

Vård och omsorg för äldre

Lägesrapport 2024

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

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

Artikelnummer: 2024-3-8991

Foto: Plattform/Scandinav Images AB.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2024

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, Vera Gustafsson, Lena Jönsson, Andreas Kroksgård och Anna Netterheim ingått. Flera andra medarbetare vid myndigheten har medverkat i arbetet. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Majoritet av personer med trygghetslarm får ytterligare socialtjänstinsatser	6
Med rätt kompetens på rätt plats stärks äldreomsorgen.....	7
Positiv trend i läkemedelsbehandling	8
Närvaro och samverkan mellan olika aktörer viktigt för en god munhälsa	9
Stora skillnader i vilken typ av välfärdsteknik som erbjuds.....	10
Inledning	11
Rapportens upplägg	11
God vård och omsorg	11
Agenda 2030	11
Datakällor	12
Jämlik vård och omsorg	13
Sammanfattande iakttagelser	13
Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser	13
Förbättrad vårdkvalitet och jämlikhet genom att motverka rasism och främja respekt inom hälso- och sjukvården.....	18
Vård och omsorg för äldre hbtqi- personer	18
Nationella minoriteters situation inom äldreomsorgen	19
Kunskapsbaserad vård och omsorg	22
Sammanfattande iakttagelser.....	22
Framgång med att bekämpa ensamhet bland äldre och förbättra vård för personer med demenssjukdom.....	23
Äldre personers psykiska ohälsa	24
Fortsatt ökande alkoholkonsumtion bland äldre	27
Munhälsa och tandvård hos äldre	33
Sammanfattande iakttagelser.....	33
En ökning av friska tänder bland äldre	33
Basundersökningens betydelse för tandvård hos äldre	36
Kommunal hälso- och sjukvård.....	42
Sammanfattande iakttagelser.....	42
Omställningen till en god och nära vård	43

Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer	43
Förebyggande åtgärder behöver pågå under hela sjukdomsförloppet..	48
Palliativ vård	50
Säker vård och omsorg.....	53
Sammanfattande iakttagelser	53
Öka kunskap om inträffade vårdskador	54
Tillförlitliga och säkra system och processer	61
Tillgänglig vård, tandvård och omsorg.....	71
Sammanfattande iakttagelser	71
Äldre fortsätter vänta länge på landets akutmottagningar	72
Tillgänglig tandvård	73
Socialtjänstinsatser för äldre personer	74
Äldreomsorgens digitala utveckling.....	86
Resurser för vård och omsorg.....	95
Sammanfattande iakttagelser	95
Kostnader för kommunernas vård och omsorg för äldre.....	96
Personal inom vård och omsorg för äldre	103
Differentierade arbetsuppgifter i äldreomsorgen	119
Referenser.....	120
Bilaga 1. Metodbeskrivning: Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser	125
Bilaga 2. Demenspopulationen	126
Bilaga 3. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.....	127
Bilaga 4. Kompletterande kostnadstabeller	129

Sammanfattning

Majoritet av personer med trygghetslarm får ytterligare socialtjänstinsatser

Trygghetslarm i ordinärt boende är den vanligaste första socialtjänstinsatsen för äldre. Varje år får cirka 65 000 personer som är 65 år och äldre trygghetslarm. Ungefär två tredjedelar av dessa får andra hemtjänstinsatser i ordinärt boende samtidigt som trygghetslarm. Resterande tredjedelen, ca 20 000 personer, får i ett senare skede ytterligare socialtjänstinsatser i form av hemtjänst i ordinärt boende eller särskilt boende för äldre (säbo), eller inga ytterligare socialtjänstinsatser alls.

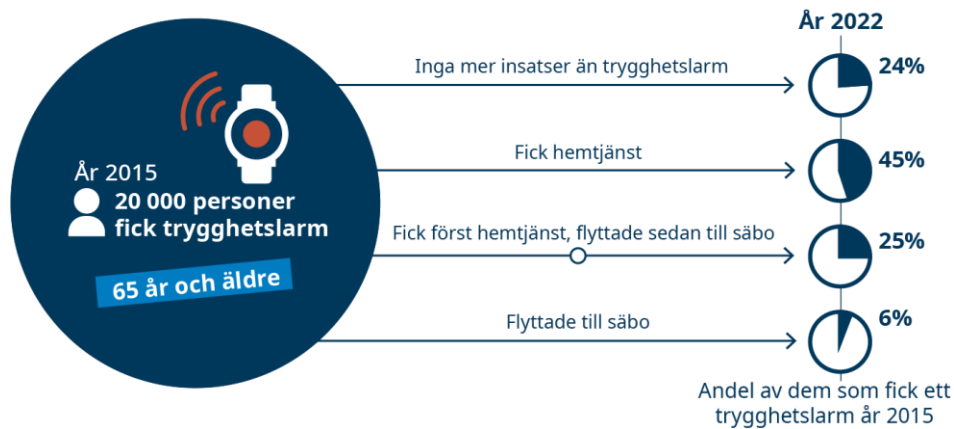
För att beskriva vad som hänt med de cirka 20 000 personerna som fått trygghetslarm som sin första socialtjänstinsats har Socialstyrelsen följt dessa personer under sju års tid, från 2015 till 2022. Denna kartläggning beskriver vilka ytterligare behov i form av socialtjänstinsatser som kan uppstå efter den första kontakten med socialtjänsten.

Sju år efter att de äldre hade fått trygghetslarm var den vanligaste hemtjänstinsatsen personlig omvårdnad. Genomsnittstiden från beviljat trygghetslarm till beviljad hemtjänst i ordinärt boende var 15 månader, medan genomsnittstiden för flytt till säbo var 21 månader. Tiderna var genomgående längre för kvinnor än för män.

De flesta personer med demenssjukdom hade efter uppföljningstidens slut (2015–2022) flyttat till säbo, medan de flesta äldre utan demenssjukdom hade fått hemtjänst.

Figur 1. Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser

Från insättning av trygghetslarm år 2015 som första (och enda) socialtjänstinsats till hemtjänst och/eller säbo under uppföljningsperioden t.o.m. 2022. Personer 65 år och äldre 2015.



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

Äldre personer får vänta relativt länge på att flytta till säbo, i förhållande till deras behov och återstