,4 miljarder kronor (1 procent), (figur 22). Kostnaderna för särskilt boende och ordinärt boende inkluderar även kommunal hälso- och sjukvård, utöver de insatser som ges enligt socialtjänstlagen.

Figur 22. Fördelning av kommunens kostnader* för vård och omsorg av äldre 2021

Andel (%) och kronor av totalt 138,8 miljarder kronor.



*Kostnaderna inkluderar kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen samt öppen verksamhet som inte kräver individuellt biståndsbeslut

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2021, SCB.

Den totala kostnadsökningen över tid drivs framför allt av ökade kostnader för hemtjänst och särskilt boende (tabell 10). Kostnaderna för hemtjänst ökade med 4 miljarder kronor 2017–2021, och för särskilt boende var ökningen 2,7 miljarder kronor. För korttidsboende, dagverksamhet och öppen verksamhet har kostnaderna i stället minskat under de senaste åren räknat i 2021 års priser.

Covid-19-pandemin har inneburit påfrestningar och kostnader för kommuner och regioner, bland annat genom att man tvingats anpassa verksamheterna för att hantera situationen. Lägesrapporten som publicerades 2022 visade att kostnaderna för särskilt boende och hemtjänst ökade mer 2020 än den genomsnittliga ökningstakten åren innan. Däremot minskade kostnaderna för korttidsboende, dagverksamhet och öppen verksamhet i större utsträckning än tidigare. Under 2021 minskade dock kostnaderna för särskilt boende medan kostnaderna för dagverksamhet ökade. (Se även avsnittet *Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilda boenden för äldre*.)

Tabell 10. Kostnader för vård och omsorg för äldre*

Miljarder kronor i fasta priser, 2021 års priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Andel (%)	Förändring 2017-2021
	2017	2018	2019	2020	2021	2021	Miljarder kronor (%)
Total kostnad vård för omsorg om äldre	133,5	138,2	136,6	139,2	138,8	100,0	5,3 (3,9 %)
Årlig förändring	0,6%	3,5%	-1,2%	1,9%	-0,3%		
Verksamhetsområde							
Särskilt boende**	76,0	78,6	77,5	79,3	78,7	56,7	2,7 (3,6 %)
Ordinärt boende	55,7	57,8	57,3	58,3	58,6	42,2	2,9 (5,3 %)
Hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård	44,9	46,9	47,1	48,7	48,9	35,2	4,0 (9,0 %)
Korttidsboende	7,3	7,4	7,1	6,9	6,8	4,9	-0,5 (-6,9 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	3,5	3,5	3,0	2,8	2,9	2,1	-0,6 (-17,2 %)
Öppen verksamhet	1,8	1,9	1,8	1,6	1,4	1,0	-0,4 (-21,2 %)

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021, Statistiska centralbyrån.

*Kostnaderna inkluderar kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen samt öppen verksamhet som inte kräver individuellt biståndsbeslut.

**Kostnadsposten inkluderar även vård och omsorg för äldre i annat boende.

Även antalet personer som får insatsen särskilt boende minskade under 2021 jämfört med 2020 (tabell 11). Det innebär att vid behållet antal platser på säbo borde väntetiden till säbo minska, men så är inte fallet. Enligt Socialstyrelsens register bodde drygt 77 000¹⁹ personer i särskilt boende 2021, jämfört med knappt 83 000 personer 2017. Det motsvarar en minskning om cirka 7 procent. Antalet personer i särskilt boende har minskat för varje år men som mest under 2020 och 2021. Uppskattad kostnad per person och år för särskilt boende ökade däremot med 10,9 procent 2017–2021 och uppgick till cirka 1 miljon kronor per person 2021. Det tyder på att det är den ökade kostnaden

¹⁹ Avser antal personer 65 år och äldre, med pågående beslut om insats enligt SoL, en genomsnittlig månad under respektive år. Detta används för att uppskatta kostnaden per person och år. Källa: Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

per boende som driver de totala kostnadsökningarna för särskilt boende över tid, men det kan variera sett mellan åren. Exempelvis kan en stor del av kostnadsminskningen under 2021 troligen förklaras med att betydligt färre personer hade särskilt boende jämfört med året innan. (Se även avsnittet *Socialtjänstinsatser för äldre personer.*)

Tabell 11. Antal personer i särskilt boende och uppskattad kostnad per person och år

Kronor i fasta priser, 2021 års priser.

	2017	2018	2019	2020	2021
Antal personer i särskilt boende*	82 626	82 457	82 372	79 761	77 173
Kostnad** per person i särskilt boende	920 258	952 691	941 277	994 249	1 020 427

*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 2017–2021. Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

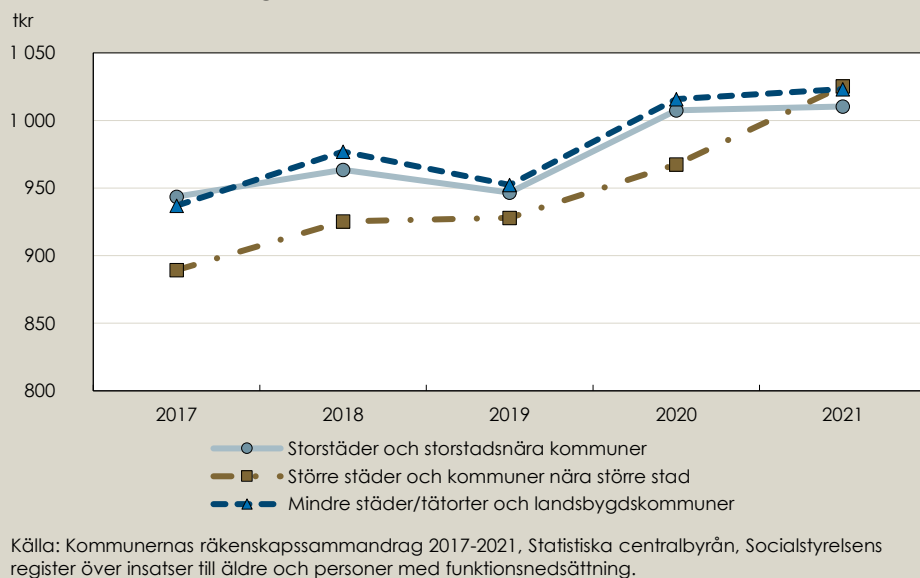
I figur 23 presenteras kostnaden per person i särskilt boende 2017–2021 för de tre huvudkommungrupperna (nedan kallade för kommungrupper) enligt SKR:s kommungruppsindelning från 2017 [43]:

- storstäder och stadsnära kommuner
- större städer och kommuner nära större stad
- mindre städer eller tätorter och landsbygdskommuner.

Definitionen av de tre grupperna finns i bilaga 2.

År 2021 var det ingen större skillnad mellan kommungrupperna sett till kostnad per person i särskilt boende för äldre. Sedan 2017 har kostnaden ökat mest i större städer och kommuner nära större stad (15 procent) jämfört med storstäder och stadsnära kommuner (7 procent) och mindre städer eller tätorter och landsbygdskommuner (9 procent). Det har gjort att skillnaderna mellan kommungrupperna minskat. Även på kommungruppsnivå tyder det på att ökade kostnader per person i säbo ligger bakom att kostnaderna för särskilt boende för äldre ökar totalt sett.

Figur 23. Kostnad för vård och omsorg per person i särskilt boende för äldre, per kommungrupp 2017–2021 (2021 års prisnivå)



Fallpreventiva åtgärder är kostnadsbesparande

Ett sätt att ta sig an de demografiska utmaningarna är att identifiera kostnads-effektiva förebyggande åtgärder, exempelvis inom området fallprevention. Fallolyckor orsakar samhället stora kostnader och enskilda individer stort lidande. Varje år faller cirka 100 000 personer, 65 år och äldre, så illa att de behöver besöka sjukvården, enligt våra uppskattningar. Totala kostnaden för fallolyckor 2020 uppskattas till 16,8 miljarder kronor, varav kommunerna stod för cirka 6,5 miljarder kronor. I de kommunala kostnaderna ingår kommunal hälso- och sjukvård, omsorg, rehabilitering och hjälpmedel. Den största kostnadsposten för kommunerna avser ökat behov av omsorg, dvs. hemtjänst eller särskilt boende, till följd av fallolyckan.²⁰

I Socialstyrelsens rapport ”Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd” presenteras analyser med syfte att tydliggöra fördelarna med att arbeta fallpreventivt och identifiera kostnadseffektiva åtgärder som även bidrar till minskat lidande för den enskilde [44]. Socialstyrelsen identifierade tre fallpreventiva åtgärder som har en evidensbaserad effekt för hemmaboende äldre:

- fysisk träning
- omgivningsanpassning (inklusive hjälpmedel)
- broddar på vinterväglag.

För äldre i särskilt boende identifierades en sådan fallpreventiv åtgärd: multifaktoriella åtgärder.²¹ Kostnadseffektiviteten, dvs. kostnaden i förhållande till nyttan av att implementera en åtgärd,²² uppskattades för alla åtgärder med

²⁰ Här avses behov eller utökat behov av hemtjänst i nära anslutning till fallolycka, eller beslut om särskilt boende i nära anslutning till fallolycka.

²¹ En individanpassad insats som består av en kombination av åtgärder.

²² Resultaten presenterades som kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) för respektive åtgärd jämfört med ingen åtgärd.

evidensbaserad effekt. Analyserna visar att alla åtgärderna för hemmaboende äldre är kostnadsbesparande, samtidigt som de bidrog till högre nytta, jämfört med att inte införa någon åtgärd, sett till både kommunernas perspektiv och den totala påverkan på kommunal och regional nivå. Den multifaktoriella åtgärden riktad till äldre i särskilt boende hade ganska hög kostnad i förhållande till nyttan, jämfört med ingen åtgärd, men för vissa åldersgrupper kunde den klassas som kostnadseffektiv.²³

Socialstyrelsen bedömer att ett aktivt arbete med fallprevention i kommuner och regioner kan bidra till färre fallskador, vilket innebär ökad livskvalitet för enskilda personer och kostnadsbesparingar för samhället.

Personal inom vård och omsorg för äldre – utmaningar och möjligheter

Den demografiska utvecklingen ger en stor efterfrågan på personal till välfärden, och flest behövs inom äldreomsorgen som behöver 59 000 ytterligare anställda fram till 2031 [45]. Det innebär en ökning med drygt 30 procent, till omkring 245 000 anställda 2031. Under perioden beräknas nästan lika många gå i pension, så sammantaget behöver äldreomsorgen rekrytera drygt 110 000 anställda för att möta de ökade behoven av omsorg och ersätta pensionsavgångar, med dagens personaltäthet och arbetssätt.

År 2022 arbetade cirka 191 000 personer i särskilda boenden och hemtjänst för äldre. Av dessa var 45 procent undersköterskor och 24 procent vårdbiträden.²⁴ Äldreomsorg i offentlig regi hade en större andel undersköterskor jämfört med äldreomsorg i privat regi.²⁵

Det är vanligt att personalen i äldreomsorgen har tidsbegränsade anställningar.²⁶ Det gäller särskilt vårdbiträden. Bland vårdbiträden hade 60 procent en tidsbegränsad anställning 2022. Bland undersköterskor hade 16 procent en tidsbegränsad anställning. Att arbeta deltid är väldigt vanligt bland personalen i äldreomsorgen. Nästan hälften av undersköterskorna arbetar deltid och mer än hälften av vårdbiträdena.²⁷

Legitimerad personal inom vård och omsorg för äldre

Äldreomsorgen är en omfattande verksamhet som sysselsätter mycket personal. Den största personalgruppen inom äldreomsorgen är undersköterskor och vårdbiträden, men även legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar inom äldreomsorgen. Tabell 12 redovisar antalet anställda legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister inom äldreomsorgen 2016–2020. Antalet sjuksköterskor minskade under hela perioden, medan antalet fysioterapeuter ökade något. En klar majoritet arbetar i verksamheter som är i kommunal regi.

²³ Vid en betalningsvilja per QALY på en miljon kronor.

²⁴ 57 600 hörde till kategorin övriga: bl.a. bl.a. enhetschef 4 700, grundutbildade sjuksköterskor 6 500, geriatrisk sjuksköterskor 4 800, arbetsterapeut 4 500, kockar och kallsköterskor 3 400, mindre grupper kan ej redovisas, enligt SCB.

²⁵ I äldreomsorg i offentlig regi var 47 procent undersköterskor, att jämföra med 38 procent i äldreomsorg i privat regi.

²⁶ Källa: SCB:s Arbetskraftsundersökningar (AKU), publicerad 2023-01-27, uppgifter beställda av Socialstyrelsen

²⁷ 46 procent av undersköterskorna arbetar deltid och 60 procent av vårdbiträdena.

Tabell 12. Legitimerad personal inom vården och omsorgen för äldre

Antal legitimerade personer inom vården och omsorgen för äldre 2016–2020, samt andelen (%) anställda inom ordinärt och särskilt boende för äldre fördelat på kön och verksamhetsområde.

Yrkeskategori	Antal anställda inom ordinärt och särskilt boende för äldre					Andel (%) 2020					
	2016	2017	2018	2019	2020	Kvinnor	Män	Ordinärt boende	Särskilt boende	Kommunal regi	Privat regi
Sjuksköterskor	14 140	14 108	13 891	13 971	13 651	91	9	44	56	84	16
Arbeterapeuter	2 719	2 665	2 706	2 716	2 744	93	7	43	57	90	10
Fysioterapeuter	1 902	1 916	1 939	1 966	2 050	79	21	43	57	85	15
Dietister	42	37	40	38	34	88	12	50	50	79	21

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

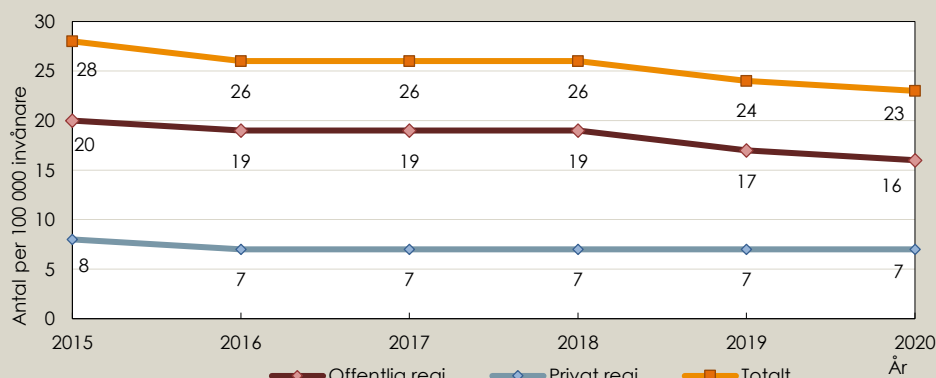
Med anställd avses alla som utfört ett lönearbete i Sverige minst fyra timmar i november.

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

Antalet specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården fortsätter att minska (figur 24). År 2020 fanns 23 stycken inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i gruppen 65 år och äldre, vilket är en minskning från 28 specialistläkare 2015, i procent räknat 18 procent. Minskningen syns bara bland geriatriker i offentlig regi. En bidragande orsak är att gruppen som fyllt 65 år blir större, samtidigt som antalet specialistläkare inom geriatrik inte har ökat i samma omfattning.

Figur 24. Specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården

Antal specialistläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, 65 år och äldre, under åren 2015-2020.



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

Tillgång till läkare inom kommunal hälso- och sjukvård

I slutet av 2020 konstaterade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i sin utredning att det fanns allvarliga brister hos regionerna vad det gällde medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre. IVO visade i sin rapport att ungefär en femtedel av personerna på de 98 av IVO granskade särskilda boendena inte hade fått någon individuell läkarbedömning.

Mot bakgrund av denna situation är tillgängligheten till läkarkompetens en viktig fråga för kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheter. I

Socialstyrelsens rapport *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2022*, redovisas resultaten från Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät [46]. Av enkäten framgår att nästan 60 procent av kommunerna uppgav att tillgången till läkare i oktober 2022 är oförändrad jämfört med oktober 2021. 16 procent av kommunerna uppgav att de har sämre tillgång till läkare än förra året och 9 procent av kommunerna uppgav att de har bättre tillgång till läkare (tabell 13).

Tabell 13. Bedömning av tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård i oktober 2022 jämfört med oktober 2021

Förändring i tillgång till läkare	Procent
Bättre tillgång	10
Sämre tillgång	16
Oförändrad tillgång	59
Vet inte	16

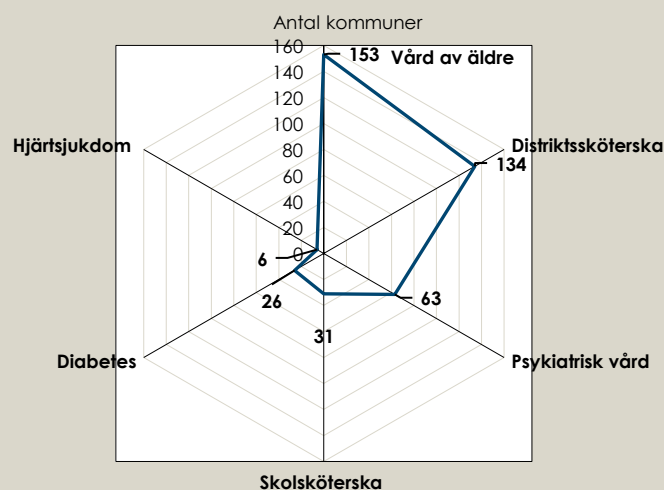
Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022.

Specialistsjuksköterskor i kommunal verksamhet

I Socialstyrelsens rapport *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård* uppgav drygt 93 procent av 234 kommuner att de hade anställda specialistsjuksköterskor i sina verksamheter [47]. Figur 25 visar att den vanligaste specialinriktningen var för vård av äldre, följt av distriktssköterska.

Figur 25. Specialistsjuksköterskeinriktning i kommuner

Antal kommuner med specialistsjuksköterskor inom olika specialinriktningar, 2021.



Källa: Socialstyrelsen.

Av de kommuner som hade specialistsjuksköterskor rapporterade 81 procent om en bristsituation i sina verksamheter, främst på grund av konkurrens från andra arbetsgivare och brist på utbildade personer. I vissa kommuner förstärktes bristen av pensionsavgångar.

Flera kommuner såg stora utmaningar med kompetensförsörjningen i omställningen till att primärvården ska ta hand om en större andel av

vårdbehoven, eftersom de redan i dag har svårt att rekrytera legitimerad personal. Ett stort antal kommuner lyfte att det begränsade utbudet av legitimerad personal, tillsammans med ett litet budgetutrymme för att möta lönekrav, var försvårande omständigheter. Vidare beskrev flera kommuner att nyexaminerade sjuksköterskor föredrar att arbeta via bemanningsföretag med högre löneläge och möjlighet att välja arbetstider. Det innebär också att de inte behöver bli bärare av verksamhetsprocesser och vara ansvariga för kontinuitet i patientkontakten. Vissa kommuner ansåg att de behöver göra kommunal hälso- och sjukvård mer attraktiv, och att statsbidrag är ett viktigt instrument för att erbjuda kompetensutveckling och utbildningstjänster. Samtidigt uppgav flera mindre kommuner att det är svårt att bli attraktiva för specialisttjänster eftersom de inte har möjlighet att erbjuda renodlade tjänster.

Sjukfrånvaron bland undersköterskor är hög

Personalen inom vård och omsorg har länge haft högre sjukfrånvaro än andra grupper [54], och så är det fortfarande enligt Försäkringskassans statistik för 2021 [55]. Statistiken visar att sjukfrånvaron är högre bland undersköterskor inom hemtjänsten och vid äldreboenden, med 225 startade sjukfall per 1 000 arbetande i yrket än bland undersköterskor vid vård- och specialavdelningar som hade 193 sjukfall, och undersköterskor vid mottagningar som hade 182 sjukfall per 1 000 arbetande.

Införa en gräns för antal anställda och utbildningskrav för första linjens chefer i äldreomsorgen

I mars 2023 konstaterade Socialstyrelsen i rapporten *Införa en gräns för antal anställda och utbildningskrav för första linjens chefer i äldreomsorgen* att det saknas tillräckliga förutsättningar för att på nationell nivå införa en lämplig övre gräns för antal anställda [48]. Ett införande på nationell nivå kan skapa en större enhetlighet för äldreomsorgens arbetsgivare i frågan men i en bredare kontext kan ett införande på nationell nivå bli mindre flexibel för det lokala behovet. Antalet anställda per första linjens chefer är en viktig fråga, men införande av en övre gräns kan styra huvudmännen på ett skevt sätt om man inte också tar hänsyn till andra områden och frågor som rör arbetsmiljön och kvaliteten i äldreomsorgen.

Att det saknas förutsättningar för att reglera en gräns för antal anställda innebär inte att äldreomsorgens arbetsgivare ska låta bli att arbeta med frågan på annat sätt, exempelvis genom sitt arbetsmiljöarbete.

Vidare bedömer Socialstyrelsen att nackdelarna överväger fördelarna när det gäller att reglera eller på annat sätt tydliggöra utbildningskrav för första linjens chefer. Ett skäl är att en stor majoritet av första linjens chefer, i dagsläget, har en högskoleutbildning. Ett annat skäl är att utbildningskravet skulle leda till ytterligare en särreglering för chefer i socialtjänsten. Bland annat finns det också utbildningar på högskolenivå för äldreomsorgens första linjens chefer. Innehållet i dessa utbildningar är samstämmiga med de behov av utbildningar som respondenter uppgett i intervjustudien. Det finns också ett

statsbidrag som stödjer arbetsgivarna att skicka sina första linjens chefer till dessa utbildningar.

Prestationsbaserade satsningar inom äldreomsorgen

Under 2022 betalade Socialstyrelsen ut cirka 3 miljarder kronor i två olika satsningar inom äldreomsorgen. Den ena handlade om att minska antalet timanställda (cirka 2 miljarder kronor) och den andra om att utöka sjuksköterskebemanningen på särskilda boenden (cirka 1 miljard kronor).²⁸

Satsningar för kompetensutveckling inom äldrevården har genomförts

Under 2022 delade Socialstyrelsen ut statsbidrag för två kompetenshöjande satsningar, dels till regionerna för att höja tillgången till läkare och öka läkar-kompetensen inom vården (298,5 miljoner kronor), dels till kommunerna för att specialistutbilda undersköterskor inom äldre- och demensområdena (456 miljoner kronor). Syftet med bidragen var att öka den samlade kompetensen inom äldrevården.

Statsbidrag till kommunerna för att öka specialistundersköterskekompetens inom vård och omsorg för äldre personer och personer med demenssjukdom

År 2020 och 2021 fördelade Socialstyrelsen statsbidrag till kommuner för att öka specialistundersköterskekompetensen inom vård och omsorg för äldre och inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom, i enlighet med regeringsbeslut. Syftet var att fler undersköterskor skulle utbilda sig till specialistundersköterskor med fokus på äldrevård och demensvård via yrkeshögskolan. För 2022 kunde kommunerna rekvirera medel fram till den 3 oktober. Sammanlagt 45,6 miljoner kronor fördelades till totalt 156 kommuner för 2022. Under 2021 fördelades sammanlagt 20,6 miljoner kronor till totalt 121 kommuner.

Endast cirka 4,3 miljoner förbrukades under 2021, vilket motsvarar 20 procent. Av de 118 som återrapporterat till Socialstyrelsen hade bara 35 förbrukat sina medel under 2021. Kommunerna som inte hann använda medlen under året kunde enligt regeringens uppdrag använda dem till och med den 31 december 2022.

Enligt återrapporteringen från kommunerna beror den låga förbrukningsgraden dels på statsbidragets överlappning med Äldreomsorgslyftet, som till skillnad mot detta bidrag täcker målgruppens hela lönekostnad, dels på att bidraget kom sent på året så att kommunerna inte kunde planera ordentligt för att använda det. Av återrapporteringen framgår också att covid-19-pandemin haft en stor inverkan; kommunerna har prioriterat att hålla sina verksamheter igång och inte haft möjlighet att avsätta tid för utbildning.

Äldreomsorgslyftet

Äldreomsorgslyftet är en statlig satsning vars syfte är att höja kompetensen i äldreomsorgen. Socialstyrelsen hade under 2021 regeringens uppdrag att

²⁸ Prestationen bedömdes genom att kommunerna fick rapportera eventuell ökning av en viss prestation mellan två nedslagspunkter och om kommunen uppfyllde villkoren för prestationen fick de sedan ta del av medel utifrån en fördelningsnyckel.

fördela drygt 3,3 miljarder kronor till kommunerna för att ge personal inom kommunalt finansierad vård och omsorg för äldre möjlighet att utbilda sig under arbetstid. Sammanlagt 286 kommuner rekvirerade drygt 3 miljarder kronor [49]. De använde cirka 1,3 miljarder kronor eller 42 procent av de rekvirerade medlen, medan 58 procent förblev oförbrukade och har återbetalats till Socialstyrelsen.

Uppdraget startade i juni 2020²⁹ och inkluderade då utbildning till undersköterska och vårdbiträde. Inför 2021 inkluderades även andra, kortare kurser inom vård och omsorg för äldre, och målgruppen utökades så att första linjens chefer fick möjlighet att gå en ledarskapsutbildning på högskolenivå. De kortare kurserna skulle ha relevans för arbetet med vård och omsorg för äldre och låta deltagarna utveckla kunskaper och förmågor som anges i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg hos äldre, eller uppnå kompetens som anges i Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor [50].

Av kommunernas redovisning av användningen av statsbidraget framgår att totalt 24 662 anställda påbörjade studier inom Äldreomsorgslyftet under 2021 (tabell 14).

Tabell 14. Antal anställda som har gått utbildning inom ramen för Äldreomsorgslyftet under 2021.

Utbildningsinriktning	Antal kommunalt anställda	Antal privatanställda	Totalt antal som studerat
Vårdbiträde/Undersköterska	5 648	635	6 283
Kortare kurs	16 353	434	16 787
Specialistundersköterska	918	109	1 027
Ledarskapsutbildning för första linjens chefer	499	66	565
Summa	23 418	1 244	24 662

Källa: Socialstyrelsens redovisning av Äldreomsorgslyftet 2021.

Den låga förbrukningen beror bland annat på att covid-19-pandemin begränsade kommunernas möjligheter att planera, informera om och kartlägga behov av utbildning. Kommunerna har också uppgett att de hade brist på vikarier för att ersätta personal i utbildning. De fick prioritera vård och omsorg om äldre och begränsad smittspridning, framför en satsning på personalens kompetens och utbildning, med den planering och rekrytering av vikarier som detta kräver.

Socialstyrelsen konstaterar att kvinnor deltog i avsevärt högre grad än män och att det var långt fler anställda hos kommunala utförare som utbildade sig inom Äldreomsorgslyftet jämfört med personal hos enskilda utförare [50]. Enskilda utförare tog del av medlen i sammanlagt 76 av totalt 147 kommuner som hade avtal med enskilda utförare om att bedriva äldreomsorg.

Socialstyrelsen bedömer att Äldreomsorgslyftet har bidragit till att höja kompetensen inom äldreomsorgen, även om 58 procent av de rekvirerade medlen inte användes.

²⁹ Statsbidraget för 2020 fördelades enligt uppdraget i regeringsbeslutet S2020/05025/SOF

Kommunal hälso- och sjukvård

I det här kapitlet beskrivs den kommunala hälso- och sjukvården i olika verksamheter och boendeformer.

Sammanfattande iakttagelser

- Under 2021 fick omkring 396 100 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Drygt 324 200 var 65 år och äldre, varav 61 procent kvinnor och 39 procent män.
- De flesta patienter med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser fick vård i ordinärt boende. Drygt 227 400 personer som fyllt 65 år fick någon gång under 2021 kommunalt finansierad hemsjukvård. Av dessa hade 54 procent av kvinnorna och 50 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser.
- Allt fler kommuner har skriftliga överenskommelser om samverkan med ett universitet eller en högskola om verksamhetsförlagd utbildning för något hälso- och sjukvårdsprogram. Resultatet visar en ökning med 21 procentenheter 2021–2022.

Omställningen till en god och nära vård

Den kommunala hälso- och sjukvården spelar en viktig roll i omställningen till god och nära vård, och är i dag starkt integrerad med socialtjänsten eftersom en hälso- och sjukvårdsåtgärd oftast är kopplad till en socialtjänstinsats.

Stöd för styrning och ledning av kommunal hälso- och sjukvård finns i ett nytt tema på webbplatsen Kunskapsguiden [51].

Många sköra patienter behöver insatser från olika vårdgivare, och i vissa fall är regionen huvudman och i andra fall kommunen. När patienter skrivs ut från slutenvård och lämnas över till primärvården är det viktigt, för patientsäkerheten och en god omvårdnad och rehabilitering, att rätt information följer med patienten. Socialstyrelsen tog under 2022 fram ett urval av cirka 60 termer och koder för att stärka informationsutbytet i samband med att patienter skrivs ut från sjukhus [52].

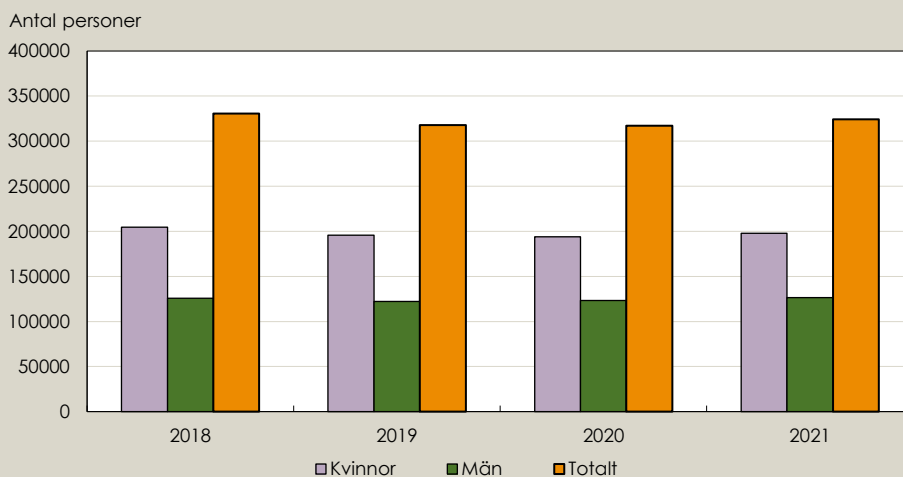
Under 2022 publicerade Socialstyrelsen också ett pedagogiskt stöd för att underlätta användning av nationella riktlinjer i kommunal hälso- och sjukvård [53].

Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer

Under 2021 fick omkring 396 100 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Cirka 324 200 hade fyllt 65 år, varav 61 procent var

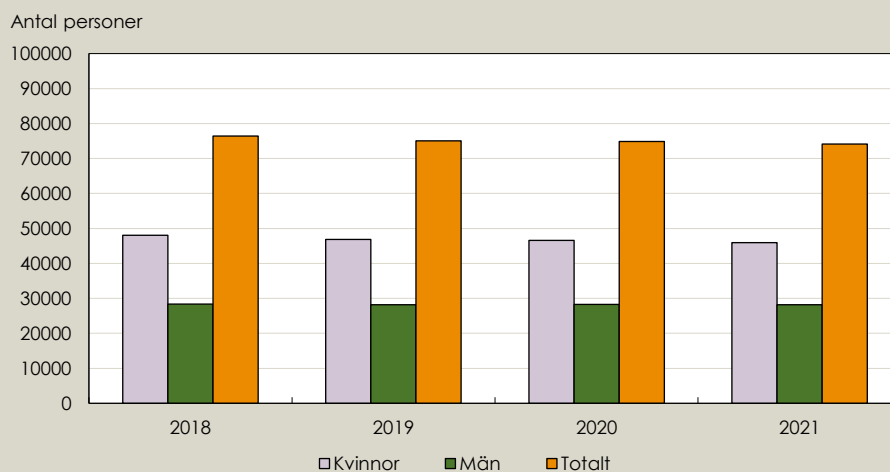
kvinnor och 39 procent män (figur 26). Cirka 209 600 personer var 80 år eller äldre, fördelat på 65 procent kvinnor och 35 procent män.

Figur 26. Antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, 2018-2021



Socialstyrelsens analyser för årets lägesrapport visar att cirka 74 100 patienter med demenssjukdom fick insatser från kommunal hälso- och sjukvård någon gång under 2021, 62 procent kvinnor och 38 procent män. Antalet 2020 var cirka 74 900 (figur 27).

Figur 27. Antal personer 65 år och äldre med demenssjukdom och kommunal hälso- och sjukvård, 2018-2021



Kommunalt finansierad hemsjukvård

De flesta patienter med hälso- och sjukvårdsinsatser 2021 fick vård i ordinärt boende. Omkring 275 100 (alla åldersgrupper) fick någon gång kommunalt finansierad hemsjukvård,³⁰ knappt 10 000 fler än året innan [54, 55]. Av

³⁰ Målpopulationen inkluderar alla patienter som någon gång erhöll *minst en* hälso- och sjukvårdsinsats.

dessa hade 227 400 personer fyllt 65 år, fördelat på 60 procent kvinnor och 40 procent män. Totalt 54 procent av kvinnorna och 50 procent av männen hade både hemsjukvård och hemtjänstinsatser. Cirka 136 800 var 80 år och äldre, varav 63 procent kvinnor och 37 procent män. Av dessa hade 62 procent av kvinnorna och 56 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänst (tabell 15). År 2020 var det något färre som fick hemsjukvård, cirka 217 600 personer som fyllt 65 år och cirka 131 700 som fyllt 80 år [54, 55].

Tabell 15. Antal personer med kommunalt finansierad hemsjukvård, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2021

Antal och andel (%) personer 65 år och äldre och 80 år och äldre som någon gång under 2021 fick kommunal hemsjukvård med eller utan hemtjänst, fördelat på kön.

	65 år och äldre		80 år och äldre	
	Antal	Med hemtjänst (%)	Antal	Med hemtjänst* (%)
Män	91 900	46 000 (50 %)	50 900	28 700 (56 %)
Kvinnor	135 500	72 700 (54 %)	85 900	53 200 (62 %)
Totalt	227 400	118 700 (52 %)	136 800	81 900 (60 %)

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

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

Kommunal hälso- och sjukvård på korttidsplats

Kommunen kan bevilja korttidsplats³¹ (inklusive biståndsbedömt trygghetsboende) för personer som bor i sitt privata hem och behöver tillfällig vård och omsorg dygnet runt, t.ex. för växelvård, rehabilitering efter sjukhusvård eller avlösning för närstående. Under 2021 beviljades cirka 36 800 personer som fyllt 65 år korttidsplats i enlighet med socialtjänstlagen, cirka 19 300 kvinnor och 17 500 män. Omkring 24 800 personer var 80 år och äldre, varav cirka 13 900 kvinnor och 10 900 män (tabell 16).

Antalen för bägge åldersgrupper är något högre än 2020, då cirka 34 700 personer 65 år och äldre hade korttidsplats, medan motsvarande antal för dem som fyllt 80 år var cirka 23 500 [54, 55].

Tabell 16. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård på korttidsplats, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2021

Antal personer 65 år och äldre och 80 år och äldre som beviljats korttidsplats samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2021, fördelat på kön.

	65 år och äldre		80 år och äldre	
	Antal korttidsplats	Varav med KHS (%)	Antal korttidsplats	Varav med KHS (%)
Män	17 500	16 200 (93 %)	10 900	10 200 (93 %)
Kvinnor	19 300	17 900 (93 %)	13 900	13 000 (93 %)
Totalt	36 800	34 100 (93 %)	24 800	23 200 (93 %)

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

³¹ Båddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt, Termbanken, Socialstyrelsen.

Kommunal hälso- och sjukvård på dagverksamhet

Den kommunala hälso- och sjukvården erbjuder stöd till dem som fyllt 65 år och är beviljade dagverksamhet³² och behöver hjälp med sin vård. År 2021 blev cirka 14 600 personer 65 år och äldre beviljad dagverksamhet, varav 56 procent kvinnor och 44 procent män.

Av dessa fick 9 600 personer också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, 65 procent av kvinnorna och 66 procent av männen. I gruppen 80 år och äldre hade 6 300 personer beviljad dagverksamhet och kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Antalen för bägge åldersgrupper är ungefär desamma som 2020 [54, 55]. (Se även avsnittet *Beredskapen i vården och omsorgen ska stärkas*.)

Palliativ vård

Socialstyrelsen definierar palliativ vård som: ”hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående”.³³ Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. Det palliativa vårdbehovet tillgodoses med hjälp av allmän eller specialiserad palliativ vård. Personer som vårdas i livets slutskede finns inom samtliga specialiteter i öppen- och slutenvård och inom den kommunala vården [56].

Vård i livets slutskede

Varje år avlider omkring 90 000 personer i Sverige. Antalet döda under ett år beror till stor del på antalet personer i de äldsta åldersgrupperna.

Sett till en längre tidsperiod har dödligheten minskat bland både män och kvinnor. År 2021 avled 92 085 personer (samtliga åldrar) som var folkbokförda i Sverige, varav 45 524 kvinnor och 46 561 män. Hjärt- och kärlsjukdomar orsakade flest dödsfall, följt av tumörsjukdomar. Covid-19 var fjärde största dödsorsaken bland män och sjätte största hos kvinnor. Cirka 81 700 personer av dem som avled 2021 var 65 år och äldre, och medelåldern för dessa var 85 år för kvinnor och 82 år för män. Bland de avlidna som fyllt 65 år var drygt 54 120 personer inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården när de avled, vilket är en minskning mot 2020 (tabell 17) [57].

³² Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats som består av sysselsättning, behandling eller rehabilitering på en plats utanför den egna bostaden. Formen på dagverksamhet varierar men bör utformas så att verksamheten möter de enskildas behov, Nationella riktlinjer för personer med demenssjukdom, Socialstyrelsen och 3 kap. 6 § SoL.

³³ <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

Tabell 17. Kommunal hälso- och sjukvård och boende bland avlidna personer 65 år och äldre

Avlidna personer 65 år och äldre fördelade efter insatser från kommunal hälso- och sjukvård (KHSV), boendeform respektive om de avled på sjukhus, 2019–2021. Antal och procent (%).

	2019		2020		2021	
	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)
Avlidna med insatser från KHSV	52 500	15 590 (30 %)	58 620	15 980 (27 %)	54 120	16 220 (30 %)
Ordinärt boende	28 910	11 970 (41 %)	31 350	12 380 (39 %)	31 190	12 780 (41 %)
Särskilt boende enl. SOL eller bostad vuxna enl. LSS	23 580	3 620 (15 %)	27 270	3 600 (13 %)	22 940	3 440 (15 %)
Avlidna utan insatser från KHSV	26 300	13 820 (53 %)	29 120	15 490 (53 %)	27 600	15 330 (56 %)

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

Kvalitetsindikatorer

År 2022 fick 79 procent möjlighet till ett brytpunktssamtal, av samtliga patienter i gruppen 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård som registrerats i palliativregistret (tabell 18).³⁴ För 64 procent dokumenterades under sista veckan i livet en smärtskattning med visuell analog skala (VAS), numerisk skala (NRS) eller ett annat smärtskattningsinstrument. Totalt 54 procent fick en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan. För munhälsobedömningen var andelarna lägre än 2021. Tabell 18 visar jämförelser med föregående årsresultat för god palliativ vård [58].

Tabell 18. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer som registrerats i Svenska palliativregistret

Andel (%) personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende med hemsjukvård som registrerats i Svenska palliativregistret, fått brytpunktssamtal, smärtskattning respektive munhälsobedömning i livets slutskede, uppdelat på kön, 2020-2022.

Indikatorer	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
	2020/2021/2022	2020/2021/2022	2020/2021/2022
Brytpunktssamtal	75/79/79	76/81/80	76/79/79
Smärtskattning	53/57/65	50/53/62	52/55/64
Munhälsobedömning	54/56/55	52/54/53	53/56/54

Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2022-11-28.

Att erbjuda efterlevandesamtal till närstående efter någons bortgång är en viktig del av en god palliativ vård. För 79 procent av patienterna inom den kommunala hälso- och sjukvården erbjöds de närstående ett efterlevandesamtal 2022, vilket är något högre än året före. Tabell 19 visar jämförelser med föregående års resultat för efterlevnadssamtal [58].

³⁴ Täckningsgraden beräknat på samtliga dödsfall och andel avlidna som registrerats i SPR för patienter med kommunal hemsjukvård respektive personer på säbo och på korttidsboende visar stora skillnader mellan de kommunala verksamheterna.

Tabell 19. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer som registrerats i Svenska palliativregistret

Andel (%) personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende med hemsjukvård som registrerats i Svenska palliativregistret och där närstående erhållit efterlevandesamtal, uppdelat på kön, 2020–2022.

Svenska palliativregistret	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
	2020/2021/2022	2020/2021/2022	2020/2021/2022
Efterlevnadssamtal närstående	73/75/79	72/74/79	73/75/79

Källa: Svenska palliativregistret. Data hämtad 2022-11-28.

Munhälsa hos äldre

I det här kapitlet beskrivs inledningsvis utvecklingen av munhälsa och tandvårdsbesök bland äldre. Därefter följer en presentation av kompetensförsörjningen i tandvården. Avslutningsvis presenteras arbetet med kunskapsstöd till tandvården.

Sammanfattande iakttagelser

- Munhälsan hos äldre skiljer sig åt i befolkningen. Den är bland annat beroende på utbildningsbakgrund och födelseland.
- Bland personer 70 år och äldre ökar antalet kvarvarande tänder och samtidigt är många av tänderna lagade vilket talar för ett ökat behov av daglig munvård.
- Andelen äldre personer som regelbundet besöker tandvården minskar inte över tid som i den övriga befolkningen.
- Sköra äldres behov av stöd för att bibehålla en god munvård förväntas öka snabbt till 2030.
- Insatser för en bibehållen munhälsa behöver integreras mer i vården och omsorgen. Personalen behöver ta större ansvar för att upptäcka och förebygga risker för sköra äldres munhälsa samtidigt som tandvårdspersonal behöver stödja denna utveckling.
- Ny global strategi från WHO har satt munhälsan mer i fokus.

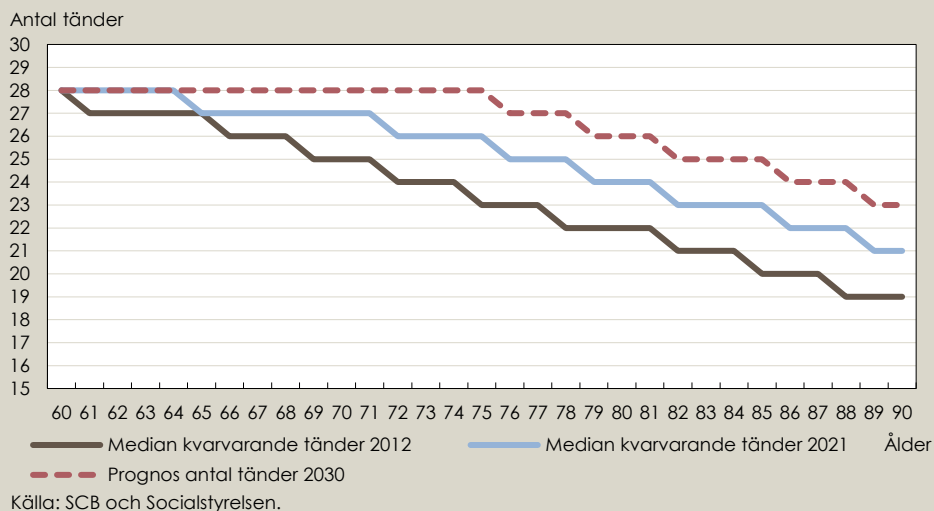
Positiv munhälsoutveckling över tid

Munhälsan i Sverige är generellt god och i en internationell jämförelse är Sverige ett av de länder där förekomsten av munsjukdomar är bland de lägsta.³⁵ Munhälsan har förbättrats över tid och allt fler behåller tänderna genom livet. Figur 28 visar hur antalet kvarvarande tänder bland äldre 60–90 år har förändrats mellan 2012 och 2021 samt en linjär framskrivning för 2030.³⁶ I åldersgruppen över 80 år förväntas en fortsatt utveckling med fler egna tänder samtidigt som många kan få problem att sköta sin munhälsa själva. Bland personer med skörhet finns därmed en risk för en snabb försämring av munhälsan eftersom man behåller sina tänder längre i livet.

³⁵ Global burden of disease, 1990–2020.

³⁶ En kvarvarande tand är en tand som har en naturlig rot, är delvis frambruten eller har synlig tandrot. Visdomständrar räknas också med. En intakt tand är en kvarvarande tand som inte har konstaterade skador på dentinet som kräver behandling. Den får inte ha någon fyllning och inte heller vara ersatt med protetik, exempelvis krona eller bro.

Figur 28. Antal tänder 2012 och 2021 efter ålder 60-90 år samt prognos för 2030



Besöksmönster i tandvården har ändrats samtidigt som munhälsan har förbättrats

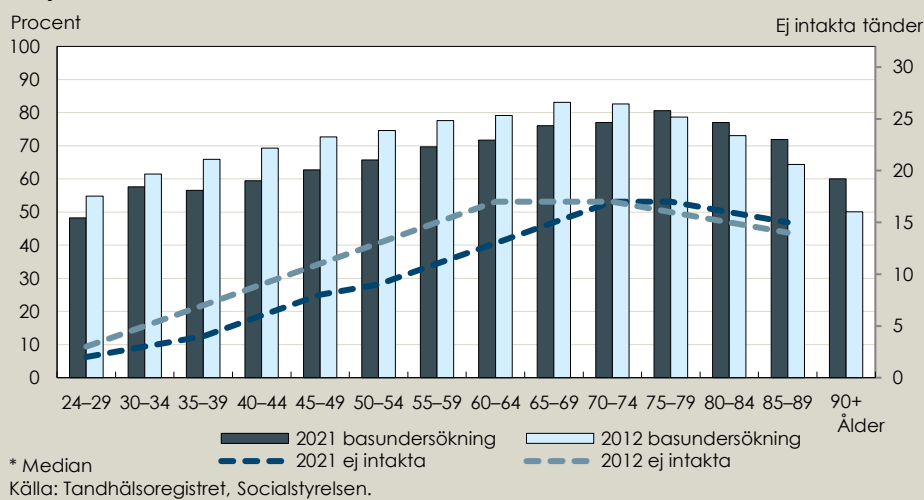
Regelbundna tandvårdsbesök betraktas som en viktig del i den förebyggande tandvården. De nya nationella riktlinjerna för tandvård rekommenderar att alla vuxna kommer för en regelbunden undersökning minst var tredje år [59]. Andelen som gör regelbundna undersökningar minst var tredje år skiljer sig mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper, efter personers socioekonomi och beroende på var i landet man bor.³⁷

Andelen besökare som regelbundet besöker tandvården minskar generellt över tid, men det varierar mellan olika åldersgrupper. Bland vuxna yngre än 75 år minskar andelen som genomgår en regelbunden undersökning samtidigt som personer 75 år och äldre fortsätter att besöka tandvården som tidigare. Ändringen i besöksmönster visar att den följer mönstret bland de olika åldersgrupperna över tid.

Bland personer 70 år och äldre ökar antalet kvarvarande tänder (figur 28) men samtidigt är många av tänderna skadade eller fyllda vilket ökar behovet av regelbundna basundersökningar eftersom många tänder har skador eller fyllningar (figur 29).

³⁷ Statistik om tandhälsa 2022

Figur 29. Antal ej intakta tänder* och andel (%) av befolkningen som genomgått minst en basundersökning inom en treårs period, 2021 respektive 2012, efter ålder



Utmaningar för en bibehållen god munhälsa

I Sverige är det få äldre som helt saknar egna tänder, jämfört med i många länder utanför Norden. Det finns också skillnader i munhälsa beroende på socioekonomiska faktorer såsom utbildningsnivå och födelseland.

Behovet av munvård och tandvård kommer troligen att öka när fyrtioåringarna närmar sig 85-årsåldern. En större andel äldre över 80 års ålder är en stor utmaning för hälsosystemen eftersom skörhet och funktionsnedsättning påverkar förmågan att bibehålla en god munhälsa. (Se även avsnittet *Demografi*.)

En större andel äldre personer med behov av anpassad tandvård och munvårdsinsatser från vård- och omsorgspersonal medför ett ökat behov av samverkan och kompetensutveckling för att upprätthålla en god munhälsa och munvård inom vård- och omsorgsverksamheter. Personer som har stöd av hemtjänst och personer som får kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende är en växande målgrupp som kommer att behöva detta stöd från vård- och omsorgspersonalen, i nära samverkan med tandvården [60]. (Se även avsnittet *Munhälsa bland utrikes födda*.)

Integrerad vård och omsorg i de nordiska länderna

Personer som är beroende av vård och omsorg i de nordiska länderna har generellt sett en sämre munhälsa än övriga befolkningen i samma ålder. Skillnaderna i munhälsa kan minska genom att integrera förebyggande munvård mer inom vård och omsorg. Samtliga nordiska länder har under de senaste decennierna infört en rad reformer och överenskommelser, inklusive uppdaterad lagstiftning [61], för att främja sammanhållen och koordinerad vård och omsorg. En ökad integrering av förebyggande insatser vid risk för munhälsan kan bidra till ökad patientsäkerhet och effektivitet och en ökad trygghet för de äldre. Tandvård och munhälsa som system i de nordiska länderna styrs

och regleras skilt från övrig vård och omsorg. I en svensk kontext ger Socialstyrelsen stöd för en bättre samverkan med tandvården. Utbildning i munhälsa och munvård och vägledningar samt stöd för klassifikationer av munhälsa inom vården är några exempel på stöd som kan främja en ökad koordinering av insatser för en bättre munhälsa hos äldre omsorgsberoende personer.

Alla nordiska länder har fortfarande brister när det gäller att samordna vårdinsatser, och det drabbar främst multisjuka äldre. Det förefaller som initiativen hittills inte riktigt har lyckats främja sammanhållna vårdprocesser med en helhetssyn på patienten [62].

Tandvårdens rådgivning om kost och regelbunden munvård kan främja munhälsa hos personer med ökad risk för ohälsa. Alla nordiska länder har också nationella riktlinjer eller policyplaner för hälsofrämjande och förebyggande arbete. I Sverige uppdaterades de nationella riktlinjerna för tandvård 2022 med rekommendationer för bl.a. personer med särskilda behov, exempelvis sköra äldre. Riktlinjerna har rekommendationer om att förebygga ohälsa i stort samt rekommendationer om en ökad samverkan med vård och omsorg vilket sammantaget främjar sammanhållna vård och omsorg [59].

WHO föreslår en tydlig nationell policyutveckling för en bättre munhälsa

Orala sjukdomar och tillstånd påverkar främst utsatta och/eller marginaliserade personer, ofta personer med låga inkomster eller funktionsnedsättningar och äldre människor som bor ensamma eller i särskilda boenden. WHO ska i samråd med medlemsstaterna ta fram en global strategi för att hantera orala sjukdomar, enligt ett beslut i januari 2022 [63]. Syftet är bl.a. att lyfta betydelsen av en god munhälsa hos äldre, med tanke på att munhälsan är avgörande för ett hälsosamt åldrande [64].

Vägledande principer i strategin är bl.a. ett tydligare folkhälsoperspektiv på oral hälsa och större integration av munhälsa inom hälso- och sjukvården. Den ligger nära pågående reformarbeten i de nordiska länderna, exempelvis omställningen till en god och nära vård i Sverige.

Under 2022 tog WHO fram en global handlingsplan för oral hälsa som antogs i januari 2023. Handlingsplanen ger ett mer detaljerat stöd för att implementera både resolutionen och den globala strategin för oral hälsa. Den riktar sig till medlemsstater, WHO:s sekretariat, internationella partner, civilsamhället och den privata sektorn.

Nationella riktlinjer för tandvård

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård har genomgått en omfattande uppdatering och utveckling som kan få betydelse för äldre personers munhälsa [59]. Den nya versionen lägger större vikt vid munhälsans betydelse för människors livskvalitet eftersom den kan påverka hela kroppen, den psykiska hälsan och risken för infektioner som kan medföra nedsatt allmän hälsa. Exempelvis behöver tandvården samverka mer med hälso- och

sjukvården och upprätthålla tandvårdskontakten med patienter som lämnar återbud eller uteblir från tandvårdsbesök.

Som stöd för denna samverkan har Socialstyrelsen tagit fram en webbase-rad utbildning i munhälsa för vård- och omsorgspersonal, som finns på vår utbildningsportal sedan maj 2021 [65]. Information om utbildningen har spridits genom Socialstyrelsens kanaler, och cirka 2 200 personer genomgick utbildningen under det första halvåret 2021 och 2 600 personer gick utbildningen under 2022.

Vård- och omsorgspersonalens kompetens inom ämnet behöver också följas upp. Munhälsa och munvård kommer därför att ingå i 2023 års öppna jämförelser: kommunundersökningen, område kommunal hälso- och sjukvård. I enkäten får kommunerna ange om det finns en övergripande utvecklingsplan för vård- och omsorgspersonalens kompetens om munhälsa och munvård.

Munhälsan kan implementeras mer i hälso- och sjukvården genom att uppmärksamma den i alla led, så tidigt som möjligt vid exempelvis en demenssjukdom. Det kan ske med enkla frågor eller strukturerade bedömningsinstrument såsom Revised Oral Assessment Guide (ROAG). Det går också att följa upp munhälsan genom att använda journaldata och kodverket i det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret. Socialstyrelsen har därför tagit fram ett antal koder för tillstånd och åtgärder i munhälån, som stöd till verksamheterna i den kommunala hälso- och sjukvården.

(Se även rapporten Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2023.)

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Kunskapsbaserad vård och omsorg baseras på bästa tillgängliga kunskap, och ska utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta kapitel beskrivs det kunskapsstödande arbetet med fokus på vård av äldre med psykisk ohälsa samt vård och stöd till äldre med alkoholproblem.

Sammanfattande iakttagelser

- Under 2021 förskrevs var tredje svensk över 85 år antidepressiva läkemedel. Äldre får oftare läkemedelsbehandling i stället för annan behandling, trots att de redan använder många läkemedel – vilket ökar risken för biverkningar – och trots att antidepressiva läkemedel tycks ha en stark koppling till hjärtrubbingar hos äldre.
- Skillnaden i läkemedelsförskrivning kan bero på att äldre med psykisk ohälsa mer sällan än andra åldersgrupper träffar en specialist och att de oftast får vård inom primärvården.
- Riskfaktorer för ofrivillig ensamhet bland äldre är till exempel förlusten av en partner, minskat socialt nätverk, nedsatt funktionsförmåga och psykisk ohälsa. Under 2022 var det 42 procent av alla med hemtjänst som kände sig ensamma då och då, och 14 procent gjorde det ofta. Kvinnor med hemtjänst upplevde mer ensamhet än män. Motsvarande andelar för äldre på säbo var 46 respektive 24 procent, och bland dem är skillnaden mellan könen inte lika stor.
- Socialstyrelsen fördelade under 2021 cirka 601 miljoner kronor i statsbidrag till samtliga 290 kommuner för att motverka ensamhet bland äldre och för att öka kvaliteten i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Totalt förbrukades cirka 90 procent av medlen.
- Under den senaste tioårsperioden har andelen 46–64 åringar som fått specialiserad slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser minskat. Men den har ökat i åldersgrupperna 65–79 år och 80 år och äldre. År 2022 var det också en högre andel äldre som vårdades inom öppenvården för alkoholrelaterade diagnoser, jämfört med 2011.
- Andelen äldre som får insatser inom socialtjänsten för missbruksproblem har också ökat. Det framgår inte vilken substans som personer med frivilliga insatser använder, men 2020 var alkohol det vanligaste missbruksmedlet bland personer över 60 år som vårdas under tvång med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- Fortfarande är det få kommuner som har rutiner vid indikation på missbruk. Inom äldreomsorgen har drygt var femte kommun (58 kommuner) aktuella, skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för handläggare vid indikation på missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel.

Nationella riktlinjer – ett stöd i arbetet

Cirka 3 procent av alla äldre över 65 år har troligen adhd eller autism [66], många utan att ha gått igenom en neuropsykiatrisk utredning. De kan ha haft långvarig kontakt med psykiatri och behandlats för andra tillstånd, men de skulle få bättre stöd, behandling och bemötande om de fick en diagnos. Symtom på adhd eller autism kan även misstolkas som symtom på demens eller ångest. Det finns alltså risk för felbehandling och onödiga biverkningar på grund av bristande kunskap om funktionsnedsättningarna. Därför behövs särskild kompetensutveckling om adhd och autism hos äldre i hela hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Hög kompetens hos vård- och omsorgspersonal är en förutsättning för bästa möjliga omhändertagande och bemötande av personer med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller fastställd adhd eller autism. Därför har kompetensutveckling om adhd och autism en hög prioritet i riktlinjerna.

Socialstyrelsen publicerade de första nationella riktlinjerna för vård och stöd vid adhd och autism i oktober 2022 [67]. Myndigheten har också tagit fram en indikator för att följa upp området kompetensutveckling. Med den mäts andelen verksamheter i socialtjänsten som erbjuder kompetensutveckling om adhd och autism [67].

Riktlinjerna innehåller även rekommendationer om behandling med centralstimulerande och icke-centralstimulerande adhd-läkemedel (atomoxetin) av personer med adhd. Säkerhetsdata för de här läkemedlen är bristfälliga, särskilt för de äldre patienterna, så det är viktigt att regelbundet omvärdera nyttan av behandlingen.

Äldres psykiska ohälsa

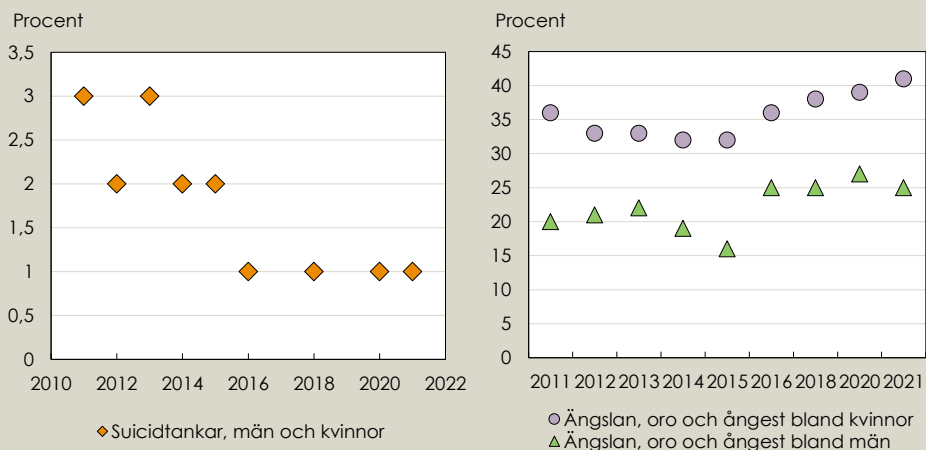
En klar majoritet av de äldre i befolkningen skattar sitt psykiska välbefinnande som högt,³⁸ men psykisk ohälsa bland äldre behöver uppmärksammas. Andelen äldre som tänker på suicid tycks ha minskat över tid, medan andelen med självupplevd ångslan, oro och ångest tycks ha ökat (figur 30). Antalet personer 65 år och äldre som dör i suicid har inte ändrats under perioden 2011–2021 bland vare sig män eller kvinnor. Andelen är närmare tre gånger så hög bland män som bland kvinnor.³⁹

³⁸ 90 procent av äldre 65 – 85 år skattade sitt psykiska välbefinnande som högt i Folkhälsomyndighetens hälsoenkät år 2021.

³⁹ Enligt Socialstyrelsens Dödsorsaksregister, baserat på ICD-10 diagnoser X60-X84.

Figur 30. Andel personer 65–85 år med suicidtankar samt ängsla, oro och ångest, åren 2011–2021.*

Andel (%) kvinnor och män 65–85 år med suicidtankar samt ängslan, oro och ångest, åren 2011–2021.* *Obs! Olika skalor.*



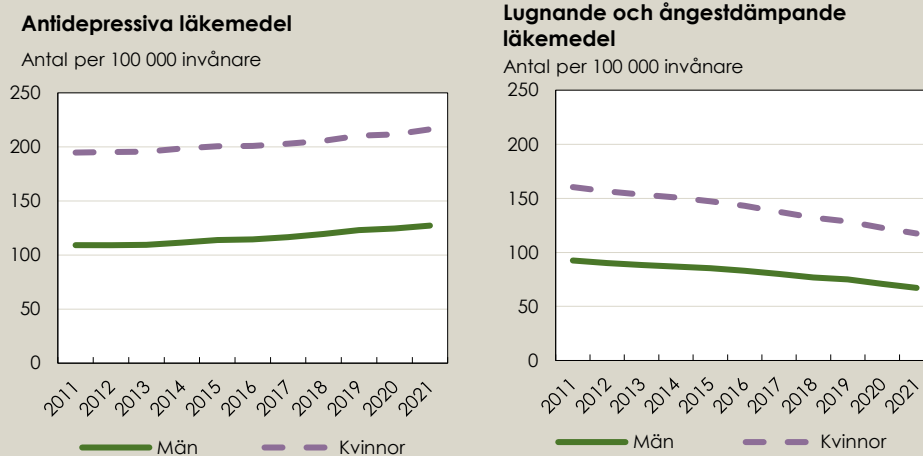
*Data saknas från år 2017 och 2019.
Källa: Folkhälsomyndigheten.

I Folkhälsomyndighetens faktablad om äldres psykiska ohälsa framgår att äldre oftare får läkemedelsbehandling i stället för annan behandling, trots att de ofta redan använder många läkemedel och genom det har en ökad risk för biverkningar [68]. Andelen personer 65 år och äldre som får antidepressiva läkemedel utskrivna ser ut att ha ökat över tid, medan andelen som får lugnande och ångstdämpande läkemedel tycks ha minskat (figur 31). Denna förändring gäller både kvinnor och män. Detta kan indikera att diagnostiken bland äldre blivit bättre.

En mycket stor andel av de äldre förskrivs antidepressiva: var tredje över 85 år under 2021. Men evidensläget för läkemedelsbehandling av depression hos äldre personer är bristfällig [69], och antidepressiva läkemedel har rapporterats vara kopplade till risk för vissa allvarliga biverkningar hos äldre, bland annat hjärtrytmrubbningar [70].

Figur 31. Andel personer 65 år och äldre som förskrivits antidepressiva läkemedel respektive lugnande och ångestdämpande läkemedel

Antal kvinnor och män, per 100 000 invånare 65 år och äldre, som förskrivits antidepressiva läkemedel respektive lugnande och ångestdämpande läkemedel, åren 2011–2021.

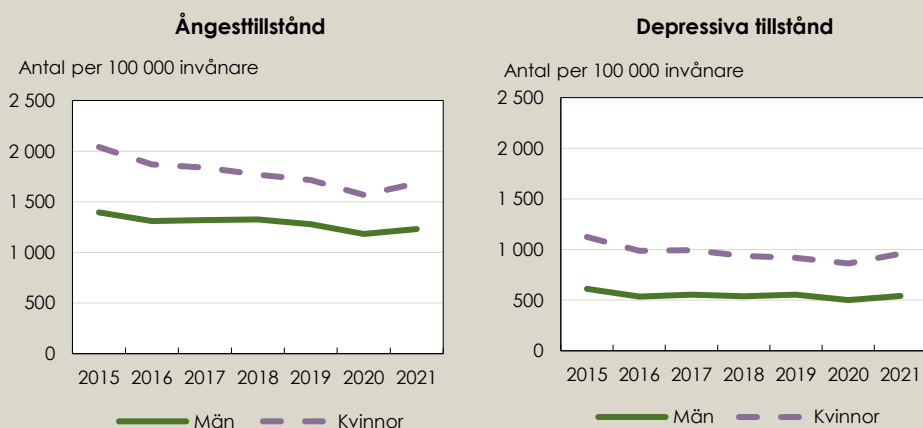


Källa: Läkemedelsregistret.

Åren 2015–2021 minskade andelen personer 65 år och äldre som diagnostiserats med ångest eller depressiva tillstånd inom den öppna specialiserade vården (figur 32). I en rapport från 2018 [71] konstaterade Socialstyrelsen att personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa mer sällan än andra åldersgrupper träffar en specialist och att de oftast får vård inom primärvården, vilket kan vara en förklaring till skillnaden mellan läkemedelsförskrivning och diagnoser.

Figur 32. Andel kvinnor och män 65 år och äldre som diagnosticerats med ångest- och depressiva tillstånd inom den öppna specialiserade vården

Antal kvinnor och män, per 100 000 invånare 65 år och äldre, som diagnosticerats med ångest- och depressiva tillstånd* inom den öppna specialiserade vården, åren 2015–2021.



* ICD-10 F102 (huvud- och bidiagnos)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

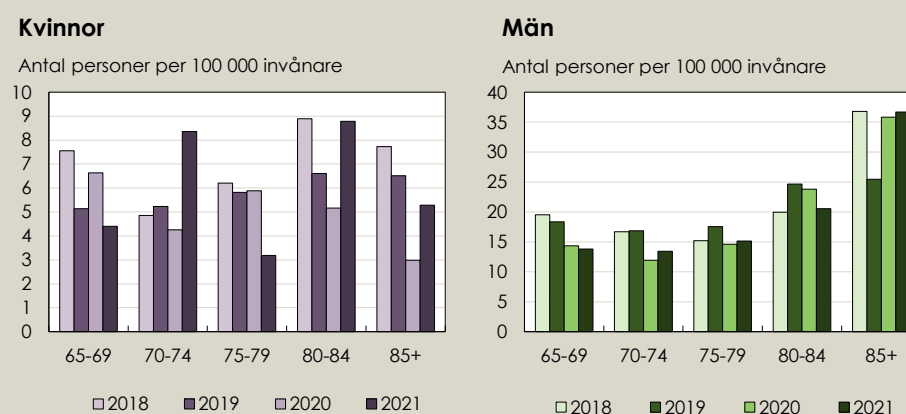
De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom [72] ska ge vägledning om vård och insatser för psykiatriska tillstånd, men där särredovisas inte åldersgruppen äldre. Det framgår dock i de nationella riktlinjerna att man vid behandling behöver ta särskild hänsyn till äldres förutsättningar, exempelvis särskilda risker för biverkningar vid läkemedelsbehandling.

Suicid bland äldre

Suicidtalet (suicid/100 000 invånare) ökar med stigande ålder, och den högsta frekvensen ses hos män över 80 år (figur 33). Av figuren framgår tydligt att könsskillnaden med högre andel män än kvinnor finns i alla åldersgrupper. Skillnaden mellan män i olika åldersgrupper är mindre. Men även bland kvinnor är suicid vanligast hos kvinnor 80 år och äldre. Figuren visar också att trots pandemirestriktionerna år 2020 och 2021 påverkades inte antalet avlidna män oavsett åldern. Däremot ser man en tydlig nedgång 2020 bland kvinnor 80 år och äldre.

Figur 33. Suicid bland kvinnor och män 65 år och äldre

Antal suicid per 100 000 kvinnor respektive män 65 år och äldre 2018–2021.
Obs! Olika skalor för kvinnor och män.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Ofrivillig ensamhet bland äldre personer

Forskningen visar att det finns olika riskfaktorer som är kopplade till ofrivillig ensamhet bland äldre personer, till exempel förlusten av en partner, minskat socialt nätverk, nedsatt funktionsförmåga och psykisk ohälsa [73-75]. Dock behövs mer kunskap om äldres psykiska hälsa och vilka insatser som är effektiva för att bryta ofrivillig ensamhet.

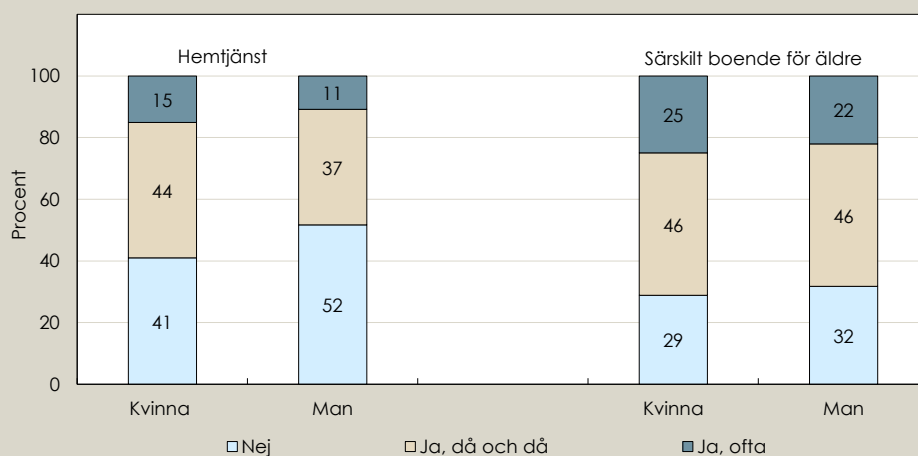
Generellt är ensamhet vanligast bland yngre personer och dem som är cirka 75 år och äldre, medan graden av ensamhet är lägre bland personer i medelåldern och yngre äldre [73, 76]. Den upplevda ensamheten bland äldre personer har inte ökat genom åren, men andelen äldre i befolkningen ökar, och därmed ökar också antalet personer som känner sig ensamma [4].

Ensamhet inom äldreomsorgen

Socialstyrelsen undersöker varje år vad personer, som har hemtjänst eller bor på särskilt boende för äldre (säbo), tycker om äldreomsorgen. Sedan 2013 ingår en fråga om ensamhet i enkätundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* [77]. Svaren visar att andelen äldre som upplever ensamhet i stort varit oförändrad under de senaste åren. År 2022 var det 42 procent av alla med hemtjänst som då och då kände sig ensamma, och 14 procent gjorde det ofta. Kvinnor med hemtjänst upplever mer ensamhet än män (figur 34). Av dem som bor på säbo besväras 46 procent av ensamhet då och då och 24 procent ofta. På särskilt boende är skillnaden mellan könen inte lika stor [77].

Figur 34. Svarsfördelning på frågan – Händer det att du besväras av ensamhet? – kön

Andelar (%), riket år 2022.



Källa: Enkätundersökning: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2022, Socialstyrelsen

Undersökningen visar också att ensamhet är ett större problem för personer som bor själva eller anger att deras hälsa är någorlunda eller dålig, jämfört med personer som bor tillsammans med någon eller tycker att de har ett bra eller ganska bra hälsotillstånd [77]. Detta samband beskrivs också i forskningen om riskfaktorer för ofrivillig ensamhet.

Kommunerna kan göra mer för att minska ensamhet bland äldre

Ofrivillig ensamhet är en riskfaktor för suicid. Flest suicid i förhållande till antalet personer sker i gruppen män 85 år och äldre [78, 79].

I Suicide Zeros kommunbarometer 2022 uppgav 64 procent av 181 svarande kommuner att de genomför regelbundna insatser för att bekämpa ofrivillig ensamhet bland äldre [80]. Men insatserna är oftast ganska allmänt hållna, exempelvis olika former av träffpunkter, och kräver att de äldre själva vet om att de finns och kan ta sig dit. Det är få kommuner som har uppsökande verksamhet.

Stöd till primärvården och äldreomsorgen

Hösten 2022 tog Socialstyrelsen fram *Vägledning för att förhindra ofrivillig ensamhet bland äldre personer - Primärvård och äldreomsorg* samt ett

särskilt stödmaterial *Förebygg ofrivillig ensamhet hos äldre personer – fakta och reflektionsfrågor avsett för hemtjänst och särskilt boende för äldre* [81, 82]. Vägledningen ska öka kunskapen om ofrivillig ensamhet bland äldre personer och ge stöd till verksamheter inom äldreomsorg och primärvård som vill arbeta med frågan. Den vänder sig till chefer, verksamhetsutvecklare och övrig personal som arbetar med ledning och styrning inom äldreomsorgen samt kommunens och regionens primärvård.

Fysisk aktivitet i kombination med sociala aktiviteter kan minska ensamhet

Social isolering är vanligare bland män än bland kvinnor i gruppen 60 år och äldre; ungefär 25 procent av männen och 17 procent av kvinnorna är socialt isolerade. Det är ingen skillnad utifrån utbildningsnivå eller mellan inrikes och utrikes födda. Som socialt isolerad räknas de som bor ensamma och inte träffar anhöriga, vänner eller bekanta oftare än ett par gånger i månaden [4].

SBU har sammanställt forskning om effekten av interventioner för att minska ensamhet hos äldre [83], totalt tio översikter: två om djurassisterade interventioner, en om fysisk aktivitet, fem om teknikbaserade interventioner och två om generella interventioner.

Av studierna som har undersökt djurassisterade interventioner handlar flest (43 stycken) om hundassisterad terapi för äldre personer i särskilt boende. Majoriteten har få studiedeltagare och låg kvalitet, så resultaten bör tolkas med försiktighet, men hundassisterade interventioner kan minska symtom på depression och ensamhet (SMD 0,66 [95 % KI, 0,21 till 1,11]), jämfört med sedvanlig behandling [84].

Interventioner med fysisk aktivitet för socialt isolerade äldre tycks ha en effekt på social isolering (SMD 0,41 [95 % KI, 0,08 till 0,75]) jämfört med ingen aktivitet eller annan aktivitet, i alla fall på kort sikt. Bäst effekt hade gruppbaseade interventioner med en social komponent, såsom social samvaro efter avslutat träningspass [85]. Det är stor skillnad mellan olika generella interventioner, men det tycks finnas sådana som kan ha effekt på äldres ensamhet och isolering. Särskilt gruppaktiviteter som bygger på aktivt deltagande har en potential [86].

Vad gäller teknikbaserade interventioner är det svårt att dra några slutsatser om deras effekt på ensamhet hos äldre.

Statsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre

Statsbidrag till kommunerna för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen fördelade under 2021 cirka 601 miljoner kronor i statsbidrag till kommunerna för att motverka ensamhet bland äldre och öka kvaliteten i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom [87]. Totalt förbrukades cirka 538 miljoner kronor, dvs. cirka 90 procent. Covid-19-pandemin begränsade kommunernas möjligheter att genomföra de planerade aktiviteterna, och därför användes inte hela summan.

Kommunerna kunde inom ramen för statsbidraget göra egna prioriteringar utifrån lokala behov och förutsättningar. Medlen bedöms ha medverkat till att kommunerna genomförde aktiviteter och gjorde investeringar för att säkerställa god vård och omsorg för personer med demenssjukdom och motverka ensamhet bland äldre. Kommunernas åiterrapporteringar visar att en stor andel av medlen finansierade personalkostnader för att öka bemanningen inom äldreomsorgen och i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom, framför allt på särskilda boenden. Det är även många kommuner som ökade sin personal inom hemtjänsten och dagverksamheten, och då främst med undersköterskor och vårdbiträden.

När det gäller aktiviteter för att motverka ensamhet valde kommunerna främst att förstärka eller utveckla mötesplatser och sociala aktiviteter för äldre personer. Aktiviteter för att öka kvaliteten i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom gällde i första hand kompetenshöjande aktiviteter för personalen.

Ungefär var femte kommun lät enskilda utförare ta del av statsbidraget, i de flesta fall mindre än 20 procent av bidraget.

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

Socialstyrelsen fördelade under 2021 totalt 18,5 miljoner kronor till 126 organisationer som arbetar med insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre personer [87]. Organisationerna förbrukade cirka 16,3 miljoner kronor, det vill säga cirka 88 procent av medlen de hade beviljats. Huvudorsaken till att 12 procent förblev oförbrukade var de begränsningar som coronapandemin medförde.

Organisationerna riktade i huvudsak sina aktiviteter under 2021 till äldre i eget boende, därefter till äldre i särskilt boende och personer som deltar i daglig verksamhet. En del organisationer hade inriktning på specifika målgrupper såsom hbtqi-personer över 62 år eller äldre personer från centrala, västra och södra Afrika.

Av organisationernas åiterrapporteringar framgår att majoriteten av organisationerna har arbetat med att skapa fysiska mötesplatser för sociala sammankomster. Här finns en stor variation av aktiviteter som de erbjudit, exempelvis sång och musikupplevelser och målning men också hälsofrämjande aktiviteter såsom sittgymnastik, yoga och promenader. Mötesplatser för lärande aktiviteter har utgjort en stor del av de genomförda aktiviteterna med fokus på it-relaterade kurser och föreläsningar om bland annat hälsa och historia. Statsbidraget bedöms ha medverkat till att organisationerna kunnat bedriva verksamhet som bidragit till att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre personer.

Organisationerna gör bedömningen att deras mest betydelsefulla aktiviteter för målgruppen var de fysiska sammankomsterna såsom utflykter, samtalscaféer och promenader. De flesta organisationer har kunnat anpassa sig till coronarestriktionerna och genomföra planerade aktiviteter genom att ställa om till digitala sammankomster och fler utomhusaktiviteter. De digitala kurserna har haft en stor betydelse då de har bidragit till möjligheten att upprätthålla kontakten med målgruppen. Uppsökande verksamhet genom

användning av hemsidor och sociala medier ökade med 50 procent jämfört med 2020, så effekterna av coronapandemin kan möjligtvis ha påskyndat organisationernas användning av internet som ett sätt att nå sina målgrupper.

Många organisationer har återkopplat att statsbidragets ettåriga konstruktion utgör ett hinder för att kunna planera och genomföra aktiviteter långsiktigt.

Allt fler äldre får vård och stöd för alkoholproblem

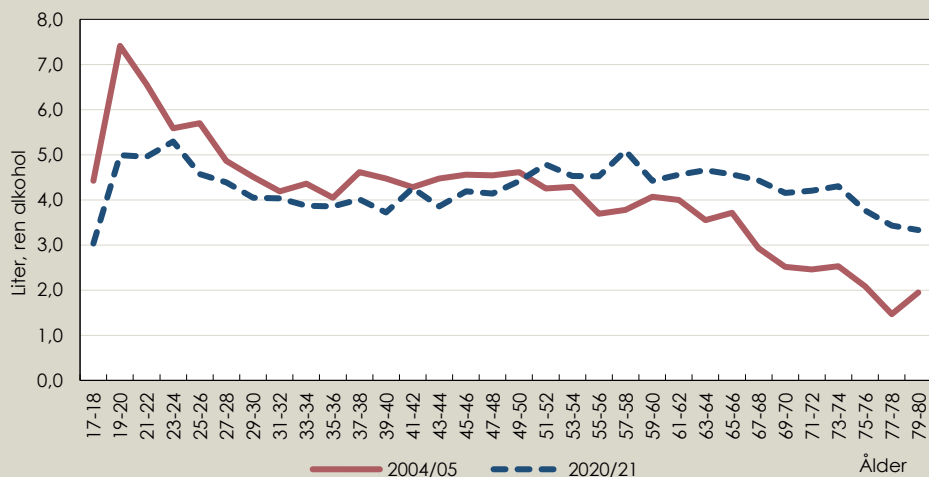
Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) publicerade i slutet av 2022 ett kunskapsunderlag som de tagit fram åt Systembolaget som en del i ett digitalt kunskapspaket om alkohol och personer 65–84 år [88]:

- Äldre dricker numera alkohol lika ofta som övriga befolkningen; tre fjärdedelar har druckit alkohol under de senaste 30 dagarna.
- Gruppen ökade sin alkoholkonsumtion med cirka 30 procent 2004–2021. Ökningen är störst bland kvinnorna, men männen dricker fortfarande ungefär dubbelt så stora volymer som kvinnorna. Under samma tidsperiod minskade befolkningen i stort sin alkoholkonsumtion, vilket innebär att de äldres konsumtion närmat sig befolkningssnittet.
- Äldre dricker oftare än befolkningen i stort (i genomsnitt sex gånger per månad, vilket är en ökning över tid) och mer utspritt över veckans dagar och årets månader.
- Äldre dricker mindre per tillfälle (24 procent mindre än befolkningen i stort) och intensivkonsumerar (motsvarande en flaska vin eller mer) förhållandevis sällan (vid 8 procent av dryckestillfällena 2021) – även om det blivit vanligare. Känsligheten för alkohol ökar dock med åldern, så skillnaderna i berusningsvanor kan vara mindre än vad resultaten visar.
- I gruppen är det vanligast att man dricker vin.

CAN har jämfört ett tvärsnitt av befolkningen 2004/2005 (personer som föddes 1924–1988) med ett tvärsnitt 2020/2021 (personer som föddes 1940–2004) och ser ett förändrat åldersrelaterat konsumtionsmönster (figur 35) [88]. Trenden är att volymen konsumerad alkohol fördelas allt jämnare under en livstid, och om den håller i sig väntas ännu högre konsumtion bland personer 65–84 år framöver. Samtidigt har den totala alkoholförbrukningen i befolkningen sjunkit sedan 2004, inte minst bland yngre, så framtidens äldre kommer kanske att ha med sig andra alkoholvanor in i ålderdomen. Men under ytterligare ett antal år kommer den äldsta åldersgruppen troligen fortsätta att fyllas på med personer som växte upp med mer alkoholkonsumtion jämfört med föregående generationer.

Figur 35. Självrapporterad konsumtion i liter ren (100 %) alkohol i befolkningen

Självrapporterad konsumtion i liter ren (100 %) alkohol i befolkningen 17–80 år, fördelat på årsåldersgrupper. 2004–2005* och 2020–2021.



* Justerade data pga. metodförbättring 2019 för att förbättra jämförbarheten över tid.

Källa: CAN - Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2022.

Pensionärers förbättrade ekonomi och mer aktiva livsstil kan också ligga bakom den ökade alkoholkonsumtionen bland äldre. Dessutom verkar äldres drickande generellt vara mer accepterat än förr [88]. Men den ökade alkoholkonsumtionen bland äldre gäller alltså förändringar på gruppnivå – normalt sett sjunker en individs alkoholkonsumtion med åldern [89].

Socialstyrelsen har tagit fram utbildningsmaterial för socialtjänsten

Den ökande alkoholkonsumtionen bland äldre innebär ökade behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Därför genomförde Socialstyrelsen under 2019 en förstudie, för att identifiera behoven av stöd och vägledning hos personal inom socialtjänst och hemsjukvård [90].

Baserat på slutsatser i förstudien beslutade myndigheten att ta fram ett utbildningsmaterial till vård- och omsorgspersonal i hemtjänst och hemsjukvård, handläggare inom äldre- och missbruksområdet och personer på styrnings- och ledningsnivå. Det ska bidra till att behov hos äldre med riskbruk av alkohol uppmärksammas och tillgodoses och till att personal i hemtjänsten kan utföra insatser för målgruppen på ett bra sätt ur både individens och medarbetarens perspektiv. Materialet publicerades i december 2022 [91, 92], och består av tre delar:

- en webbutbildning i två versioner – en för hemtjänstens och hemsjukvårdens personal, och en för handläggare i äldreomsorgen
- ett stödmaterial för chefer i form av en Powerpointpresentation
- ett nedladdningsbart fördjupningsmaterial.

Stödmaterialiet för chefer syftar till att de tillsammans med sin personal ska diskutera frågan äldre och alkohol, och gemensamt hitta lösningar på svåra situationer. Det är viktigt att chefer och personal gör detta tillsammans,

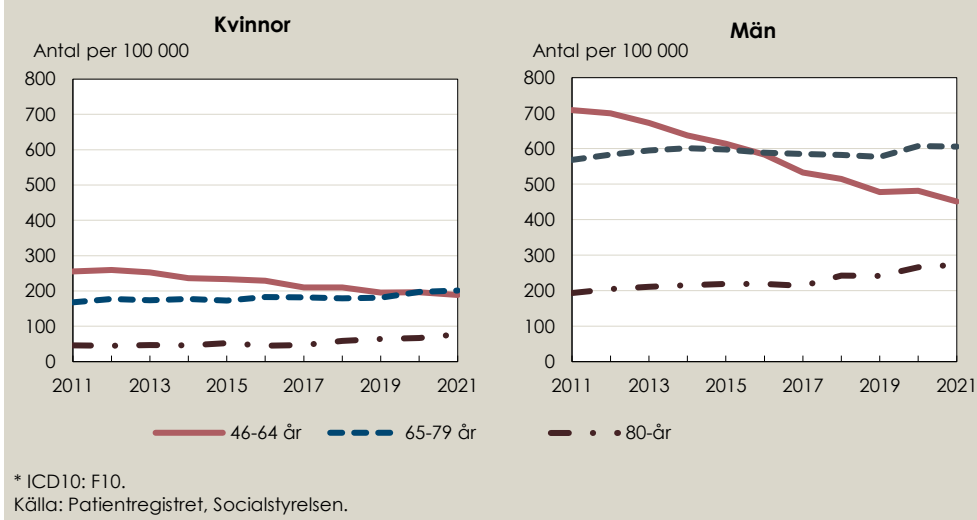
eftersom personalen då vet att chefen står bakom de lösningar man kommit fram till. Det nedladdningsbara fördjupningsmaterialet består av texter om sekretess, alkohol och läkemedel, sätt att ställa frågor om alkohol och ett material med reflektionsfrågor. Om det behövs ytterligare fördjupningstexter planerar Socialstyrelsen att ta fram sådana, för att möta behoven i verksamheterna och hålla utbildningspaketet uppdaterat.

Fler äldre vårdas inom den specialiserade hälso- och sjukvården

Under den senaste tioårsperioden har antalet personer per 100 000 invånare 46–64 år som fått specialiserad slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser minskat, bland både kvinnor och män. Men i åldersgrupperna 65–79 år och 80 år och äldre har antalet i stället ökat (figur 36).

Figur 36. Specialiserad slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser

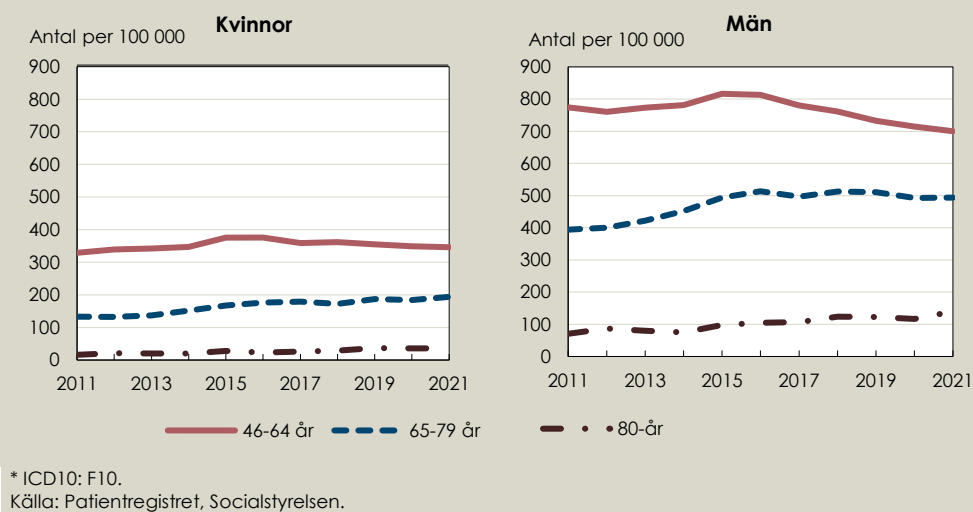
Antal kvinnor och män, 46 år och äldre, per 100 000 invånare, som vårdats inom den specialiserade slutenvården med diagnoser relaterade till alkohol*. Åren 2011–2021.



Som framgår av figur 37 har även antalet personer i åldersgrupperna 65–79 år och 80 år och äldre som vårdas inom öppenvården ökat jämfört med 2011.

Figur 37. Specialiserad öppenvård för alkoholrelaterade diagnoser

Antal kvinnor och män, 46 år och äldre, per 100 000 invånare, som vårdats inom den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkohol*. Åren 2011–2021.



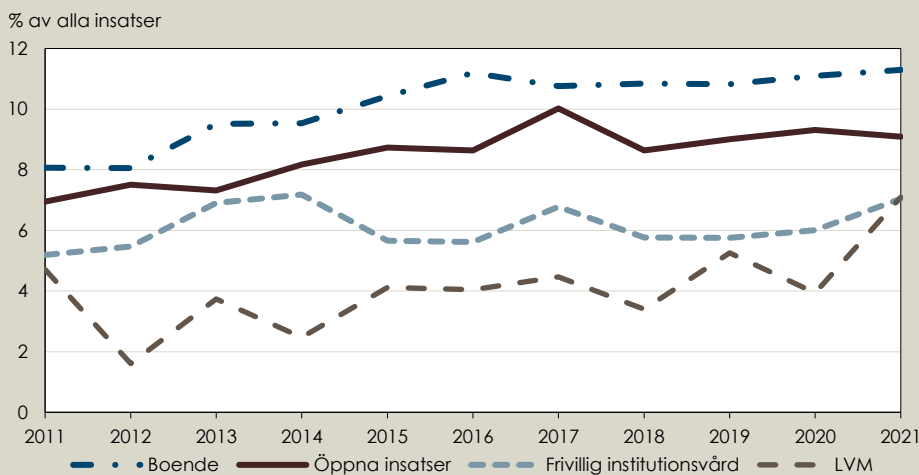
Även andelen äldre som får insatser inom socialtjänsten har ökat

Sedan 2011 ses en ökning i andelen personer 65 år och äldre av alla personer som får insatser inom socialtjänsten för missbruksproblem (figur 38). Det framgår inte av socialtjänststatistiken vilken substans som personer med frivilliga insatser använder. När det gäller personer som vårdas under tvång med stöd av LVM finns dock uppgifter från Statens institutionsstyrelse från 2020 som visar att alkohol är det huvudsakliga missbruksmedlet bland personer över 60 år LVM [93].

År 2011 hade 1 394 personer över 65 år någon form av insats från socialtjänsten för missbruksproblem, och 2021 var det 1 935 personer. Boende är den vanligaste insatsen för denna grupp, kan till exempel handla om en plats i ett kategoriboende, en försökslägenhet eller ett socialt kontrakt. Andelen personer 65 år eller äldre av dem som beviljas boende har ökat under den senaste tioårsperioden, från 8 procent 2011 till 11 procent 2021. Dessutom ses en ökning av andelen 65 år eller äldre som beviljas individuellt behovsprövade öppna insatser på grund av missbruksproblem, vilket är den vanligaste insatsen. Exempel på öppna insatser är motiverande samtal och psykosocial behandling för missbruk och beroende. Under de senaste tio åren har andelen äldre av alla som får öppna insatser ökat, från 7 procent 2011 till 10 procent 2021. Behovet av olika insatser kommer förmodligen att öka.

Figur 38. Socialtjänstens insatser för personer 65 år och äldre med missbruksproblem 2011–2021

Andelen (%) personer 65 år eller äldre med socialtjänstens insatser för personer med missbruk, i procent av alla insatser för personer med missbruksproblem, utvecklingen 2011–2021.*



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

Fortfarande få kommuner som har rutiner vid indikation på missbruk

Tabell 20 visar utvecklingen för arbetet med att uppmärksamma missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel⁴⁰ och läkemedel inom äldreomsorgen. Det är allt fler kommuner som har aktuella rutiner⁴¹ vid indikation på missbruk, men andelen är fortfarande låg. Inom äldreomsorgen har drygt var femte kommun (58 kommuner) aktuella, skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för handläggare vid indikation på missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel [94].

Tabell 20. Aktuella skriftliga rutiner för handläggare inom äldreomsorgen vid misstanke om missbruk.

Andel (%) rikets kommuner och stadsdelar, 2018–2022.

Indikatorer	2018	2019	2020	2021	2022
Aktuell rutin vid misstanke om missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel	16	18	20	20	21
Aktuell rutin vid misstanke om missbruk av läkemedel	10	13	16	16	17

Källa: Öppna jämförelser 2022-Äldreomsorg. Socialstyrelsen.

⁴⁰ Med beroendeframkallande medel avses cannabis, hallucinogener, amfetamin, opiater, och lösningsmedel samt GHB och övriga preparat.

⁴¹ Rutinen är aktuell om den följdes upp under perioden 1 februari 2021–31 januari 2022 eller har upprättats nyligen (under de senaste tolv månaderna).

Säker vård och omsorg

En trygg och säker omsorg och hälso- och sjukvård kännetecknas bland annat av att patienterna skyddas från vårdskador och att socialtjänstens myndighetsutövning är rättssäker.⁴² I det här kapitlet belyser Socialstyrelsen olika aspekter av säker vård och omsorg.

I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen material som belyser olika aspekter av säker vård och omsorg. Kapitlet är indelat utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet [95] och dess fem prioriterade fokusområden: *Öka kunskap om inträffade vårdskador, Tillförlitliga och säkra system och processer, Säker vård här och nu, Stärka analys, lärande och samverkan* och *Öka riskmedvetenhet och beredskap*.

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen patienter med vårdskador är större i högre åldrar. I åldersgruppen 85 år eller äldre hade 8,9 procent minst en vårdskada 2021. Den vanligaste skadetyper var vårdrelaterad infektion.
- Förekomsten av trycksår varierar med enhetstyp och är vanligast på korttidsboenden, där drygt 9 procent av de äldre drabbas.
- Under 2022 minskade antalet lex Sarah-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), jämfört med 2021, och myndigheten fattade beslut i 426 ärenden som gällde äldreomsorg. Även antalet lex Maria-anmälningar minskade, och 1 017 beslut berörde personer i gruppen 65 år och äldre. Inom äldreomsorg var det vanligast med ärenden om vård och behandling, läkemedelshantering och fall eller fallskada. Inom hemsjukvård i ordinärt boende gällde flest beslut vård och behandling och läkemedelshantering.
- I punktprevalensmätningen (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler våren 2022 medverkade 158 kommuner med totalt 25 144 observationer. Efterlevnaden av samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler var 65 procent, ett något lägre resultat än i förra mätningen.
- Fler kommuner än tidigare har arbetat eller arbetar med att ta fram handlingsplaner för ökad patientsäkerhet. Cirka en tredjedel av kommunerna har en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet, eller har påbörjat arbetet med att ta fram en sådan.
- Allt fler personer över 65 år har en fast vårdkontakt, och kontinuiteten för de med kroniska sjukdomar har blivit bättre. Det framgår också att personer med fast vårdkontakt har mer positiva erfarenheter än övriga. Det är avgörande att den utvecklingen kan fortsätta.
- Kvinnor 75 år och äldre som bor i ordinärt boende med hemtjänsten har i högre utsträckning läkemedel som bör undvikas, tre eller fler

⁴² Prop. 1996/97:124 s. 51–54. Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL, där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada.

psykofarmaka, antipsykotiska läkemedel och tio eller fler läkemedel, jämfört med motsvarande män. I särskilda boenden för äldre har däremot män i högre utsträckning dessa läkemedel, förutom tre eller fler psykofarmaka, som är vanligare bland kvinnor.

- Andelen äldre med tio eller fler läkemedel ökade under perioden 2005–2017 med 27 procent. En liten minskning sågs 2018, men andelen har därefter åter ökat, till att 2021 vara 48 (kvinnor: 43; män: 63) procent högre jämfört med 2005. En märkbar ökning med 12 procent ses mellan 2020 och 2021.
- Det är stora skillnader mellan kommunerna i hur många personer 75 år och äldre som har läkemedel som bör undvikas, tre eller fler psykofarmaka, antipsykotiska läkemedel och tio eller fler läkemedel, både för dem som bor i ordinärt boende med hemtjänsten och för dem i särskilda boenden för äldre.
- IVO genomförde under pandemin en särskild tillsynsinsats av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden. Myndigheten granskade över 50 000 journaler och enkäter till boende, närstående och personal, och samtliga 283 kommuner som granskades fick kritik.

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen ska samordna insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (S2018/04111/FS delvis). Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av både kommuner och regioner, men eftersom patientsäkerhetsarbetet ser olika ut behöver de bryta ner den nationella handlingsplanen och göra anpassningar för varje huvudman. Genom att ta fram egna handlingsplaner kan de etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete.

Under december 2022 och januari 2023 gjorde Socialstyrelsen en uppföljning av kommunernas och regionernas arbete med lokala handlingsplaner för patientsäkerhet och i vilken utsträckning de använder verktygen som tagits fram för att implementera handlingsplanen. Totalt 242 kommuner svarade, och av dem hade 44 stycken (18 procent) en handlingsplan för patientsäkerhet och 79 kommuner hade ett beslut om att ta fram en handlingsplan. Majoriteten av dessa kommuner har utgått från den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet i sitt lokala arbete. I 119 kommuner (49 procent) saknas en handlingsplan för patientsäkerhet. Av dessa svarade dock 42 kommuner att de hade ett styrdokument för patientsäkerhet med motsvarande innehåll som en handlingsplan. Vidare hade den nationella handlingsplanen diskuterats i förvaltningsledningen i 129 kommuner (53 procent) [96]. Sammantaget visar uppföljningen att fler kommuner än året innan har eller arbetar med att ta fram handlingsplaner för ökad patientsäkerhet. (Se även avsnittet *Munhälsa bland utrikes födda* samt rapporten *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2023*)

Öka kunskap om inträffade vårdskador

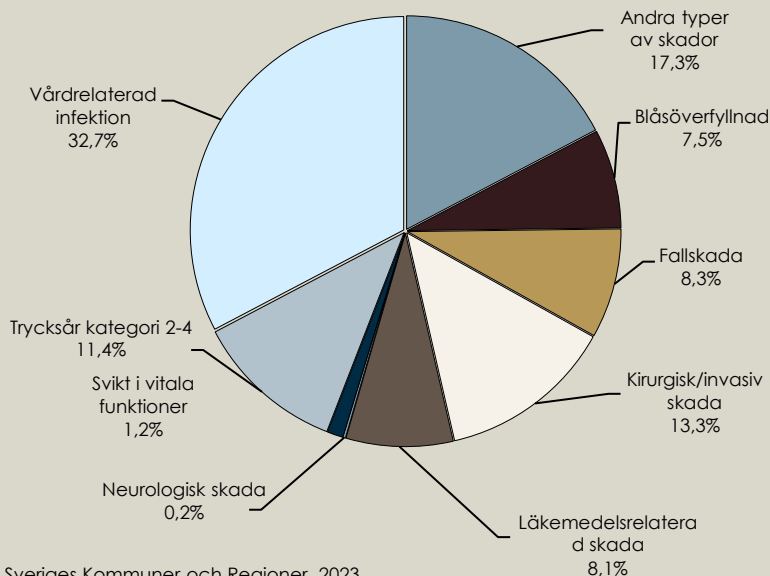
Journalgranskning ger överblick och detaljer om vårdskador

Under 2021 granskades 8 430 vårdtillfällen med markörbaserad journalgranskning (MJG). Samtliga regioner tog i granskningen. Resultaten visar att andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador minskade 2013–2021, från 13 till 11 procent för skador, och andelen vårdskador minskade från 8,7 till 6,3 procent. Någon förändring mellan 2020 och 2021 ses dock inte. Av de granskade journalerna från 2021 rörde 51 procent kvinnor och 49 procent män, och könsfördelningen var relativt konstant under hela granskningsperioden.

Det slumpmässiga urvalet av journaler för vuxna som granskas vid MJG speglar åldersfördelningen i den somatiska slutenvården, och under perioden 2013–2021 ökade andelen patienter som är 65 år eller äldre från 64 procent till 69 procent [97]. Tidigare MJG-rapporter har visat att skadefrekvensen ökar med åldern, och i 2021 års granskning hade 8,9 procent i åldersgruppen 85 år eller äldre minst en vårdskada, jämfört med 4,1 procent i gruppen 18–49 år. Den vanligaste skadetyper var vårdrelaterad infektion, med 33 procent av skadorna (figur 39) [97].

Figur 39. Fördelning av skadetyper. Somatisk akutsjukvård av vuxna

Markörbaserad journalgranskning 2021. Det totala antalet skador, som identifierades i granskningen av journaler från 2021, var 1 194 fördelade på 946 patienter 18 år och äldre.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, 2023.

Vårdskadorna har minskat

Under perioden 2013–2021 har drygt 118 000 slutenvårdstillfällen granskats inom somatisk vård för vuxna [97]. Under denna period har andelen av samtliga skador som bedöms som vårdskador minskat från 62 till 52 procent. Som exempel har andelen av samtliga vårdrelaterade infektioner som bedöms som undvikbara minskat från 63 procent 2013 till 42 procent 2021. Denna

positiva förändring talar för att arbetet för förbättring av patientsäkerheten har lett till att de undvikbara skadorna nu utgör en mindre andel av skadorna.

Vanligare med skada under vård för covid-19 än vid annan vård

Av alla vårdtillfällen för covid-19 har ett slumpmässigt urval gjorts av sammanlagt 5 052 vårdtillfällen. Granskningen gjordes under tre tidsperioder under 2020-2021.⁴³

Sex av tio granskade vårdtillfällen avsåg män och hälften av patienterna var över 70 år. De patienter som fick intensivvård var yngre och andelen män högre än för patienter med covid-19 som inte behövde sådan vård. Våren 2020 identifierades en eller flera skador vid 18 procent av de granskade vårdtillfällena. Hösten 2020 var andelen 13 procent och våren 2021 var den 16 procent. Det var små skillnader mellan könen i skadeförekomst [98]. Andelen patienter med covid-19 som fick intensivvård varierade mellan de granskade tidsperioderna, liksom åldersfördelningen.

De två största skadegrupperna var vårdrelaterade infektioner (VRI) och trycksår. Våren 2020 utgjorde VRI 35 procent av de identifierade skadorna [97], 49 procent hösten 2020 och 46 procent våren 2021. Trycksår utgjorde 22 procent av skadorna våren 2020, och 16 procent hösten 2020 och våren 2021. Skada i kategorin ”annan typ av skada” var också vanlig, bland annat hudskada annan än trycksår och ytlig kärlskada, trombos, emboli och allergisk reaktion.

Mätning av vårdrelaterade infektioner inom särskilt boende för äldre

Den nationella PPM-mätningen HALT^{44,45} från 2021 omfattade VRI⁴⁶, riskfaktorer och antibiotikaanvändning inom särskilt boende, och 16 877 personer⁴⁷ från 134 kommuner deltog [99]. Totalt hade 1 procent (169 personer) av dem som bodde på särskilt boende för äldre en VRI (figur 40).

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

⁴³ Under våren 2020 granskades 1 529 journaler, under hösten 2020 granskades 1 278 journaler och under våren 2021 granskades 2 245 vårdtillfällen. Alla regioner utom tre har genomfört granskningen under alla tre tidsperioderna.

⁴⁴ Mätningen genomförs en valfri dag under två veckor på hösten. Metoden baseras på journalgranskning. Alla särskilda boenden för äldre samt LSS-enheter (verksamhet enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade) erbjuds att delta. Mätningen genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

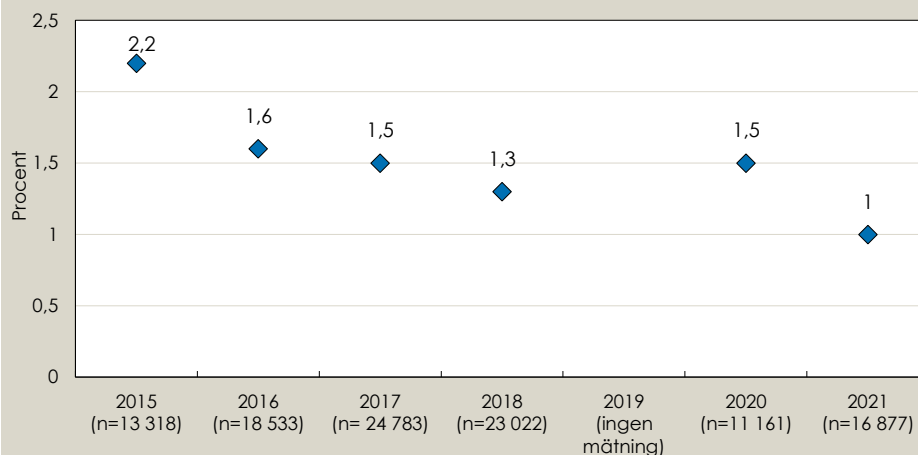
⁴⁵ Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities. Det är en evidensbaserad metod som bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll för mätning av VRI och antibiotikaanvändning inom vårdboenden.

⁴⁶ I HALT definieras VRI enligt följande: Första tecknen och symtom ska ha börjat senare än 48 timmar efter tidpunkten för inflyttning eller återinflyttning. Alla symtom måste vara nya eller ha akut försämrats. Infektioner som redan förekom eller var i inkubationsstadiet vid tidpunkten för inflyttning eller återinflyttning ska inte räknas med.

⁴⁷ Av dessa bodde 113 personer på LSS-enheter. Inom LSS är två av tre personer i mätningen yngre än 65 år. Inom särskilt boende för äldre är nästan alla vårdtagare äldre än 65 år.

Figur 40. Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre

Andel (%) av vårdtagarna (n) 65 år och äldre med en vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre i kommunerna över tid.



Källa: Senior Alert, Folkhälsomyndigheten.

Riskfaktorer har stor betydelse för uppkomsten av VRI. De vanligaste är någon form av sår och urinkateter, och flera riskfaktorer samtidigt ökar risken avsevärt. Hud- och mjukdelsinfektion och urinvägsinfektion var vanligast riskfaktorer i mätningen 2021. Riskfaktorer var vanligare bland personer på korttidsboende än på permanentboende, och bland personer med korttidsplats sågs en högre andel med sår och urinkateter än bland personer på permanentboende. De tre mätningarna visar inga betydande skillnader i den totala prevalensen för VRI eller antibiotikaanvändning [99].

Trycksår förekomst hos äldre

Ett trycksår är en lokal skada i huden eller den underliggande vävnaden som ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv.⁴⁸ Trycksår kan bland annat leda till smärta, ångslan och bundenhet för individen samt ökad vårdtyngd och ökade kostnader för sjukvården.

Kvalitetsregistret Senior alert gör varje år en nationell PPM-mätning av trycksår förekomst [100]. År 2022 noterades trycksår hos 5,9 procent av de äldre inom kommunala verksamheter⁴⁹ och 4,1 procent inom regionala verksamheter, oftast på hämlarna och i ryggslutet.⁵⁰ Totalt 45 procent av trycksåren bedömdes som lindriga (kategori 1).⁵¹ Resultaten är i nivå med tidigare år.

⁴⁸ Skjuv uppstår när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra, exempelvis när en persons huvudända på sängen höjs och personen glider ner i sängen.

⁴⁹ Inkluderade kommunala och privata enhetstyper: demens, vård och omsorg, korttidsboende, hemsjukvård, LSS.

⁵⁰ Inkluderade regionala verksamheter: Vårdavdelningar, vårdcentraler och hemsjukvård i regioner.

⁵¹ Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4; de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

Tabell 21. Punktprevalensmätningar av trycksår i kommunal verksamhet

Punktprevalensmätningar¹ av trycksår i kommunal verksamhet, 2017–2022, antal kommuner respektive antal och andel (%) personer.

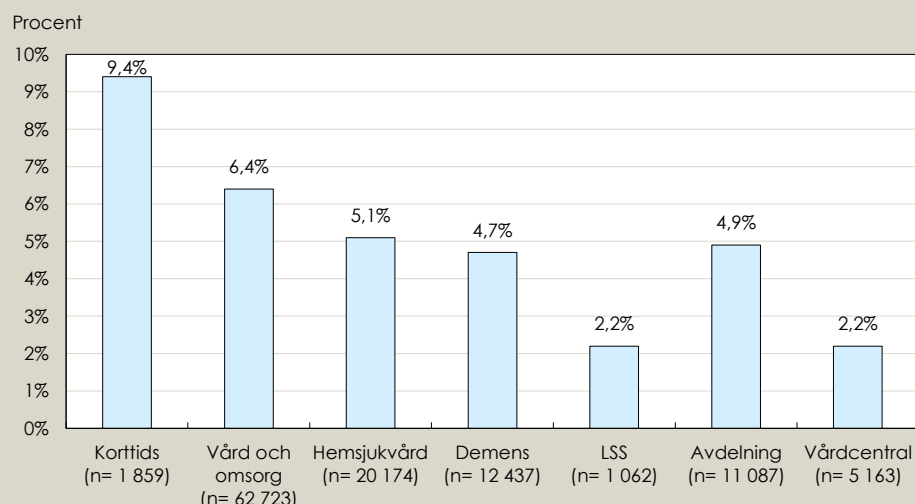
	Höst 2017	Höst 2018	Höst 2019	Höst 2020	Höst 2021	Höst 2022
Antal kommuner	286	285	285	284	284	283 ²
Antal personer i kommunal verksamhet	90 404	90 520	93 012	92 101	93 389	96 992
Andel (%) med risk för trycksår	25	26	26	26	26	25
Andel (%) med trycksår	5	6	7	6	6	6

¹ I mätningarna ingår även regioner, men regionernas resultat redovisas inte i tabellen. Procentsatsen är avrundad.

² Totalt deltog 114 812 personer varav 17 820 i regionverksamhet.

Källa: Senior alert 2022.

Av figur 41 framgår att förekomsten av trycksår varierade beroende på enhetstyp. För kommunala verksamheter finns enhetstyperna vård och omsorg, demens, korttids, LSS, socialpsykiatri eller hemsjukvård. För regionala verksamheter finns enhetstyperna avdelning (sjukhus) eller vårdcentral samt för Region Stockholm även hemsjukvård. Vanligast var de på korttidsboenden – med drygt 9 procent. Resultaten för 2022 är i nivå med tidigare år [13].

Figur 41. Andel (%) personer med trycksår per enhet, 2022

Källa: Senior alert 2022.

Många trycksår kan undvikas med förebyggande åtgärder

Det går att förebygga trycksår genom att sätta in åtgärder för personer som bedömts ha risk för sådana. De två vanligaste planerade åtgärderna var bedömning av huden (61 procent) och hudvård (55 procent) [100]. Andelen utförda förebyggande åtgärder var däremot väsentligt lägre: 22 procent för bedömning av huden och 19 procent för hudvård. Den här skillnaden mellan planerade åtgärder och utförda åtgärder ses även i tidigare års mätningar. Användning av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 49 procent av de äldre med risk för trycksår och registrerades som utförd för 17 procent. Andelen planerade respektive utförda förebyggande åtgärder är i nivå med mätningen 2021.

Trycksår i slutenvård är vanligare i de äldre åldersgrupperna

Den årliga PPM-mätningen av trycksår i slutenvård⁵² visar att 14 procent av patienterna hade trycksår 2022 (kategori 1–4)⁵³, vilket är samma resultat som året innan. Det finns fortfarande stor variation mellan regionerna. Förekomsten hos män var 22,3 procent och 18,6 procent hos kvinnor. Trycksår var vanligast i åldersgruppen 85 år och äldre, med 20 procent.

En femtedel av patienterna bedömdes ha risk för att få trycksår, vilket har varit relativt konstant sedan 2011. Medelåldern för riskpatienter var 77 år. Det var 36 procent av riskpatienterna som hade trycksår, liksom i den föregående mätningen. En tidig riskbedömning är viktig så att förebyggande åtgärder snabbt kan sättas in. Hos 45 procent av riskpatienterna genomfördes riskbedömningen inom det första dygnet⁵⁴ [101].

Klagomål och anmälningar

I följande avsnitt beskrivs klagomål till patientnämnderna⁵⁵ och IVO⁵⁶ på hälso- och sjukvården och omsorgen.^{57,58}

Klagomålen till patientnämnderna ökade

Klagomålen till patientnämnderna från patienter och närstående ökade 2022, med 40 621 klagomål⁵⁹ jämfört med drygt 38 100 klagomål 2021.

Klagomål på hälso- och sjukvården till IVO

Patienten ska i första hand vända sig till vårdgivaren för att lämna klagomål, och IVO ska enbart utreda de mest allvarliga klagomålen. År 2022 inkom 6 200 klagomål till IVO. Det var 5 846 beslutade ärenden, varav 1 321 stycken (23 procent) utreddes i sak.⁶⁰ De vanligaste orsakerna till att ett ärende inte utreddes var att det inte längre tillhörde IVO:s utredningsskyldighet eller att den som klagade inte först varit i kontakt med vårdgivaren eller patientnämnden. Av de utredda ärendena avslutades 669 ärenden med kritik.

För dem som var 65 år⁶¹ eller äldre utreddes 757 ärenden. Ärendena gällde framför allt vård och behandling följt av diagnostisering. Inom äldreomsorg utreddes 146 ärenden, varav 86 avslutades med kritik (figur 42). En majoritet av de utredda ärendena gällde vård och behandling, och de flesta avsåg särskilt boende.

⁵² År 2022 ingick 7 80 patienter, 18 år och äldre i slutenvård (exklusive rättspsykiatrisk vård), i mätningen v. 37. Alla regioner utom Region Stockholm och Region Kronoberg, ingick i mätningen. För Västra Götalandsregionen ingick ett sjukhus i mätningen.

⁵³ Kategori 1–4 inkl. ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada.

⁵⁴ Dokumenterad riskbedömning i patientjournalen inom 24 timmar efter att patienten kommit in på sjukhuset.

⁵⁵ Sedan den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet, 3 kap. 8 a § PSL samt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372).

⁵⁶ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

⁵⁷ Vårdgivaren är skyldig att till IVO anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, enligt 3 kap. 5 § PSL.

⁵⁸ Ansvarig nämnd eller verksamhet har en anmälningsskyldighet till IVO vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden enligt 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS.

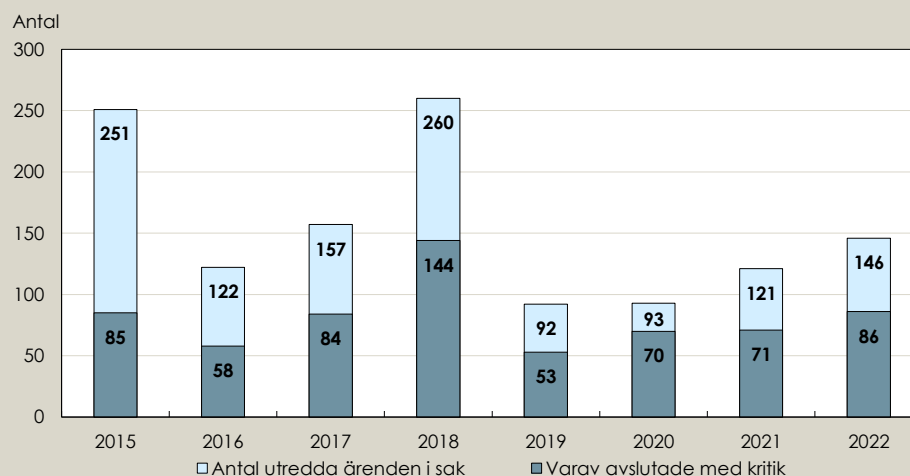
⁵⁹ Uppgift från Patientnämndernas kansli, Västra Götalandsregionen, 2023-01-16.

⁶⁰ Beslutade ärenden kan vara klagomål som inkom före 2022.

⁶¹ Ett klagomål kan gälla en eller flera åldersgrupper; det finns även xxx 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 42. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) inom äldreomsorgen

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen inom äldreomsorgen, antal utredda i sak samt antal avslutade med kritik, 2015–2022.

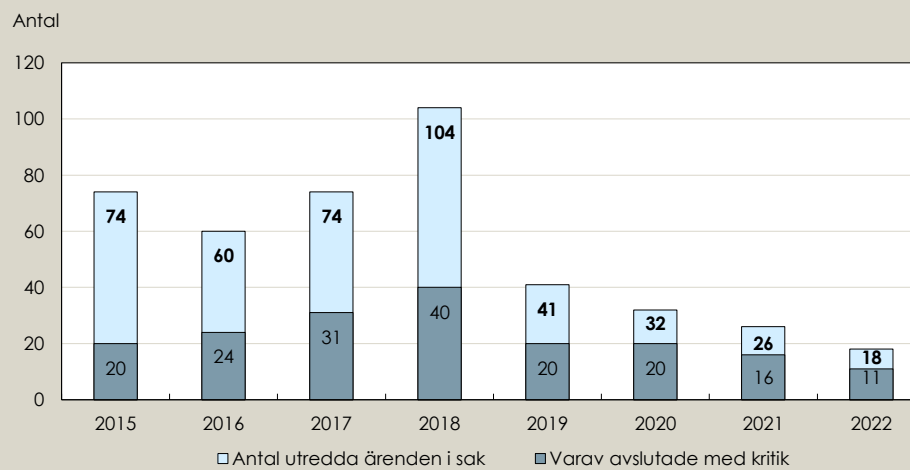


Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2022.

Inom hemsjukvård i ordinärt boende utreddes 18 ärenden, varav 11 avslutades med kritik (figur 43).

Figur 43. 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 – 2022.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2022.

Av de klagomål på hälso- och sjukvården som kom in till IVO var 23 covid-19-relaterade. Det var totalt 75 beslutade ärenden varav 59 utreddes i sak, och flest ärenden gällde särskilt boende, 27 stycken.⁶²

Klagomål på socialtjänstens äldreomsorg

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

⁶² Uppgifter från IVO 2023-01-27.

anmäls, och den som skickat in en anmälan får ett beslut om ifall klagomål-särendet ska utredas eller inte. En tillsyn kan inledas omgående eller senare, beroende på hur IVO bedömer de uppgifter som finns. Det kom in 7 480 anmälningar 2022 och IVO beslutade i totalt 7 498 ärenden. Av dessa gällde 1 292 beslut socialtjänstens äldreomsorg, och då oftast omsorg och omvårdnad följt av bemötande. Ärendena gällde i störst utsträckning säbo.⁶³ Av de beslutade ärenden som gällde äldreomsorg ledde 4 procent (57 ärenden) till fortsatt tillsyn i ett nytt ärende.

Det kom in 11 covid-19-relaterade klagomål och IVO fattade beslut i 12 covid-19-relaterade ärenden. Inget av dem ledde till fortsatt tillsyn.⁶⁴

Lex Sarah-anmälningar

Under 2022 minskade antalet lex Sarah-anmälningar till IVO.⁶⁵ IVO:s ansvar när det gäller anmälningar enligt lex Sarah är att granska huvudmannens utredning, och ärendet avslutas om IVO bedömer att utredningen följer bestämmelserna. Beslut togs i 1 178 ärenden, varav 426 gällde äldreomsorg (tabell 22).⁶⁶ De vanligaste ärendena om äldreomsorg rörde beviljad insats som inte utförts och beviljad insats som hade utförts felaktigt. Ärendena inom äldreomsorg gällde oftast särskilt boende för äldre, följt av hemtjänst. Det liknar bilden från tidigare år [17].

Det kom in 4 covid-19-relaterade lex Sarah-anmälningar. Inga beslutade ärenden var kopplade till covid-19-pandemin.

Tabell 22. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Sarah 2016–2022

Lex Sarah	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Inkomna ärenden	1 204	1 294	1 163	1 200	1 104	1 193	1 132
Beslutade ärenden	1 254	1 333	1 177	1 170	1 128	1 074	1 178

Antal beslutade ärenden kan skilja sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Anmälningar av allvarliga vårdskador, lex Maria

Under 2022 minskade antalet anmälningar enligt lex Maria jämfört med 2021 (tabell 23). IVO:s ansvar när det gäller dessa anmälningar är att granska vårdgivarens utredning, och ärendet avslutas om IVO bedömer att utredningen följer bestämmelserna. Sedan 2018 har flest beslutade ärenden gällt kirurgisk specialistsjukvård och primärvård,⁶⁷ och då oftast vård och behandling följt av diagnostisering. Totalt 14 ärenden ledde till fortsatt tillsyn.

År 2022 gällde 1 017 beslut personer i gruppen 65 år och äldre.⁶⁸ Flest beslut gällde vård och behandling, följt av diagnostisering och läkemedelshandling.

⁶³ Ett klagomål till IVO kan gälla ett eller flera verksamhetsområden, och en eller flera händelsekategorier. I beslutade ärenden kan verksamhetsområdet och vad ärendet avser kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet för ett verksamhetsområde eller en händelsekategori kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

⁶⁴ Uppgifter från IVO 2023-01-27.

⁶⁵ Avser alla inkomna anmälningar. Enbart äldreomsorg kan inte specificeras.

⁶⁶ Antalet beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden som anmäls före 2022 ingår.

⁶⁷ Primärvård utom hemsjukvård.

⁶⁸ I 82 ärenden specificerades inte ålder. I beslutade ärenden kan ålder kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet ärenden specificerat på åldersgrupper kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

För äldreomsorgen beslutade IVO i 256 ärenden, och för hemsjukvård i ordinärt boende i 95 ärenden. Inom äldreomsorg var det vanligast med områdena vård och behandling, läkemedelshantering och fall eller fallskada. Inom hemsjukvård i ordinärt boende gällde flest beslut vård och behandling och läkemedelshantering.

Tabell 23. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Maria 2016–2022

Lex Maria	2016	2017	2018*	2019	2020	2021	2022
Inkomna ärenden	2 465	2 679	2 009	2 270	2 170	2 263	2 076
Beslutade ärenden	2 494	2 752	2 256	2 110	2 104	2 267	2 028

* Ett minskat antal anmälningar hänger ihop med att det fram till den 1 september 2017 fanns en anmälningsskyldighet enligt Lex Maria när en patient hade begått suicid i samband med undersökning, vård, behandling, samt efter fyra veckor efter en vårdkontakt, om detta kommit till vårdgivarens kännedom i 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28).

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Det kom in 14 covid-19-relaterade anmälningar och IVO fattade beslut i 22 ärenden.⁶⁹ Verksamhetsområdet invärtesmedicin hade flest beslutade ärenden, 11 stycken.⁷⁰

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hygienrutiner och klädregler följs något mindre

En viktig insats för att undvika smittspridning är att vård- och omsorgspersonal följer basala hygienrutiner och klädregler. SKR gör varje år en nationell PPM-mätning⁷¹ av hur hygienrutiner och klädregler efterlevs. I mätningen våren 2022 medverkade 158 kommuner med totalt 25 144 observationer [102]. Efterlevnaden av samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler var 65 procent jämfört med 68 procent våren 2021 (figur 44). Det var dock en stor spridning mellan kommunerna, från drygt 35 procent till omkring 98 procent. Följsamheten till klädregler var högre än till hygienrutiner, 89 procent respektive 71 procent, en skillnad som även ses i tidigare mätningar. Att klädreglerna följs i högre grad framgår även i regionernas resultat. Ett förbättringsområde är desinfektion före patientnära arbete, där efterlevnaden var 79 procent.

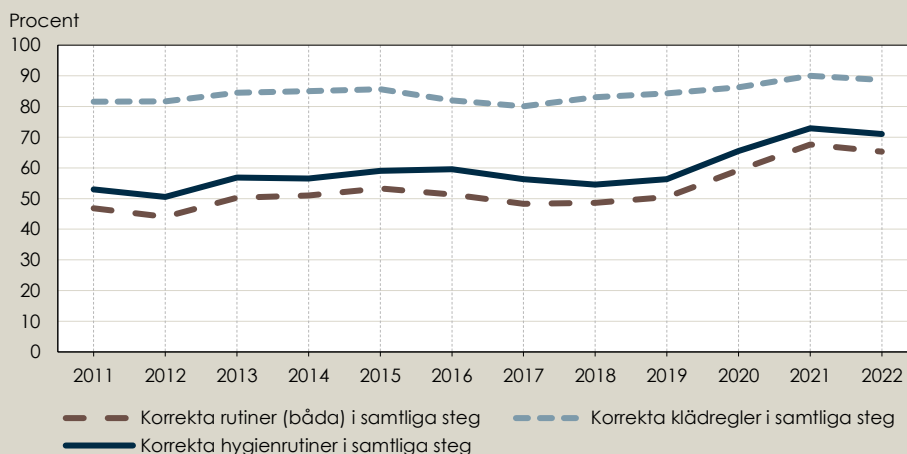
⁶⁹ Antalet beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden som anmälles före 2021 ingår.

⁷⁰ Uppgifter från IVO 2023-01-30, <https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>

⁷¹ Mätningen genomfördes vid en bestämd tidpunkt våren 2022 och utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll och omfattar observationer av åtta steg som baseras på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basala hygien i vård och omsorg.

Figur 44. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

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



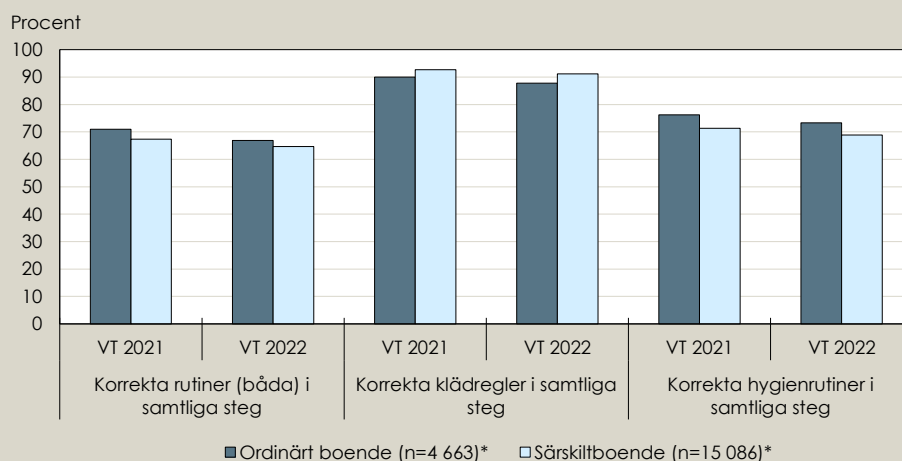
Källa: Punktprevalensmätningen. Sveriges kommuner och regioner.

Under pandemiåret 2020 ökade intresset för hygienfrågor, inte minst inom kommunal vård och omsorg. Under 2022 minskade följsamheten till hygienrutiner, men trots det ser Socialstyrelsen att en ökad medvetenhet om hygienrutiner och klädregler och större krav på att personal ska genomgå utbildning i vårdhygien. För att upprätthålla hög följsamhet krävs kontinuitet med utbildningsinsatser, regelbundna uppföljningar och stöd till verksamhetsledningen i sitt dagliga arbete [103].

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler varierade beroende på enhetstyp (figur 45). Det går dock inte att dra slutsatser av endast två mätningar, och antalet observationer varierade stort mellan enhetstyperna.

Figur 45. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Boendeform

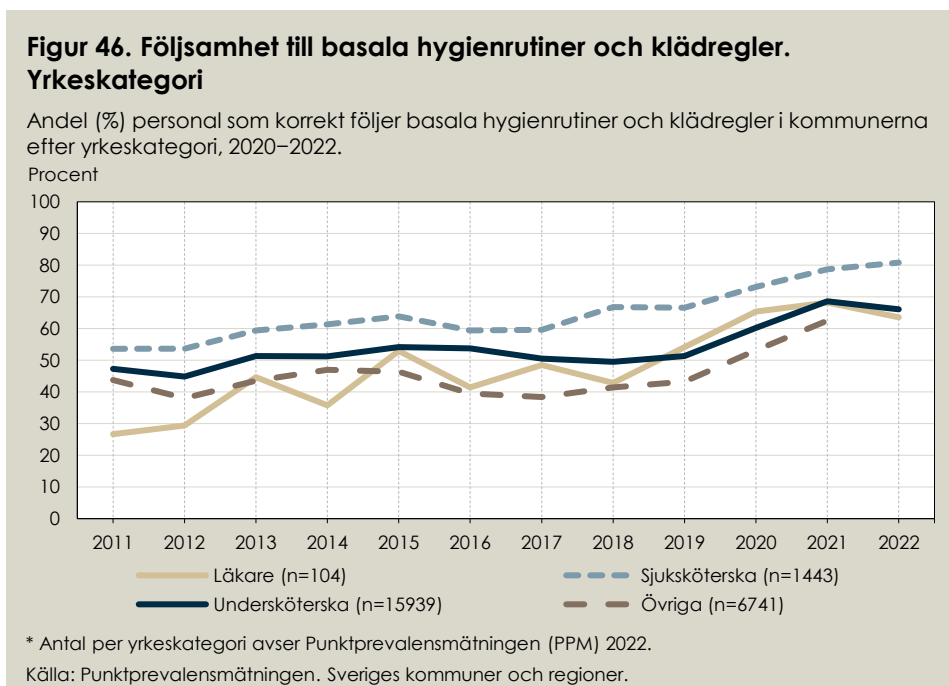
Andel (%) personal som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna efter boendeform, 2021–2022.



*Antal avser Punktprevalensmätningen (PPM), 2022.

Källa: Punktprevalensmätningen. Sveriges kommuner och regioner.

Figur 46 visar följsamheten över tid för tre yrkesgrupper och en grupp benämnd övriga. Sjuksköterskor har genomgående haft högst följsamhet i alla mätningar.



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

Allt fler äldre har fast vårdkontakt

År 2022 publicerade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapporten *Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2022* [104]. Man har undersökt vad befolkningen 65 år och äldre tycker om hälso- och sjukvården och jämfört med åsikterna i tio andra länder.

Äldre personer och personer med kroniska sjukdomar är de som besöker vården mest. Det är därmed de som ofta har det största behovet av kontinuitet och bra relationer med vården. I rapporten dras följande slutsatser:

- **Fler äldre har en fast kontakt i primärvården**
 69 procent av dem som är 65 år och äldre uppger att de har en fast läkare eller sjuksköterska som de går till för vård. Det är en ökning med 8 procent sedan den förra undersökningen 2017. Samtidigt är det fortfarande en lägre andel jämfört med andra länder.
- **Fast vårdkontakt prioriteras för dem med störst behov**
 Det är vanligare att personer med en kronisk sjukdom har en fast vårdkontakt, och andelen är störst bland personer med diabetes. Störst förbättring sedan den förra mätningen ses bland personer som har cancer, där andelen med fast vårdkontakt ökat från 39 procent till 73 procent.
- **Fler personer med kronisk sjukdom har en behandlingsplan**
 Drygt 70 procent av dem med kronisk sjukdom har i dag en

behandlingsplan för sin sjukdom som de kan använda i vardagen. Vid förra mätningen 2017 var andelen ungefär 40 procent.

Allt fler personer har en fast vårdkontakt, och det är viktigt att personer med störst behov av en fast vårdkontakt också prioriteras. Dessa resultat behöver fortsätta att öka. Vård- och omsorgsanalys rapport bekräftar att de med fast vårdkontakt har mer positiva erfarenheter från vården, är oftare involverade i beslut om sin egen vård och upplever att personalen känner till deras medicinska historia bättre.

Rapporten sammanfattar att vården för personer med kronisk sjukdom har förbättrats på flera olika områden. Samtidigt finns mycket kvar att göra, bland annat när det gäller väntetider till vården och samordning mellan primärvård och specialistvård. Tillgången till fast vårdkontakt skiljer sig också åt mellan glesbygd och städer.

Utvecklingen mot en mer nära vård är nödvändig, inte minst sett utifrån de demografiska prognoserna för kommande år. (Läs mer i avsnittet *Demografi*.)

Säker vård här och nu

Nya föreskrifter för att förebygga smitta i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS⁷²

Socialstyrelsen beslutade i juni 2022 om nya föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS. Författningen började gälla den 1 november 2022 och ska tillämpas av de som bedriver hemtjänst, särskilt boende för äldre och personer med funktionsnedsättningar samt LSS-bostäder. Bakgrunden var erfarenheterna från covid-19-pandemin och det fanns ett behov av att förtydliga de aktuella verksamheternas ansvar för att förebygga och förhindra smitta smittspridning. Föreskrifterna anger tre huvudsakliga krav:

- Det ska finnas rutiner i verksamheten för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning.
- Verksamheten ska göra riskanalyser om vilka risker för smitta och smittspridning som finns i verksamheten.
- Personalen ska få utbildning och fortbildning i basal hygien och hur man arbetar med att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten.

⁷² <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-8005.pdf>

Utbildningar om att förebygga smitta för personal i kommunala verksamheter

Basala hygienrutiner i vård och omsorg

I december 2020 lanserade Socialstyrelsen utbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg*, vilken främst vänder sig till verksamma inom äldre- och funktionshindersomsorg [105]. Syfte med utbildningen är att beskriva vikten av basala hygienrutiner och vad som gäller för personlig skyddsutrustning. Målet är att öka följsamheten till hygienrutiner och därmed minska smittspridning inom kommunala verksamheter.

Fram till oktober 2022 hade 85 000 genomfört utbildningen. Under 2022 genomförde 28 959 personer utbildningen. Det är främst undersköterskor följt av vårdbiträden som slutfört den.⁷³

Förebygg och förhindra smitta – för chefer i vård och omsorg

Den 8 december 2022 publicerade Socialstyrelsen webbutbildningen *Förebygg och förhindra smitta – för chefer i vård och omsorg* [106]. Den utgår från webbutbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg* och föreskrifterna om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.⁷⁴ Utbildningen består av två moduler: *Basala hygienrutiner i din verksamhet* och *Smittförebyggande åtgärder i din verksamhet*. I denna utbildning får chefer kunskap om

- vilka regler som finns gällande basala hygienrutiner
- vad basal hygien innebär och vad personalen behöver kunna för att följa de basala hygienrutinerna
- vilket ansvar verksamheten har för att personalen ska lära sig basala hygienrutiner
- vilka regler för smittförebyggande åtgärder som gäller i vissa verksamheter enligt SoL och LSS
- hur den som bedriver verksamheten kan ta ansvar för att förebygga och förhindra smittor i verksamheten
- hur och var chefen kan få stöd i dessa frågor
- hur chefen kan arbeta systematiskt med de basala hygienrutinerna och de smittförebyggande åtgärderna genom att använda ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Stärka analys, lärande och utveckling

Kvaliteten vid läkemedelsbehandling fortsätter att förbättras

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel [107]. Därtill medför den omfattande läkemedelsanvändningen hos många äldre, en ökad risk för

⁷³ Hämtat 2022-12-06.

⁷⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.

biverkningar och att läkemedel kan påverka varandra (interagera) [108]. Det finns därför ett stort behov av att fördjupa kunskapen om hur omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

Personer som är 75 år eller äldre har rapporterats använda i genomsnitt knappt fem olika läkemedel [109]. Äldre som är multisjuka och äldre som bor på säbo, är p.g.a. sviktande funktioner eller olika sjukdomar mest känsliga för läkemedel. Dessa grupper använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel [110]. Förskrivningen av olämpliga läkemedel⁷⁵ (läkemedel som bör undvikas) till dem som fyllt 75 år har emellertid minskat kontinuerligt sedan 2005 (figur 48), mätt med hjälp av fyra olika indikatorer. Samtidigt har den totala användningen av läkemedel ökat. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel ökade under perioden 2005–2017 med 27 procent. En liten minskning sågs 2018, men andelen har därefter åter ökat, till att 2021 vara 48 (kvinnor: 43; män: 63) procent högre jämfört med 2005. En märkbar ökning, med 12 procent ses mellan 2020 och 2021.

Figur 47. Äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt, 2021.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Sedan 2005 har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt. Exempelvis har samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka, en av Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [69], minskat med 12 (kvinnor: 7; män: 16) procent. Den indikatorn hade dock minskat med så mycket som 24 procent fram till 2018, men har därefter ökat igen. Den mest uttalade förändringen har observerats för olämpliga läkemedel, vars användning minskade med 59 procent (samma hos kvinnor och män) under perioden 2005–2018. En viktig typ av läkemedel som omfattas av denna indikator är så kallade antikolinerga⁷⁶ läkemedel, som kan orsaka minnesstörningar och förvirring hos äldre. Användningen av dessa läkemedel minskade med 36 procent under denna period.

I och med den tredje versionen av Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [69], som publicerades 2017, ändrades indikatorn

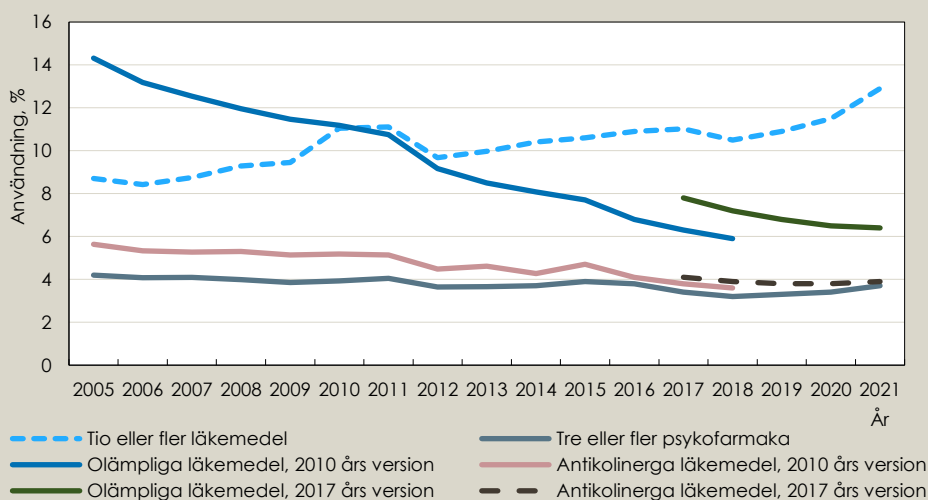
⁷⁵ Läkemedel som är olämpliga för äldre är en indikator i Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (*1.1 Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger*).

⁷⁶ Antikolinerga läkemedel hindrar signalsubstansen acetylkolins verkan på sina receptorer. De kan hämma signalöverföringen i vissa nervbanor i hjärnan som är viktiga för de kognitiva processerna, och kan därmed orsaka kognitiva störningar och förvirring hos äldre. Risken är större hos personer med Alzheimers sjukdom. Läkemedel med antikolinerga effekter kan också hämma funktionen av vissa inre organ och därigenom orsaka bl.a. muntorrhet, förstoppning och vattenkastningsbesvär.

för olämpliga läkemedel för äldre. Dels reviderades listan över läkemedel med antikolinerga effekter, dels tillkom två nya läkemedel som klassificerats som olämpliga – det smärtstillande läkemedlet kodein och diabetesmedlet glibenklamid. Det innebar en ökning av förekomsten av såväl olämpliga läkemedel som antikolinerga läkemedel, men båda indikatorerna har visat en fortsatt minskning sedan 2017, från 7,8 till 6,4 procent respektive 4,1 till 3,9 procent.

Figur 48. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta

Andel personer 75 år och äldre som förskrivs olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer, 2005–2021.



Källa: Socialtjänstregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Skillnader mellan kommunerna vid förskrivning av läkemedel

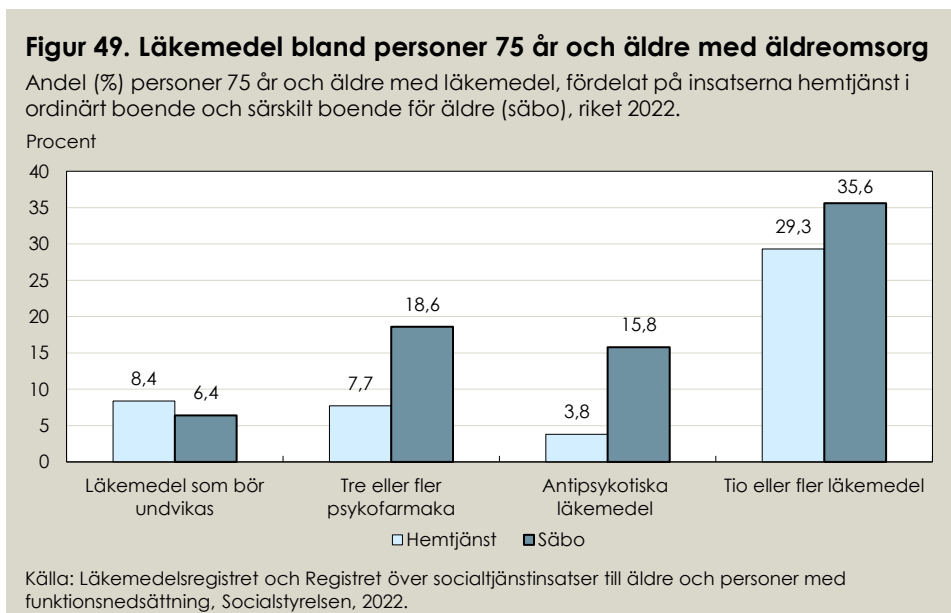
I *Öppna jämförelser 2022. Vård och omsorg för äldre* redovisas fyra indikatorer som belyser läkemedelsanvändningen bland personer 75 år och äldre med insatserna hemtjänst i ordinärt boende eller säbo: läkemedel som bör undvikas (olämpliga läkemedel), tre eller fler psykofarmaka, antipsykotiska läkemedel och tio eller fler läkemedel [111].

2022 års resultat är i stort sett oförändrade jämfört med 2021, förutom när det gäller andelen med tio eller fler läkemedel som ökade något. Det gäller både för personer med hemtjänstinsatser och för de i säbo. Sedan 2015⁷⁷ har andelen med läkemedel som bör undvikas minskat med några procentenheter, medan andelen med tre eller fler psykofarmaka och antipsykotiska läkemedel har ökat med några procentenheter. Den största ökningen för samma tidperiod gäller andelen med tio eller fler läkemedel, som har ökat med 10 och 12 procentenheter inom hemtjänst respektive säbo.

Det är vanligare att personer i säbo får tre eller fler psykofarmaka, antipsykotiska läkemedel eller tio eller fler läkemedel, jämfört med personer som

⁷⁷ Fram till 2014 redovisades resultat för läkemedel som bör undvikas, tre eller fler psykofarmaka, antipsykotiska läkemedel samt tio eller fler läkemedel sammanslaget för hemtjänst och särskilt boende för äldre i *Öppna jämförelser - Vård och omsorg för äldre*.

bor hemma med stöd av hemtjänsten. Däremot är det vanligare att personer med hemtjänst får läkemedel som bör undvikas (figur 49).



Ålder, sjukdomar och fysiska funktionsnedsättningar är vanligt hos personer på säbo. Det kan delvis förklara skillnader i läkemedelsanvändningen mellan boendeformerna. Däremot finns det stora skillnader mellan kommunerna beträffande hur många äldre som får läkemedel, inom både hemtjänst och säbo (tabell 24).

Tabell 24. Spridning av olika typer av läkemedel bland personer 75 år och äldre med äldreomsorg

Andel (%) personer 75 år och äldre som har läkemedel, fördelat på typ av läkemedel och insats, 2022. Lägsta och högsta andelar i kommunerna.

Insats	Läkemedel som bör undvikas (%)	Tre eller fler psykofarmaka (%)	Antipsykotiska läkemedel (%)	Tio läkemedel eller fler
Hemtjänst	0 - 19,4	1,7 - 16,7	0 - 11,7	16,8 - 48,5
Säbo	0 - 22,6	0 - 33,9	2,1 - 31,8	10,0 - 61,0

Källa: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, 2022.

I vissa kommuner är det ingen som har läkemedel som bör undvikas, oavsett om man har hemtjänst eller bor på säbo, medan andelen är cirka en femtedel i andra kommuner. Andelen personer på säbo som har tio eller fler läkemedel varierar mest mellan kommunerna, 10–61 procent (tabell 24), men det finns också stora variationer för övriga läkemedelsgrupper. Bland dem som har hemtjänst är det en högre andel kvinnor som har läkemedel inom samtliga läkemedelsgrupper, jämfört med män (tabell 25).

Tabell 25. Spridning av olika typer av läkemedel bland personer 75 år och äldre med hemtjänst

Andel (%) personer 75 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst som har läkemedel, fördelat på typ av läkemedel samt kvinnor, män och totalt, riket 2022.

Hemtjänst	Läkemedel som bör undvikas (%)	Tre eller fler psykofarmaka (%)	Antipsykotiska läkemedel (%)	Tio läkemedel eller fler (%)
Kvinnor	9,0	8,5	4,0	29,6
Män	7,2	6,0	3,5	28,8
Totalt	8,4	7,7	3,8	29,3

Källa: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, 2022.

I säbo är det däremot en högre andel män som har dessa läkemedel, förutom tre eller fler psykofarmaka, som är vanligare bland kvinnor (tabell 26).

Tabell 26. Spridning av olika typer av läkemedel bland personer 75 år och äldre i särskilt boende för äldre

Andel (%) personer 75 år och äldre i särskilt boende för äldre (säbo) som har läkemedel, fördelat på typ av läkemedel samt kvinnor, män och totalt, riket 2022.

Säbo	Läkemedel som bör undvikas (%)	Tre eller fler psykofarmaka (%)	Antipsykotiska läkemedel (%)	Tio läkemedel eller fler (%)
Kvinnor	6,3	19,6	15,5	35,2
Män	6,6	16,4	16,3	36,5
Totalt	6,4	18,6	15,8	35,6

Källor: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, 2022.

Resultaten tyder på att många regioner arbetar med att förbättra läkemedelsanvändningen bland äldre, men också att många regioner behöver arbeta mer aktivt med läkemedelsgenomgångar. Dessa skillnader kan bero på i vilken utsträckning man gör läkemedelsgenomgångar och i vilken utsträckning läkare förskriver läkemedel till äldre. Medicinsk behandling är ofta nödvändig, men vissa tillstånd kan behandlas icke-farmakologiskt. Det kan vara förändrade levnadsvanor och ändrade dagliga rutiner vid exempelvis sömnbesvär eller kostförändringar och ökad motion vid förstoppning. Vid beteendesymtom hos en patient med demens bör man först tillgodose behovet av god omvårdnad och boendemiljö, och sedan överväga läkemedelsbehandling [69]. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter är läkemedelsgenomgångar viktiga för att följa upp, analysera och ompröva en individs läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och systematiskt sätt. Socialstyrelsen har också tagit fram en förteckning över olämpliga läkemedel och en diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre.⁷⁸ På Socialstyrelsens hemsida finns en även webbutbildning om läkemedelsbehandling av äldre personer för läkare inom allmäntjänstgöring, och en webbutbildning om läkemedelsgenomgångar som vänder sig till läkare, sjuksköterskor och övrig vård- och omsorgspersonal som arbetar med läkemedelsgenomgångar för äldre.⁷⁹

⁷⁸ Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre – Socialstyrelsens förslag. Socialstyrelsen; 2018; <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/aldre-olampliga-lake-medel-for-aldre-lista.pdf>.

⁷⁹ <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/aldres-halsa/aldre-och-lakemedel/>

Allvarliga brister i den medicinska vården på boenden för äldre

I augusti 2022 presenterade IVO delrapporten *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)* [112], med resultat från en särskild tillsynsinsats av medicinsk vård och behandling under pandemin vid landets säbo, totalt 1 985 boenden. Myndigheten har granskat över 50 000 journaler och enkäter till boende, närstående och personal, och samtliga 283 kommuner som har granskats fick kritik. IVO konstaterade att lägstnivån vad gäller medicinsk vård och behandling på säbo är för låg och att ingen kommun till fullo lever upp till de lagar och regler som finns.

Detta är några av resultaten hittills [112]:

- **Vård i livets slutskede följer inte reglerna.**
När vården går in i livets slutskede ska ett så kallat brytpunktssamtal genomföras med patienten eller de närstående. Men tillsynen visar att det saknas ett dokumenterat brytpunktssamtal för tre av fyra av de patienter som avlidit. Detta styrks även av enkätsvar från närstående som visar att drygt sex av tio inte har haft ett sådant samtal.
- **Läkemedelshanteringen är inte patientsäker.**
Ungefär hälften av patienterna saknar en dokumenterad läkemedelsgenomgång och var femte patient har olämpliga läkemedel. En stor del av läkemedelshanteringen delegeras från legitimerad personal till icke legitimerad personal, varav många saknar lämplig utbildning.
- **Kontinuitet och dokumentation brister.**
Totalt 44 procent av patienterna saknar dokumenterade vårdplaner i sin kommunala journal. För de patienter som träffar sex eller fler olika sjuksköterskor en vanlig månad saknar 39 procent en dokumenterad vårdplan. Ungefär sex av tio journaler saknar helt åtgärds-koder som bör användas för att beskriva vårdåtgärder och funktionstillstånd och som ska användas vid inrapportering till Socialstyrelsen. I ungefär var tredje kommun saknas koder i samtliga journaler, vilket försvårar för kommunen att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

IVO fortsätter nu tillsynsarbetet med fysiska inspektioner.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Beredskapen i vården och omsorgen ska stärkas

Socialstyrelsen är sedan 1 oktober 2022 sektorsansvarig myndighet för beredskapsarbetet inom sektorn hälsa, vård och omsorg. Det innebär att myndigheten fått ett utökat ansvar att stärka samordningen och driva på utvecklingen av beredskapen vid fredstida kriser, höjd beredskap och krig. I sektorn ingår både myndigheter, kommuner, regioner, privata och ideella aktörer.

Kartläggning av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap

Kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst är samhällsviktiga verksamheter och komplexa redan i vardagen, och det är en stor utmaning för alla

aktörer att planera för kriser, höjd beredskap och ytterst krig. I Socialstyrelsens rapport *Kartläggning av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Delrapportering* [113] beskrivs områden där det behövs stöd och att det saknas vissa grundläggande förutsättningar för beredskapsplaneringen inom ramen för krisberedskap och civilt försvar. Den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens krisberedskap och civilt försvar varierar i förmåga mellan landets 290 kommuner.

Det behöver skapas förutsättningar för kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst att ingå i kommunens beredskapsplanering och även hur kommunerna t.ex. ska omsätta inriktningen och målen för civilt försvar för att stärka verksamheternas drift under höjd beredskap.

Socialstyrelsens och länsstyrelsernas bedömning är att kommunerna behöver stöd inom följande områden:

- Samverkan och ledning, till exempel att upprätta lägesbilder och samverkansformer i krissituationer.
- Planeringsförutsättningar, till exempel att socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård ingår i kommunens rutiner och processer för beredskapsarbete, att det finns enhetliga planeringsförutsättningar för civilt försvar och stöd för personalförsörjning vid fredstida kriser samt att kommunernas arbete med krigsorganisation och dess bemanning. Därtill behövs beredskapsplanering tillsammans med regionen rörande läkarmedverkan och vårdkedjor.
- Utbildning och övning, till exempel stöd för att genomföra lokala och regionala övningar.
- Upphandling av privata aktörer, till exempel med underlag som hanterar medverkan i övningar och beredskapsplanering.
- Målgruppsanpassad kommunikation, till exempel stöd för alternativ kommunikation med målgruppsanpassning till både verksamheter och brukare och patienter.

Utifrån dessa prioriterade områden redovisades i delrapporteringen [127] en långsiktig tidsatt plan som sträcker sig fram till 2030 (denna och nästa totalförsvarsbeslutsperiod). Planen beskriver de nationella stöd som bör utvecklas och spridas från berörda myndigheter för att stödja kommunernas arbete inom de prioriterade områdena.

Det behövs nationella och regionala stöd för att öka krisberedskapen och förbättra det civila försvaret på lokal nivå, samtidigt som man aktivt arbetar med de prioriterade områdena. (Se även avsnittet *Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer*.)

Åtgärder för att minska ohälsa och sjukdom vid värmeböljor

Höga temperaturer kan vara farligt för alla, men äldre är särskilt sårbara eftersom de kan ha sämre temperaturreglering och nedsatt förmåga att känna törst. Det är också vanligare att äldre har kroniska sjukdomar, använder mediciner eller har funktionsnedsättning, vilket ytterligare kan öka risken för hälsoproblem vid en värmebölja. Värmerelaterade dödsfall hos äldre beror oftast på cirkulationsrubbingar.

Folkhälsomyndigheten har tagit fram råd om hur vård- och omsorgspersonal kan bidra till att förebygga ohälsa och sjukdom till följd av värme [114].

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det är lätt att få kontakt med en verksamhet, och att man får vård och omsorg inom rimlig tid. Det innebär också att alla som behöver vård och stöd kan ta del av verksamheten och använda dess tjänster. I det här kapitlet redogörs för tillgängligheten till vård och omsorg för personer i gruppen 65 år och äldre, med fokus på bland annat boende och andra socialtjänstinsatser samt välfärdsteknik.

Sammanfattande iakttagelser

- År 2022 bedömde 83 kommuner att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre.⁸⁰ De senaste två åren med pandemin har gjort behovet av såbo svårbedömd för kommunerna. På sikt väntas behovet av särskilda boendeformer för äldre öka kraftigt på grund av demografiska förändringar.
- I förhållande till behov och återstående livslängd får äldre personer vänta relativt länge på att flytta till ett särskilt boende. Väntetiden till såbo efter biståndsbeslut var 53 dagar 2022, en ökning med 9 dagar sedan året innan. Kvinnor får vänta i genomsnitt 7 dagar längre än män.
- Andelen äldre personer på såbo minskade från 4,2 procent 2015 till 3,7 procent 2022. I början av perioden bodde drygt 82 000 personer i såbo, och 2022 hade antalet sjunkit till knappt 80 000 – vilket dock var cirka 2 000 personer fler än 2021.
- Den välfärdsteknik som har ökat mest för äldre i ordinärt boende, jämfört med 2021, är stöd för digitala inköp. Andelen kommuner som erbjuder detta stöd har ökat, från 37 procent 2021 till 42 procent 2022. Inom särskilda boendeformer för äldre är det digitala lås som ökat mest; 54 procent av kommunerna hade tekniken 2021 jämfört med 65 procent 2022.
- Läkemedelsfördelare är en annan typ av välfärdsteknik som ökar kraftigt och mest riktar sig till äldre. Andelen kommuner som tillhandahåller läkemedelsfördelare har ökat, från 29 procent 2021 till 38 procent 2022.
- Inom vissa områden minskar användningen av välfärdsteknik, exempelvis digital kommunikation mellan vård- och omsorgstagare och personal eller närstående. Tydligast är minskningen inom särskilda boendeformer för äldre: från 76 procent av kommunerna 2021 till 58 procent 2022.
- Internettillgången på såbo visar både en positiv och en negativ trend. År 2022 hade 60 procent av kommunerna internettillgång i vård- och omsorgstagarnas rum eller lägenheter på samtliga av kommunens boenden, vilket är en ökning från 57 procent 2021. Samtidigt är det fler kommuner som inte erbjuder sådan internettillgång på något av sina boenden.

⁸⁰ Det är kommunen som har ansvar för att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Det framgår av 5 kap 5 § (SoL). För att få bostad i särskilt boende krävs en biståndsprövning och ett beslut av kommunen.

I särskilda boendeformer för äldre ingår särskilda boenden, korttidsboenden och biståndsbedömda trygghetsboenden.

- Personalens tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt ökar i kommunerna. År 2019 erbjöd 43 procent av kommunerna detta till all mobil hemtjänstpersonal, och 2022 var andelen 62 procent. Trots denna ökning finns det förhållandevis många kommuner som inte erbjuder denna tillgång (24 procent).
- De flesta av socialtjänstens digitala tjänster används än så länge av en mycket liten andel av befolkningen. I gruppen 75 år och äldre har 4 procent under det senaste året använt internet eller en digital tjänst för att se aktuell status på sitt ärende, och 2 procent har under det senaste året använt internet eller en digital tjänst för att söka information om socialtjänsten i kommunen.
- Antalet fysiska läkarbesök i primärvården ökar med åldern – personer över 50 år gör nästan dubbelt så många besök som de under 40 år – men unga är överrepresenterade i den digitala vården.

Socialtjänstinsatser för äldre personer

Rapporten *Tilliten till det svenska samhällskontraktet* behandlar vilka välfärdsfaktorer som påverkar tilliten [115]. Det framgår att tilliten till äldreomsorg är högre i glest befolkade delar av landet, trots att vare sig kvaliteten eller tillgängligheten behöver vara högre där. I stället handlar det främst om upplevelsen av tillgänglighet och närhet, som enligt forskarna spelar större roll än den faktiska tillgången. En upplevd närvaro av välfärdssamhällets institutioner i hela landet är alltså viktig för tilliten [115].

Behovet av hälso- och sjukvård och äldreomsorg kommer att öka under den närmaste tioårsperioden, och verksamheterna behöver utvecklas och effektiviseras för att kunna möta behoven. Ökningen blir störst inom äldreomsorgen och i omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

I dag arbetar cirka 25 procent av arbetskraften i välfärden. SKR:s beräkningar visar att kommuner och regioner skulle behöva 91 000 fler anställda fram till 2031, med oförändrad personaltäthet [45]. Flest medarbetare behövs inom äldreomsorgen och sjukvården, nästan 80 000, vilket beror på att den snabbast ökade befolkningsgruppen främst finns bland dem över 80 år och på att denna grupp har störst behov av vård och omsorg. SCB:s senaste befolkningsprognos visar att den totala befolkningstillväxten halveras under de kommande tio åren jämfört med det senaste decenniet [4]. (Läs mer i avsnittet *Demografi*.)

Många äldre bor i dag kvar hemma trots stora vård- och omsorgsbehov, och har 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.

För många kan det kännas tryggt att få stöd och hjälp av personal som de känner igen och har en relation till. Det kan dessutom bidra till att de blir mer delaktiga och får ett större självbestämmande i insatser från hemtjänsten, samtidigt som det kan öka tryggheten för de anhöriga.

Pandemin har påverkat bedömningarna av behovet av särskilda boendeformer

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2022 fanns knappt 85 200 bostäder som var klassade som särskilda boendeformer för äldre, utifrån svar från 267 kommuner⁸⁰[116]. Antalet platser i korttidsboende var drygt 6 000, fördelat på 263 kommuner. Det fanns fler bostäder även i de kommuner som inte uppgav något antal bostäder, vilket innebär att det faktiska antalet är större än knappt 85 200 respektive 6 000.

Totalt 83 kommuner bedömde att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. De senaste två åren med pandemin har gjort situationen svårbedömd för kommunerna. Behovet av biståndsbedömda trygghetsbostäder varierar i kommunerna [116]. På sikt väntas behovet av äldreboenden öka kraftigt på grund av demografiska förändringar. (Läs mer i avsnittet *Demografi*.)

Biståndsbedömt trygghetsboende

I april 2019 ändrades SoL för att förtydliga kommunernas möjlighet att inrätta en särskild boendeform för äldre som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service, och som behöver bryta önskad isolering. Boendeformen benämns biståndsbedömt trygghetsboende och regleras i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL. Det är frivilligt för kommunen att inrätta denna typ av boende.

År 2022 uppgav 23 kommuner att de har inrättat biståndsbedömt trygghetsboende [116]. Av resterande 253 uppgav 44 att boendeformen behövs och 125 att de inte ser något sådant behov. Inom de närmaste tre åren planerar 27 kommuner att inrätta något sådant boende, genom att bygga nya bostäder, omvandla särskilda boendeformer för äldre och bygga om vanliga lägenheter.

Utveckling av olika kommunala insatser

Den nedåtgående trenden för andelen personer med socialtjänstinsatser har stannat av, men andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg har minskat i samtliga insatsformer sedan 2015 (tabell 27). I november 2022 bodde knappt 80 000 personer som fyllt 65 år på särskilt boende för äldre, och knappt 8 200 befann sig på en korttidsplats. Under 2020 var många tveksamma till att använda vård- och omsorgstjänster på grund av rädsla för covid-19-smitta, men 2021 var det fler som sökte och fick hemtjänst eller en plats på särskilt boende för äldre. Under första halvåret av 2022 sågs en ökning av andelen personer som flyttade in på säbo, men inflyttningstakten är nu tillbaka på ungefär samma nivå som motsvarande period 2019. (Läs mer i avsnittet *Pandemins påverkan på hemtjänst och särskilt boende för äldre*.)

Tabell 27. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 65 år och äldre

Andel (%) personer 65 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, oktober 2015– oktober 2022.

Årtal	Hemtjänst*			Särskilt boende			Korttidsboende			Dagverksamhet		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2015	9,5%	5,6%	7,7%	5,3%	2,9%	4,2%	0,5%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,6%
2016	9,2%	5,6%	7,5%	5,3%	2,9%	4,2%	0,4%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%
2017	9,1%	5,6%	7,5%	5,2%	2,9%	4,1%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%
2018	8,9%	5,5%	7,4%	5,1%	2,9%	4,0%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%
2019	8,9%	5,6%	7,4%	5,0%	2,9%	4,0%	0,4%	0,5%	0,4%	0,6%	0,5%	0,5%
2020	8,5%	5,4%	7,0%	4,7%	2,7%	3,8%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
2021	8,3%	5,3%	6,9%	4,6%	2,6%	3,7%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
2022	8,1%	5,3%	6,8%	4,6%	2,7%	3,7%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,5%

* 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.

Källa: För totalbefolkning: SCB (referenskod: 000003O5). Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, januari 2022.

Vidare analys av gruppen 80 år och äldre visar att andelen med hemtjänstinsatser och andelen på säbo fortsätter att minska, trots att både antalet och andelen personer i den åldersgruppen har ökat sedan 2015 (tabell 28) [4]. Det innebär att även den gruppens nyttjande av hemtjänst minskar, trots att dessa personer i högre grad bor kvar i ordinärt boende.

Tabell 28. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 80 år och äldre

Andel (%) personer 80 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, oktober 2015– oktober 2022.

Årtal	Hemtjänst*			Särskilt boende			Korttidsboende			Dagverksamhet		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2015	23,9%	16,3%	20,9%	15,1%	9,0%	12,8%	1,1%	1,5%	1,3%	1,4%	1,5%	1,3%
2016	23,3%	15,9%	20,4%	15,2%	9,0%	12,7%	1,0%	1,5%	1,2%	1,3%	1,5%	1,2%
2017	23,1%	15,8%	20,2%	14,8%	8,8%	12,4%	0,9%	1,5%	1,1%	1,3%	1,5%	1,1%
2018	22,6%	15,5%	19,7%	14,4%	8,6%	12,1%	0,9%	1,4%	1,1%	1,3%	1,4%	1,1%
2019	22,5%	15,4%	19,5%	14,0%	8,3%	11,7%	0,9%	1,4%	1,1%	1,3%	1,4%	1,1%
2020	21,5%	14,4%	18,6%	13,1%	7,6%	10,9%	0,7%	1,1%	0,9%	1,0%	1,1%	0,9%
2021	20,6%	13,9%	17,7%	12,6%	7,3%	10,4%	0,7%	1,1%	0,9%	0,9%	1,1%	0,9%
2022	19,8%	13,4%	17,2%	12,4%	7,2%	10,2%	0,7%	1,1%	0,9%	1,0%	1,1%	0,9%

* 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.

Källa: För totalbefolkning: SCB (referenskod: 000003O5). Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, januari 2022.

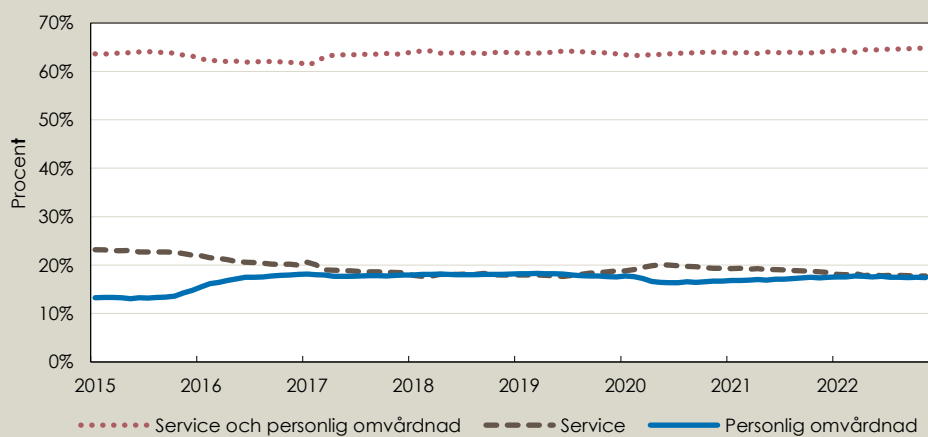
Utvecklingen av olika hemtjänstinsatser

Hemtjänst syftar till att vård- och omsorgstagaren ska kunna bo kvar i sitt eget hem. Vilka insatser som anses utgöra hemtjänst beror på syftet med

dem.⁸¹ Hemtjänstens traditionella innehåll kan delas in i serviceuppgifter och personlig omvårdnad. Serviceuppgifter kan till exempel vara praktisk hjälp med städning och tvätt, hjälp med inköp, ärenden på bank samt hjälp med att laga mat eller distribuera färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses övriga insatser som behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp med att äta och dricka, klä sig och förflytta sig och sköta personlig hygien inklusive munvård samt övriga insatser för att bryta isolering och främja känslan av trygghet och säkerhet i hemmet.

Socialstyrelsen har jämfört de insatser som personer i ordinärt boende med hemtjänst fick i form av service och personlig omvårdnad 2015–2022, och ser en stor skillnad (figur 50). Andelen personer med enbart personlig omvårdnad har ökat stadigt, men har sedan några år stabiliserat sig och ligger på samma nivå som andelen personer med enbart service.

Figur 50. Andel (%) olika typer av insatser bland personer 80 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst* mellan 2015 och 2022



* Som hemtjänst räknas antal i ordinärt boende med ett hemtjänstbeslut som består av personlig omvårdnad eller service, samt de som har hemtjänstbeslut med ospecificerat innehåll. De som har hemtjänstbeslut bestående av enbart en eller flera av följande insatser räknas inte med här: Trygghetslarm, Matdistribution, Ledsagning, Avlösning.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, januari 2023.

Utvecklingen av de olika socialtjänstinsatserna säger egentligen väldigt lite om behoven hos åldersgruppen, utan den visar snarare att allt fler får sina behov tillgodosedda i ordinärt boende. Den minskade andelen med enbart service kan delvis förklaras av att allt fler använder till exempel e-handel, får hjälp via närstående eller väljer att inte ansöka om hjälp, alternativt får avslag när det gäller små och tidiga insatser [117].

Fler kommuner inför förenklad biståndsbedömning

I juli 2018 trädde en ny bestämmelse i kraft, 4 kap. 2 a § SoL, som innebär att socialnämnden i en kommun kan erbjuda äldre personer hemtjänst utan föregående behovsprövning.⁸² Bestämmelsen är frivillig att använda, och kommunen avgör vilka typer av hemtjänstinsatser, och i vilken omfattning, man ska erbjuda enligt den nya bestämmelsen. Kommuner som väljer att

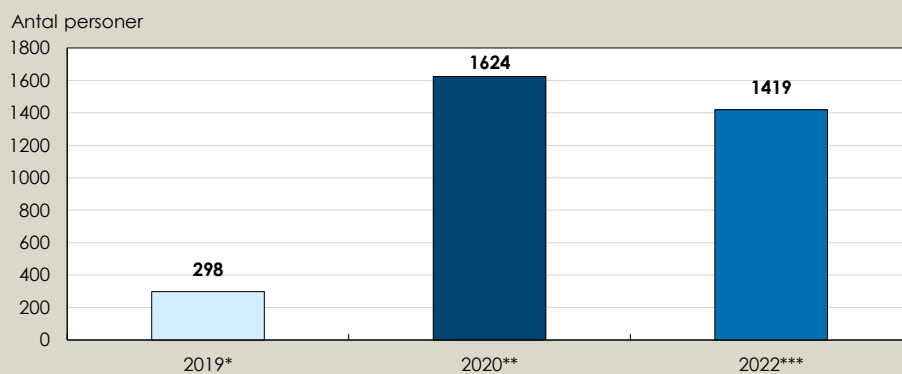
⁸¹ Prop. 2017/18:158 s. 117.

⁸² Prop. 2017/18:106, bet. 2017/18:SoU:32, rskr.2017/18:308.

tillämpa 4 kap. 2 a § SoL är skyldiga att informera den äldre personen om i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon kan påverka utförandet av insatserna, och på vilket sätt kommunen följer upp insatserna. Dessutom har den äldre personen alltid rätt att ansöka om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Om den som handlägger ärendet bedömer att den äldre personen inte förmår tillgodogöra sig informationen ska man göra en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL av rätten till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.⁸³

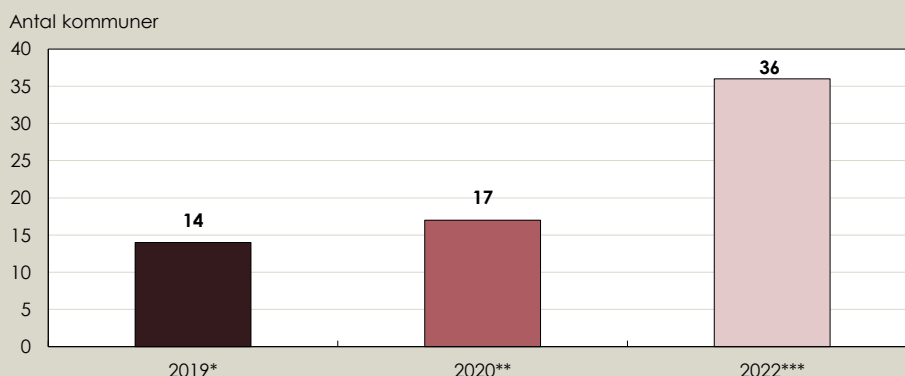
Antalet kommuner som erbjuder förenklad biståndsbedömning mer än fördubblades mellan 2020 och 2022, men antalet äldre som erbjuds sådan biståndsbedömning minskade (figur 51 och 52). En möjlig förklaring kan vara att färre äldre personer sökte och beviljades hemtjänst genom förenklad biståndsbedömning på grund av pandemin. Uppgifterna kommer från inventeringsdata från kommunerna till undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* [22]. Enligt instruktionerna ska kommunerna inte inkludera individer med enbart insatserna trygghetslarm och matdistribution.

Figur 51. Antal personer 65 år och äldre som har förenklat beslut om hemtjänst, 2019, 2020 och 2022



* 2019 = 31 dec 2018; **2020 = 31 dec 2019; ***2022= 30 sep 2021
 ^ 2021 = enkätundersökning genomfördes inte;
 Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Figur 52. Antal kommuner med personer 65 år och äldre som har förenklat beslut om hemtjänst, 2019, 2020 och 2022



* 2019 = 31 dec 2018; **2020 = 31 dec 2019; ***2022= 30 sep 2021
 ^ 2021 = enkätundersökning genomfördes inte;
 Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

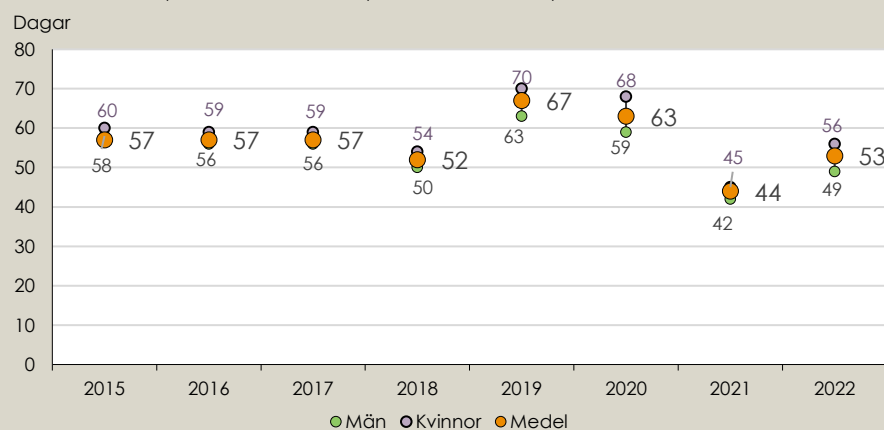
⁸³ Prop. 2017/18:106 s. 21.

Längre väntetid till plats på särskilt boende för äldre

Väntetiden till säbo har ökat, från 44 dagar 2008 till 53 dagar 2022 (figur 53). Den är också 9 dagar längre jämfört med 2021. Spridningen mellan kommunerna är dock stor. Sedan 2015 finns information om väntetider könsuppdelad, och 2022 fick kvinnor i genomsnitt vänta 56 dagar, jämfört med 49 dagar för män.

Figur 53. 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, medelvärde. Riket, kvinnor och män, år 2015–2022.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2023-01-29.

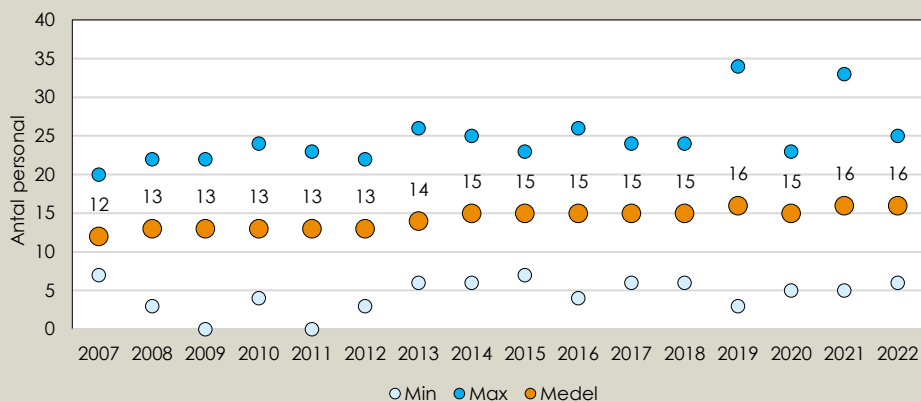
Personalkontinuitet – en viktig kvalitetsaspekt

Kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid vård och omsorg om äldre personer och är nära sammanflätad med vård- och omsorgstagarnas upplevda trygghet [118]. Kontinuitet i äldreomsorgen handlar om att de äldre ska få möjlighet till ett sammanhang i insatserna utifrån sina samlade behov, och vid utförandet av insatserna. För personer med komplexa behov eller demenssjukdomar är kontinuitet och individuellt anpassade insatser särskilt viktiga för att ge en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet. En målsättning inom hemtjänsten är att de äldre ska möta så få olika personer som möjligt.

Många med hemtjänst möter i sin vardag personal från olika yrkesgrupper, verksamheter och utförare. Personalkontinuiteten i hemtjänsten följs med måttet ”antal olika hemtjänstpersonal som hjälper den äldre personen under 14 dagar”. Uppgifterna bygger på kommunernas frivilliga redovisning i Kolada [119], och de gäller personer 65 år eller äldre som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag (måndag–söndag, klockan 07:00–22:00). Trygghetslarm och matleveranser räknas inte. Resultaten visar att personalkontinuiteten inom hemtjänsten i Sverige har minskat sedan 2007. År 2022 mötte de äldre i genomsnitt 16 olika individer ur hemtjänstpersonalen under en fjortondagarsperiod, jämfört med 12 individer 2007, vilket motsvarar en ökning med 33 procent (figur 54). Utvecklingen har stabiliserats under de senaste åren, men det finns betydande variationer mellan kommunerna.

Figur 54. Riket. Genomsnittlig personalkontinuitet för personer 65 år och äldre ordinarie boende med hemtjänst

Samtliga rapporterande kommuner 2007–2022, under en 14-dagarsperiod. Medeltal.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada, 2023-01-22.

I samband med covid-19-pandemin aktualiserades vikten av en hög personalkontinuitet för att undvika smitta bland äldre, som är en särskilt sårbar grupp. Hög sjukfrånvaro och personalomsättning är sedan tidigare ett vanligt förekommande problem inom äldreomsorgen [12, 120]. Det kan också vara så att kommuner med låg personalkontinuitet behöver organisera sitt arbete på ett bättre sätt, för öka kvalitet för hemtjänsttagare och närstående, men också för personalen.

E-hälsa och välfärdsteknik i äldreomsorgen

E-hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa. Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.⁸⁴ Ett mål med användningen av välfärdsteknik är högre kvalitet och effektivitet i vård och omsorg på samhällsnivå.

Välfärdsteknik i äldreomsorgen

Socialstyrelsen följer årligen upp användningen av välfärdsteknik i landets kommuner. Resultatet från 2022 års uppföljning visar att användningen har ökat överlag i äldreomsorgen [121], men med stora variationer mellan kommuner så att befolkningen inte har likvärdig tillgång till välfärdsteknik. Utbudet beror på i vilken kommun man bor och vilken insats man får.

Utvecklingen över tid

Välfärdsteknik är i dag ett etablerat inslag i äldreomsorgen. Trygghetslarm är den vanligaste formen och har använts i alla kommuner i årtionden. En annan vanlig variant är passiva larm och sensorer såsom dörrlarm, fallarm och rörelsedetektorer. År 2022 hade 80 procent av kommunerna passiva larm i

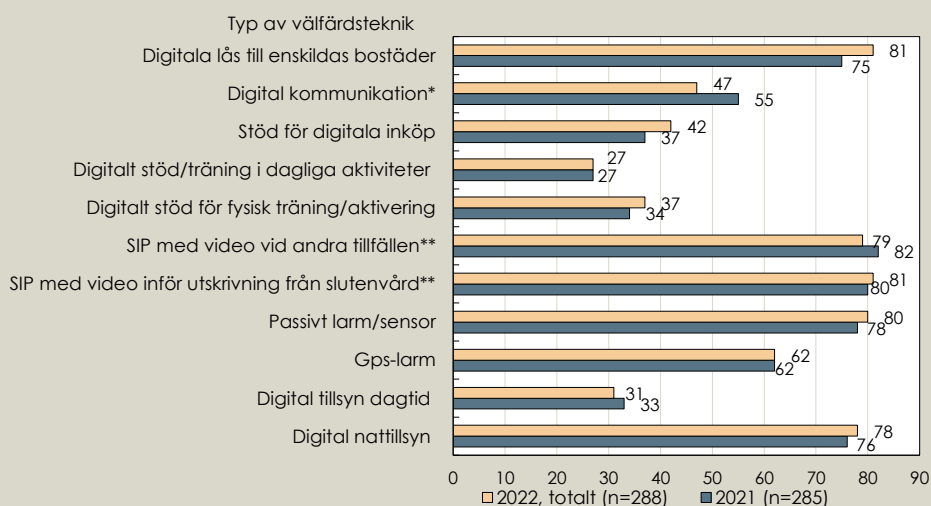
⁸⁴ Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2022-11-16 <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=385&SrcLang=sv>

ordinärt boende och 95 procent av kommunerna i särskilda boendeformer för äldre som drivs av kommunen⁸⁵ [121]. Vidare hade en majoritet av landets kommuner infört exempelvis digitala lås till äldre personers bostäder, video-stöd vid samordnad individuell planering, gps-larm och digital natttillsyn (figur 55 och 56).

Den välfärdsteknik som har ökat mest för äldre i ordinärt boende jämfört med 2021 är stöd för digitala inköp. Andelen kommuner som erbjuder det har ökat, från 37 procent 2021 till 42 procent 2022 (figur 55). Inom särskilda boendeformer för äldre är det digitala lås som ökat mest; 54 procent av kommunerna hade tekniken 2021 jämfört med 65 procent 2022 (figur 55). Andra tydliga ökningar ses för digital tillsyn och digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering.

Figur 55. Utveckling av välfärdsteknik för personer 65 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst, 2021–2022

Andel (%) kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende med hemtjänst, 2021–2022.



* Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående

** Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video

Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022; uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården Socialstyrelsen, 2022.

En annan typ av välfärdsteknik som ökar kraftigt är läkemedelsfördelare som påminner patienten när det är dags att ta medicin, fördelar medicin och signalerar till vårdgivaren vid avvikelser. Andelen kommuner som tillhandahåller läkemedelsfördelare har ökat, från 29 procent 2021 till 38 procent 2022, och flera kommuner anger att de arbetar med att införa tekniken. Många kommuner arbetar också för att erbjuda exempelvis digitala lås, digital tillsyn och gps-larm.

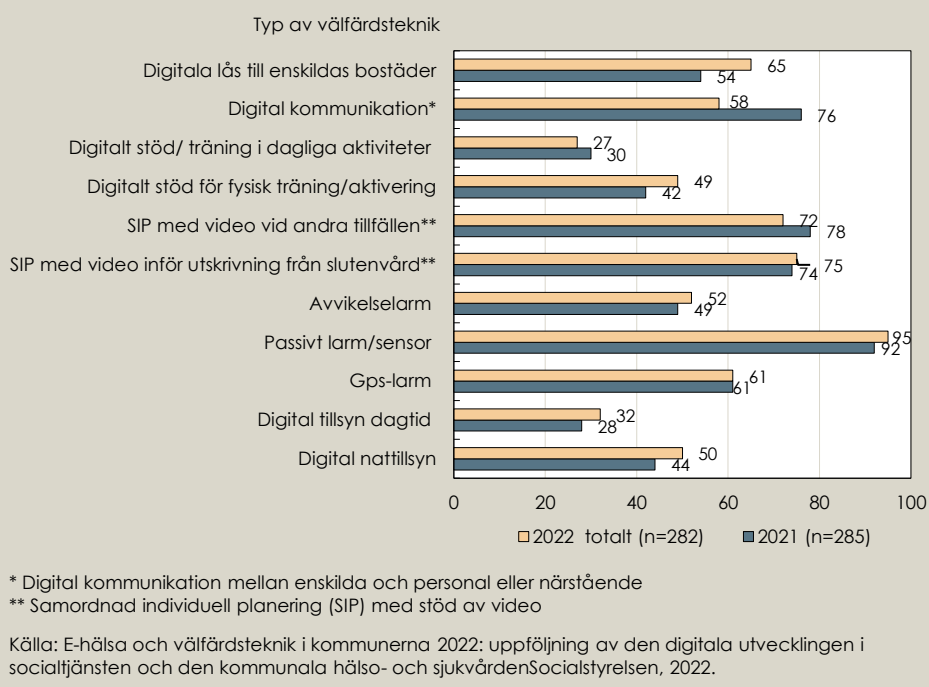
Välfärdsteknik ökar överlag, men användningen minskar också inom vissa områden. Ett exempel är digital kommunikation mellan vård- och omsorgsgare och personal eller närstående. Resultatet av 2022 års uppföljning visar en minskning inom samtliga verksamhetsområden [121]. Tydligast är

⁸⁵ I särskilda boendeformer för äldre ingår särskilda boenden, korttidsboenden och biståndsbedömda trygghetsboenden.

minskningen inom särskilda boendeformer för äldre: från 76 procent av kommunerna 2021 till 58 procent 2022 (figur 56). Socialstyrelsen har haft dialoger med SKR:s kompetenscenter för välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten, och denna nedgång kan bero på att kommunerna 2021 blev osäkra på vilka tekniska lösningar och molntjänster som får användas för digital kommunikation. Enligt SKR resulterade detta i att många kommuner valde att avsluta de lösningar som de tidigare använt, eller pausa pågående införanden, för att hitta alternativa lösningar för molntjänster och digitala system.

Figur 56. Utveckling av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, 2021–2022

Andel (%) kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre (särskilda boenden för äldre, korttidsboenden och biståndsbedömda trygghetsboenden), 2021–2022.

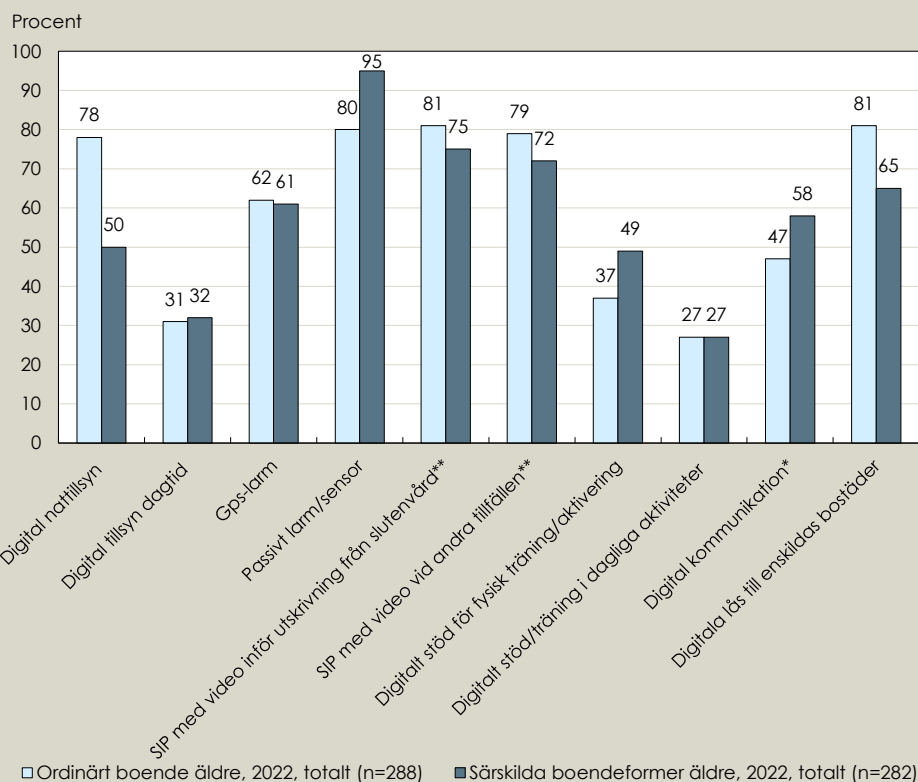


Skillnader mellan ordinärt boende och särskilda boendeformer för äldre

Det finns vissa skillnader mellan den välfärdsteknik som erbjuds äldre i ordinärt boende och i särskilda boendeformer för äldre, delvis för att målgrupperna och verksamheterna har olika behov. Exempelvis är digital nattillsyn och digitala lås betydligt vanligare i ordinärt boende än i särskilda boendeformer (figur 57), där det i stället är vanligare med passiva larm och digitalt stöd för fysisk träning och aktivering (figur 57).

Figur 57. Välfärdsteknik för äldre i ordinärt boende och särskilda boendeformer för äldre, 2022

Andel (%) kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i ordinärt boende och särskilda boendeformer för äldre, 2022.



* Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående

** Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video

Källa: Socialstyrelsen, 2022.

Antal användare av välfärdsteknik

Socialstyrelsen följer årligen upp antal personer i ordinärt boende⁸⁶ som använder digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare. Resultatet av 2022 års uppföljning visar att antalet användare fortsätter att öka inom samtliga av dessa tekniker [121], men från låga nivåer. I de kommuner som har dessa tekniker finns i genomsnitt 15 personer med digital natillsyn, 3 personer med digital tillsyn dagtid, 11 personer med gps-larm och 10 personer med läkemedelsfördelare. Spridningen är stor och i vissa kommuner finns inga användare alls, trots att man har infört tekniken.

Detta indikerar att kommunerna behöver göra mer på området. För att få en jämlik tillgång till välfärdsteknik behöver brukarna, patienterna och deras närstående veta att tekniken finns tillgänglig och förstå vad den innebär. Den personal som beviljar tekniken måste också ha tillräcklig kännedom och kunskap om den.

⁸⁶ Både äldre och personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende ingår i statistiken.

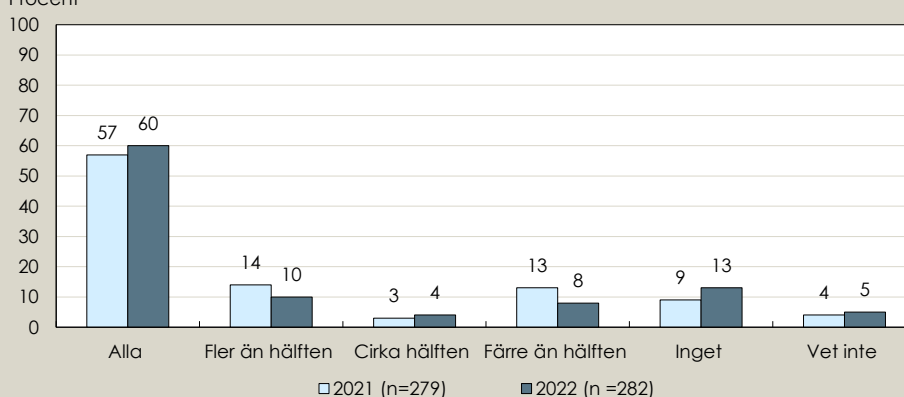
Internettillgång

Internettillgång är en förutsättning för att vara en del av det digitala samhället, och möjligheten till internetuppkoppling på säbo har gradvis ökat. År 2022 angav 60 procent av kommunerna att det finns internetuppkoppling i de boendes rum eller lägenheter på samtliga särskilda boenden för äldre. I 13 procent av kommunerna saknas sådan uppkoppling på alla boenden. En jämförelse med 2021 års resultat visar att andelen kommuner som erbjuder internettillgång i samtliga boenden har ökat, men också att en större andel inte erbjuder detta i något boende (figur 58).

Figur 58. Tillgång till internet i särskilda boenden för äldre

Andel (%) kommuner där de boende har tillgång till internet i sina rum eller lägenheter, 2021-2022.

Procent



Källa: Socialstyrelsen, 2022.

Av fritextsvaren i 2022 års uppföljning framgår att flera kommuner höll på att bygga ut sina trådlösa nätverk. Några kommuner uppgav att det finns tillgång till internet i allmänna utrymmen men inte i enskildas bostäder. I andra kommuner får de boende tillgång till kommunens gästnätverk. Flera kommuner hänvisar till att de boende själva behöver bekosta sin internetuppkoppling, via antingen mobilnät eller bredband.

E-hälsa och digitalisering i äldreomsorgen

Den digitala omställningen av äldreomsorgen handlar inte bara om teknik utan framför allt om verksamhetsutveckling och förändrade arbetssätt. En central framgångsfaktor är att arbetet är strukturerat och förankrat i kommunens övergripande kvalitetsarbete, att målgrupperna involveras i förändringsarbetet och att resultaten följs upp och utvärderas [121].

Digitala arbetssätt

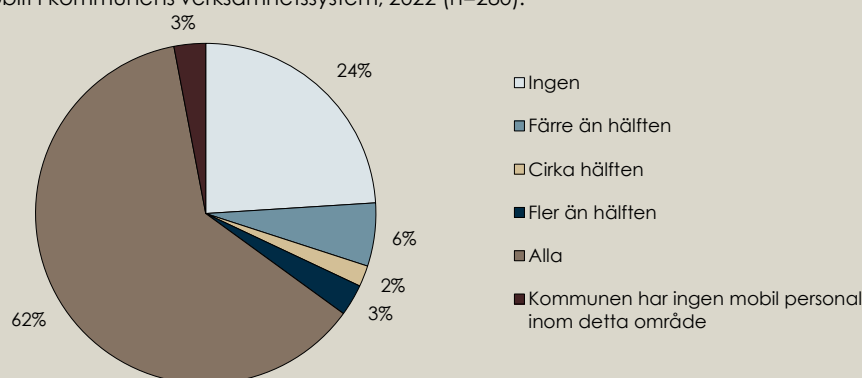
Digital teknik kan förbättra arbetsmiljön för personal inom äldreomsorgen, och flera typer av digitala arbetssätt har fått stor spridning i kommunerna. Ett exempel är digitala planeringsverktyg, ofta i form av mobilappar. Med dessa kan personalen lägga schema för sitt arbete, registrera besök och göra anteckningar om besöken hos de äldre. I planeringsverktygen finns också adresser, portkoder och annan viktig information som kan underlätta för personalen [121]. Resultatet från 2022 års uppföljning visar att 261 kommuner erbjuder denna typ av planeringsverktyg för personalen i ordinärt boende, vilket är en ökning med 44 kommuner jämfört med 2020. Inom särskilda boendeformer

för äldre är det betydligt färre, 112 kommuner, som erbjuder detta och antalet har inte ökat sedan 2020.

Ett annat exempel på digitala arbetssätt är möjligheten att dokumentera mobilt. När personal besöker äldre i hemmet kan de behöva dokumentera det som har kommit fram vid besöket, och använder då till exempel smarta mobiler, surfplattor, digitala pennor och bärbara datorer. Tillgången till utrustning för mobil dokumentation ökar i kommunerna. År 2019 erbjöd 43 procent av kommunerna sådan utrustning till all mobil hemtjänstpersonal, och 2022 var andelen 62 procent (figur 59). Trots ökningen är det var fjärde kommun som inte erbjuder detta (24 procent).

Figur 59. Möjlighet att dokumentera mobilt för hemtjänstpersonal

Andel (%) kommuner där mobil hemtjänstpersonal inom äldreomsorg kan dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, 2022 (n=280).



Källa: Socialstyrelsen, 2022.

Styrning, kvalitetsledning och utvärdering

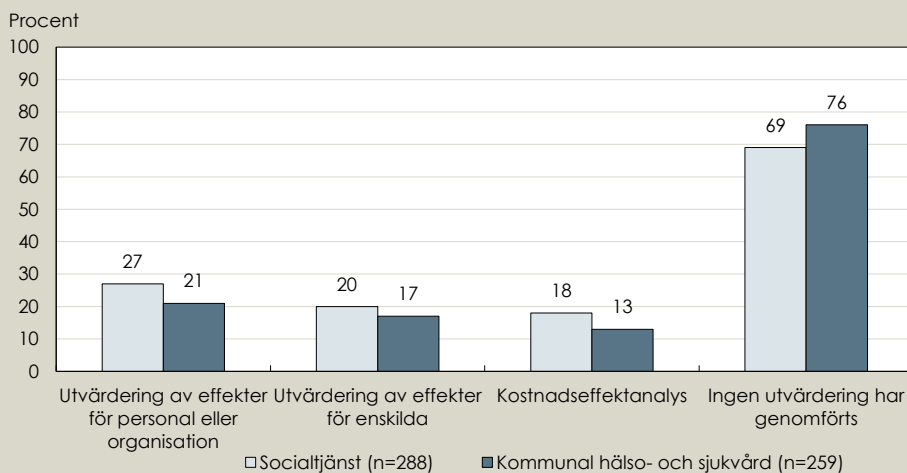
Cirka 70 procent av kommunerna har styrande dokument för välfärdsteknik och e-hälsa, och vår årliga uppföljning visar att andelen har varit relativt oförändrad sedan 2017. Förekomsten av kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik ökar dock, från 29 procent 2018 till 65 procent 2022 [121]. Men det är bara i 32 procent av kommunerna som kvalitetsledningssystemet innefattar rutiner för att följa upp insatser med stöd av välfärdsteknik.⁸⁷ Socialstyrelsen bedömer att kommunerna kan göra mer inom dessa områden.

Ett annat utvecklingsområde är arbetet med utvärderingar. I 2022 års uppföljning fick kommunerna ange om de har utvärderat effekterna av sin digitalisering under de senaste två åren. Resultatet visar att de flesta inte har genomfört en sådan utvärdering (figur 60). Flera kommuner anger pandemin som orsak till att de inte har prioriterat arbetet med utvärderingar. Socialstyrelsen uppmuntrar till fler utvärderingar av digitaliseringens effekter framöver, framför allt av effekter för vård- och omsorgstagare.

⁸⁷ Detta kan till exempel innebära kontroll av att den enskilde förstår tekniken och har förmåga att använda den.

Figur 60. Utvärderingar av digitaliseringens effekter

Andel (%) kommuner som de senaste två åren gjort, eller låtit göra, någon utvärdering av effekterna av digitalisering, 2021-2022.



Källa: Socialstyrelsen, 2022.

Äldre använder digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i lägre utsträckning än yngre

Antalet fysiska läkarbesök i primärvården ökar med åldern, och personer över 50 år gör nästan dubbelt så många besök som de under 40 år, men unga är överrepresenterade i den digitala vården [122]. SCB gjorde 2021 på uppdrag av E-hälsomyndigheten en enkätundersökning för att belysa befolkningens användning och inställning till e-hälsa [117]. De fann bland annat att personer 16–49 år i högre utsträckning än personer 50 år och äldre har haft skriftlig digital kontakt med vårdpersonal eller haft ett videomöte med vårdpersonal under det senaste året. Personer som är 75 år och äldre har gjort det i lägst utsträckning: 12 procent har kommunicerat skriftligt digitalt och 2 procent har haft ett videomöte.

Allt fler kommuner erbjuder digitala tjänster till sina invånare [121], men de flesta av socialtjänstens digitala tjänster används än så länge av en mycket liten andel av befolkningen [117]. I gruppen 75 år och äldre har 4 procent under det senaste året använt internet eller en digital tjänst för att se aktuell status på sitt ärende, och 2 procent för att söka information om socialtjänsten i kommunen.

Personer 16–49 år har i högre utsträckning än andra använt internet eller en digital tjänst för att söka information om en sjukdom eller behandling eller för att boka, avboka eller omboka ett vårdbesök under det senaste året. Personer 75 år och äldre har gjort det i lägst utsträckning: 41 procent för att söka information – vilket är en ökning från 19 procent 2019 – och 24 procent för att boka besök.

Sammanfattningsvis använder yngre personer digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i högre utsträckning än personer som är 50 år och äldre. Personer som är 75 år och äldre sticker tydligt ut som den grupp som använder sig av digitala tjänster i lägst utsträckning.

Samma mönster ses i rapporten *Besök via nätet* [123]; sannolikheten för minst ett årligt fysiskt läkarbesök är högre för personer i åldern 65–84 år jämfört med övriga åldersgrupper. Sambandet med ålder är ännu tydligare när det gäller minst ett årligt digitalt läkarbesök: Sannolikheten för att göra ett digitalt besök är högre bland dem under 45 år och särskilt hög bland barn 0–5 år. Resultatet är liknande när totala antalet besök analyseras: Antalet fysiska läkarbesök är högst i småbarnsåldern och för dem över 65 år, och åldern har stor betydelse för antalet digitala besök, vilka är påtagligt vanligare bland personer under 45 år.

Vilka digitala tjänster är viktigast för äldre?

Drygt hälften av deltagarna 75 år och äldre i SCB:s och E-hälsomyndighetens enkät (53 procent) anser att det är mycket eller ganska viktigt att få tillgång till sin egen vårdinformation eller patientjournal, medan 23 procent anser att det är mycket eller ganska viktigt att få tillgång till sin egen dokumentation hos socialtjänsten [117]. Enligt de äldre är det viktigast att de själva och personal inom vården (även apotek) har tillgång till samma information om deras läkemedel på recept (73 procent). Totalt 70 procent tycker att det är mycket eller ganska viktigt att vårdpersonal har tillgång till information från andra vårdgivare, 64 procent tycker att det är mycket eller ganska viktigt att kunna få en sammanställning över alla sina vaccinationer och 57 procent tycker att det är mycket eller ganska viktigt att kunna bestämma vem som får tillgång till uppgifter om dem i olika digitala system. I samtliga fall tycker en större andel 16–74 åringar att detta är viktiga tjänster [117].

Risk för digitalt utanförskap

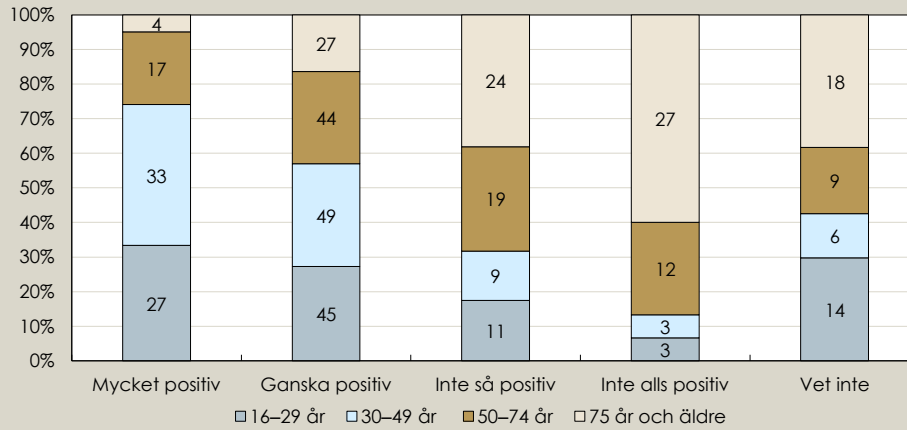
Många äldre riskerar att hamna i digitalt utanförskap genom att de inte kan ta del av den vård och omsorg som erbjuds digitalt. Personer som är 75 år och äldre uppger i lägst utsträckning att de kan använda någon säker tjänst för inloggning, exempelvis bank-id eller Freja e-id, eller digitala tjänster.

Personer 75 år och äldre är minst positiva till digitaliseringen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och de är i högre grad än övriga åldersgrupper bekymrade över hur personuppgifter hanteras digitalt (figur 61).

Figur 61. Fråga: "Vilken är din inställning till att allt mer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten digitaliseras?"

Andel invånare (%)* per svarsalternativ och bakgrundsfaktor där det finns en signifikant skillnad mellan minst två redovisningsgrupper, 2021.

Procent



* Andelarna för vissa redovisningsgrupper summerar inte till 100 procent då vissa svarsandelar är för osäkra för att redovisas.

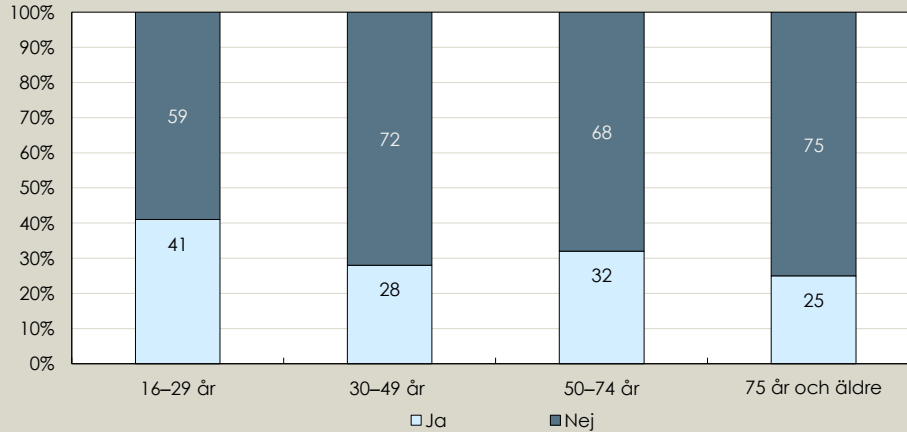
Källa: Invånarundersökningen 2021 Om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, eHälsomyndigheten 2022.

En majoritet i alla åldersgrupper vet inte vart de ska vända sig om de får problem med att använda digitala tjänster inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst, men andelen är störst i den äldsta gruppen (figur 62).

Figur 62. Fråga: "Vet du var du ska vända dig om du har problem att använda digitala tjänster inom hälsooch sjukvård eller socialtjänst?"

Andel invånare (%)* per svarsalternativ och bakgrundsfaktor där det finns en signifikant skillnad mellan minst två redovisningsgrupper, 2021.

Procent



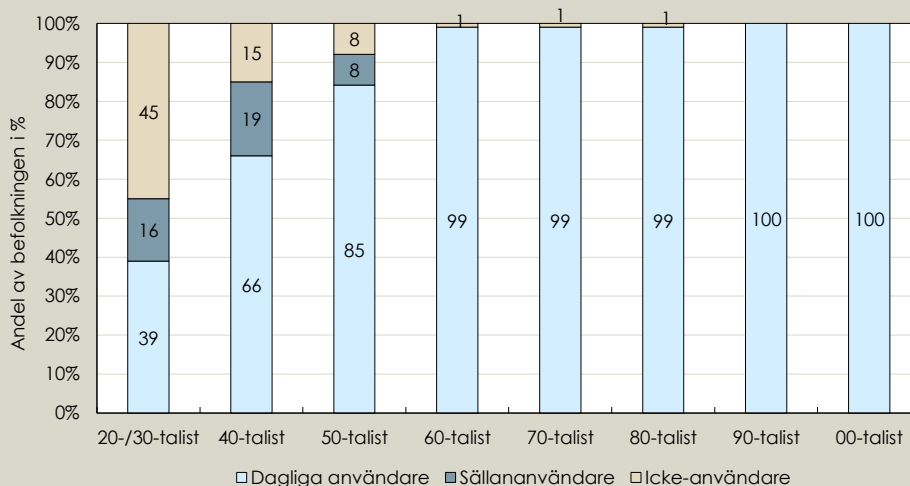
* Andelarna för vissa redovisningsgrupper summerar inte till 100 procent då vissa svarsandelar är för osäkra för att redovisas.

Källa: Invånarundersökningen 2021 Om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, eHälsomyndigheten 2022.

Ålder har störst påverkan på internetanvändandet
I Internetstiftelsens rapport från 2022 konstateras att 90 procent av befolkningen i Sverige använder internet dagligen [124], och att internetanvändandet bland personer 16 år eller äldre ligger på samma nivåer som 2021.

Under covid-19-pandemin digitaliserades samhället snabbt. Allt fler i befolkningen, även många äldre personer, använder i dag internet. Det handlar om att handla på nätet och vara aktiv i olika sociala medier men också om att beställa tid hos vårdgivare, göra bankärenden och använda en digital brevlåda. De som inte använder internet dagligen hör nästan uteslutande till de äldre åldersgrupperna som är födda på 1920–1950-talen (figur 63). Totalt sett är det var femte pensionär som inte använder internet.

Figur 63. Fråga: Hur ofta använder du internet? År 2022



Källa: INTERNETSTIFTELSEN, Svenskarna och internet 2022.

Uppgifterna ovan bygger på enkätsvar via telefon eller webb. Det innebär att vissa grupper inte har deltagit, bland annat äldre med begränsade kunskaper i svenska språket och personer med demenssjukdom eller andra kognitiva funktionsnedsättningar. De motsvarar en liten del av befolkningen men många individer. Exempelvis beräknas 130 000–150 000 personer ha någon demenssjukdom, och i den gruppen finns nästan enbart äldre [125].

I utvecklingen ligger ett dilemma. När nästan alla andra generationer är mangrant uppkopplade till internet och använder dess möjligheter blir det extra sårbart för de övriga. Många äldre behöver sär lösningar, till exempel möjlighet att beställa tid hos doktorn via telefon, ta ut kontanter på ett bankkontor eller betala en buss- eller parkeringsbiljett utan att först ha laddat ner rätt app på den smartphone som de kanske inte ens har. Bland de allra äldsta är det många som riskerar att bli exkluderade eller redan är det.

Många äldre hindras av höga kostnader för utrustning och för att ansluta sig till internet; de vill inte hantera krånglig teknik och lever med en oro för att bli lurade på nätet.

Internetstiftelsen sammanfattar de äldres deltagande på internet så här:

- Ålder är den faktor som har störst påverkan på internetanvändandet. Det är nästan uteslutande de äldsta i vårt samhälle som tillhör de 6 procent som inte är internetanvändare. Hela 2 av 10 pensionärer använder inte internet.
- De som använder internet minst av alla är 1920- och 30-talisterna men även de har ökat sin användning av e-tjänster i år. De använder mobilt Bank-id mer frekvent, och fler har i år digitala brevlådor och fler nyttjar

digitala vårdtjänster än föregående år. Dock föredrar även de internetanvändande 20- och 30-talisterna en fysisk biljett före en digital och att betala i parkeringsautomat istället för en parkeringsapp.

Internetstiftelsen konstaterar att e-legitimation används av nästan alla i befolkningen, och att ha ett mobilt id är extra viktigt för de som kan ha svårt att komma ihåg och uppdatera personliga lösenord. Trots ökad användning är det färre än 40 procent av 20- och 30-talisterna, och färre än 60 procent av 40-talisterna, som använder mobilt bank-id varje vecka.

Referenser

1. God vård [Elektronisk resurs]. Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. God kvalitet i socialtjänsten: om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
3. Regeringskansliet. Globala målen och Agenda 2030. 2021. Hämtad 2021-01-03 från: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
4. SCB. Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige. Demografiska rapporter; 2022:2.
5. Cuadrado A, Stjernberg MH, Diana. Active and Healthy Ageing: Heterogenous perspectives and Nordic indicators. Stockholm; 2022.
6. Eurostat. Life expectancy decreased in 2020 across the EU. 2021. Hämtad från: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/edn-20210407-1>
7. SCB. Medellivslängden åter i nivå med 2019. 2022. Hämtad från: [https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolknings-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/statistiknyhet/befolkningsstatistik-helaret-20212/](https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/statistiknyhet/befolkningsstatistik-helaret-20212/)
8. SCB. Olika mått på överdödlighet ger liknande resultat för Sverige. 2023. Hämtad 2023-03-22 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2023/olika-matt-pa-overdodlighet-ger-liknande-resultat-for-sverige/>
9. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022 [Elektronisk resurs]; 2022.
10. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2018 [Elektronisk resurs]; 2018.
11. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2019. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
12. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
13. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
14. Folkhälsomyndigheten. Covid-19. 2023. Hämtad 2023 5 februari från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/>
15. Socialstyrelsen. Statistik om covid-19. 2023. Hämtad 2023 5 februari från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/>
16. Socialstyrelsen. Följsamheten till nationella riktlinjer under covid-19-pandemin [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
17. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022. Stockholm; 2022.

18. Socialstyrelsen. Fortsatt färre äldre än tidigare som sökt och fått hemtjänst; 2021-12-10.
19. Socialstyrelsen. Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer – Underlag till en nationell strategi [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2020.
20. Socialstyrelsen. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi. Stockholm; 2021.
21. Socialdepartementet. Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg [Elektronisk resurs]; 2022.
22. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2023. Hämtad 2023-01-24 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/vad-tycker-de-aldre-om-aldreomsorgen/>
23. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2019 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
24. Pensionsmyndigheten. Hur är pensionärernas ekonomiska levnadsförhållanden? Faktaserie om pensionerna. Rapport 3; 2022.
25. SKR. Kommungruppsindelning. 2022. Hämtad från: <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>
26. Pensionsmyndigheten. Hur ser inkomsterna ut för utrikes födda pensionärer? Rapport nr 5: En jämförelse mellan ut- och inrikes födda pensionärers inkomster; 2022.
27. Mac Innes H. Older people in Sweden – Age at migration, poverty and utilization of long-term care services: Göteborgs universitet. Samhällsvetenskapliga fakulteten; 2022.
28. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport [Elektronisk resurs] 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
29. Myndigheten för vårdanalys. Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården? ; 2013.
30. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård och omsorg vid demenssjukdom – Indikatorer och underlag för bedömningar [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2018.
31. Wändell P. Ökad diabetesrisk bland invandrare från icke-europeiska länder. Lakartidningen. 2007; 17.
32. Wändell PE, Carlsson A, Steiner KH. Prevalence of diabetes among immigrants in the Nordic countries. Curr Diabetes Rev. 2010; 6(2):126-33.
33. Bennet L. Högt diabetesrisk bland icke-västerländska invandrare. Riktad och strukturerad prevention behövs. Lakartidningen 2018; 8.
34. Chirico Willstedt G. Inkomstens betydelse för tandvårdskonsumtion [Elektronisk resurs]: Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.
35. Innes HM. Use of long-term care services in a universal welfare state - On the importance of age at migration. Social Science & Medicine. 2020; 252:112923.
36. Albertsson M, Albin B, Siwertsson C, Hjelm K. Consuming Care and Social Services: Comparisons between Swedish-born Older People and Older People born outside Sweden. Practice. 2004; 16(2):99-110.
37. Ahaddour C, van den Branden S, Broeckeaert B. Institutional Elderly Care Services and Moroccan and Turkish Migrants in Belgium: A

- Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2016; 18(5):1216-27.
38. Denktas S. Health and health care use of elderly immigrants in the Netherlands. A comparative study. 2011.
 39. Karl U, Ramos AC, Kühn B. Older migrants in Luxembourg – care preferences for old age between family and professional services. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2017; 43(2):270-86.
 40. Mac Innes H. Older people in Sweden – Age at migration, poverty and utilization of long-term care services; 2022.
 41. Socialstyrelsen. Situationen för nationella minoriteter inom den kommunala äldreomsorgen 2021. Stockholm; 2022. Report No.: 2022-5-7899
 42. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten december 2022; 2022.
 43. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Kommungruppsindelning 2017. 2017.
 44. Socialstyrelsen. Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd; 2022.
 45. Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomirapporten, december 2022. Om kommunernas och regionernas ekonomi; 2022.
 46. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2022. Stockholm; 2022.
 47. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård : Nationella planeringsstödet 2022. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2022.
 48. Socialstyrelsen. Införa en gräns för antal anställda och utbildningskrav för första linjens chefer i äldreomsorgen Stockholm; 2023.
 49. Socialstyrelsen. Redovisning av Äldreomsorgslyftet 2021 (S2020/05025/SOF, S2021/00338). Stockholm; 2022.
 50. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor. Stockholm; 2021.
 51. Socialstyrelsen. Stöd för styrning och ledning av kommunal hälso- och sjukvård. 2022. Hämtad från: https://kunskapsguiden.se/aktuellt/Stod-for-styrning-och-ledning-av-kommunal-halso--och-sjukvard/?utm_campaign=nyhetsbrev221206&utm_medium=email&utm_source=apsis
 52. Socialstyrelsen. ICF och KVÅ i kommunal hälso- och sjukvård 2022. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/tillampning-av-klassifikationer-urval/kommunal-halso-och-sjukvard/?utm_campaign=nyhetsbrev221206&utm_medium=email&utm_source=apsis
 53. Socialstyrelsen. Webbutbildning: Socialstyrelsens nationella riktlinjer, fokus på kommunal hälso- och sjukvård 2022. Hämtad från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/420/socialstyrelsens-nationella-riktlinjer-fokus-pa-kommunal-halso-och-sjukvard>
 54. Socialstyrelsen. Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/kommunal-halso--och-sjukvard/>
 55. Socialstyrelsen. Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Hämtad från:

- <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/aldre-och-personer-med-funktionsnedsattning/>
56. Svenska palliativregistret. Årsrapport för Svenska palliativregistret 2021; 2022.
 57. Socialstyrelsen. Statistik om dödsorsaker 2021. Stockholm; 2021.
 58. Svenska palliativregistret. Svenska palliativregistrets utdataportal. 2022. Hämtad 2022-11-28 från: <https://www.palliativregistret.se/utdata/>
 59. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård: stöd för styrning och ledning 2022. Stockholm; 2022.
 60. Socialstyrelsen. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 61. Socialstyrelsen. Ny lag om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation. Meddelandeblad. Stockholm; 2022.
 62. Schmidt Ingrid, Lundholm Peter, Fastbom Johan, Nyman Frida. De nordiska ländernas arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg; 2022.
 63. WHO. Global strategy on tackling oral diseases. Hämtad 2022 från: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/gaporalhealth>
 64. WHO. World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care; 2021.
 65. Socialstyrelsen. Webbutbildning och vägledning för munhälsa. 2021. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/aktuellt/webbutbildning-och-vagledning-for-munhalsa/>
 66. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. Eur Neuropsychopharmacol. 2018; 28(10):1059-88.
 67. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
 68. Folkhälsomyndigheten. Det är viktigt att förebygga psykisk ohälsa bland äldre. Faktablad om att förebygga psykisk ohälsa bland äldre; 2021.
 69. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 70. Socialstyrelsen. Läkemedel som kan orsaka allvarliga rubbningar i hjärtats rytm. Fokus på förskrivning av antidepressiva och antipsykotiska läkemedel till äldre. Stockholm; 2019.
 71. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre [Elektronisk resurs]; 2018.
 72. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 73. Dahlberg L, Frank A, Lennartsson C, McKee K, Naseer M, Rehnberg J. Ensamhet bland äldre personer i Norden [Elektronisk resurs]. Copenhagen: Nordisk Ministerråd; 2020.
 74. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. Arch Gerontol Geriatr. 2018; 75:96-103.
 75. Edberg A-K. Existentiell ensamhet - en utmaning inom vården till sköra äldre personer. [Kristianstad]: Kristianstad University Press; 2021.

76. Dahlberg L, McKee K, Lennartsson C, Rehnberg J. A social exclusion perspective on loneliness in older adults in the Nordic countries [Elektronisk resurs]. *European Journal of Ageing*; 2022.
77. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
78. Folkhälsomyndigheten. Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården [Elektronisk resurs]; 2019.
79. Folkhälsomyndigheten. Suicidprevention genom utbildning och medvetandegörande [Elektronisk resurs]; 2019.
80. Suicide Zero. Suicide Zeros kommunbarometer 2022. En undersökning om kommunernas arbete med att förebygga självmord 2022.
81. Socialstyrelsen. Vägledning för att förhindra ofrivillig ensamhet bland äldre personer - Primärvård och äldreomsorg Stockholm; 2022.
82. Socialstyrelsen. Förebygg ofrivillig ensamhet hos äldre personer – fakta och reflektionsfrågor avsett för hemtjänst och särskilt boende för äldre Stockholm; 2022.
83. SBU. Insatser för att minska ensamhet hos äldre [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022-01-25.
84. Jain B, Syed S, Hafford-Letchfield T, O'Farrell-Pearce S. Dog-assisted interventions and outcomes for older adults in residential long-term care facilities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Older People Nurs.* 2020; 15(3):e12320.
85. Robins L.M., Jansons P., Haines T. The impact of physical activity interventions on social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review. . *Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences.* 2016; 2(1):63-71.
86. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health.* 2011; 11:647.
87. Socialstyrelsen. Redovisning av 2021 års statsbidrag till kommuner för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom (S2019/04465, S2020/09593). Stockholm; 2022.
88. Guttormsson U. Alkoholvanor hos äldre 2004–2021. Ett kunskapsunderlag med Monitormätningarna som bas: CAN.- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.; 2022.
89. Andreasson S., Chikritzhs T., Dangardt F., Holder H., Naimi T., Stockwell T. *Alkoholen och samhället 2019: Alkohol och äldre.* Stockholm; 2019.
90. Socialstyrelsen. Förstudie om behov av stöd till socialtjänsten om äldre med risk- eller missbruk av alkohol. Drnr: 34171/2018: Socialstyrelsen; 2019.
91. Socialstyrelsen. Utbildningspaket om äldre och alkohol – för hemtjänst och hemsjukvård. 2022. Hämtad 2023-01-03 från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/447/aldre-och-alkohol-for-hemtjanst-och-hemsjukvard>
92. Socialstyrelsen. Utbildningspaket. Äldre och alkohol – för biståndshandläggare. 2022. Hämtad 2023-01-03 från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/448/aldre-och-alkohol-for-bistandshandlaggare>

93. Statens institutionsstyrelse. SiS i korthet 2016 En samling statistiska uppgifter om SiS [Elektronisk resurs]; 2017.
94. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2022-Äldreomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
95. Socialstyrelsen. Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2020.
96. Socialstyrelsen. Uppföljning av handlingsplanens genomförande. 2022. Hämtad 2023 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationell-handlingsplan/uppfoljning-inom-patientsakerhet/uppfoljning-av-handlingsplanens-genomforande/>
97. SKR. Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård 2013–2021 på nationell nivå; 2023.
98. SKR. Skador vid vård av patienter med covid-19 under 2020-2021. Lärdomar från markörbaserad journalgranskning av pandemivård 2020-2021; 2023.
99. Folkhälsomyndigheten. Infektioner och antibiotika på särskilt boende [Elektronisk resurs]; 2021.
100. Senior alert. PPM - punktprevalensmätning av trycksår 2022. 2022. Hämtad från: <https://www.senioralert.se/resultat/ppm-punktprevalensmatning-av-trycksar/>
101. SKR. Resultat av mätning av trycksår 2022. 2022. Hämtad 2022-11-25 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar/resultatmatningtrycksar.2125.html>
102. SKR. Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler. 2021. Hämtad 2021-11-08 från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner/resultatmatningbhk.2277.html>
103. SKR. Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler. 2022. Hämtad från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner/resultatmatningbhk.2277.html>
104. Vård- och omsorgsanalys. Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2022 [Elektronisk resurs]: Vård- och omsorgsanalys 2022.
105. Socialstyrelsen. Webbutbildning: Basala hygienrutiner i vård och omsorg. 2020. Hämtad från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/263/basala-hygienrutiner-i-varld-och-omsorg>
106. Socialstyrelsen. Webbutbildning: Förebygga och förhindra smitta - för chefer i vård och omsorg. 2022. Hämtad från: <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/440/forebygga-och-forhindra-smitta-for-chefer-i-varld-och-omsorg>
107. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol.* 2004; 57(1):6-14.
108. Morin L, Johnell K, Laroche ML, Fastbom J, Wastesson JW. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. *Clin Epidemiol.* 2018; 10:289-98.
109. Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017 [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.

110. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör Socialstyrelsen; 2012.
111. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2022–Vård och omsorg för äldre. Stockholm; 2023.
112. 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.
113. Socialstyrelsen. Kartläggning av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Delrapportering. Stockholm; 2022.
114. Folkhälsomyndigheten. Hantera värmeböljor – Information om risker och praktiska råd till personal inom vård och omsorg [Elektronisk resurs]: Folkhälsomyndigheten; 2022.
115. Andersen R, Trägårdh L, Juhlin M, Barnevik. Olsson M. Tilliten till det svenska samhällskontraktet 2022.
116. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten 2022 2022. Hämtad från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/aldre/sarskilda/>
117. E-hälsomyndigheten. Invånarundersökningen 2021 Om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst; 2022.
118. SOU. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm; 2017:21.
119. RKA. KOLADA. 2023-01-22. Hämtad från: <https://www.kolada.se/>
120. Försäkringskassan. Fortfarande störst antal sjukfall inom vård- och omsorg. 2022. Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2022-06-21-fortfarande-storst-antal-sjukfall-inom-varld--och-omsorg>
121. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022 : uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
122. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet [Elektronisk resurs]: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022.
123. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Besök via nätet: resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök. Stockholm; 2022.
124. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2022. En årlig studie om Svenska folkets internetvanor [Elektronisk resurs]; 2022.
125. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom. Slutrapport 2022. Stockholm; 2022.

Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller

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

Tabell 29. Kostnader för vård och omsorg för äldre

Miljarder kronor i löpande priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2017–2021
	2017	2018	2019	2020	2021	Miljarder kronor (%)
Total kostnad vård och omsorg för äldre	121,7	126,3	129,4	135,3	138,8	17,1 (14,1 %)
Årlig förändring	3,7%	3,8%	2,4%	4,6%	2,6%	
Verksamhetsområde						
Särskilt boende*	69,3	71,8	73,4	77,1	78,7	9,5 (13,6 %)
Ordinärt boende	50,7	52,8	54,3	56,7	58,6	7,9 (15,5 %)
Hemtjänst	40,9	42,9	44,7	47,3	48,9	8,0 (19,6 %)
Korttidsboende	6,7	6,7	6,8	6,7	6,8	0,1 (2,1 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	3,2	3,2	2,8	2,7	2,9	-0,3 (-9,1 %)
Öppen verksamhet	1,7	1,7	1,7	1,5	1,4	-0,2 (-13,5 %)

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

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021, Statistiska centralbyrån.

Bilaga 2. Definition kommungruppsindelning

Definition kommungruppsindelning

Storstäder och storstadsnära kommuner:

Storstäder – kommuner med minst 200 000 invånare varav minst 200 000 invånare i den största tätorten.

Pendlingskommun nära storstad – kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en storstad eller storstadsnära kommun.

B. Större städer och kommuner nära större stad:

B3. Större stad – kommuner med minst 50 000 invånare varav minst 40 000 invånare i den största tätorten.

B4. Pendlingskommun nära större stad – kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

B5. Lågpendlingskommun nära större stad – kommuner där mindre än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner:

Mindre stad/tätort – kommuner med minst 15 000 men mindre än 40 000 invånare i den största tätorten.

Pendlingskommun nära mindre stad/tätort – kommuner där minst 30 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i annan mindre ort och/eller där minst 30 procent av den sysselsatta dagbefolkningen bor i annan kommun.

Landsbygdskommun – kommuner med mindre än 15 000 invånare i den största tätorten, lågt pendlingsmönster (mindre än 30 procent).

Landsbygdskommun med besöksnäring – landsbygdskommun med minst två kriterier för besöksnäring, det vill säga antal gästnätter, omsättning inom detaljhandel/ hotell/ restaurang i förhållande till invånarantalet.

Källa: Sveriges kommuner och Regioner. Kommungruppsindelning 2017.

Publikationen kan laddas ner från
www.socialstyrelsen.se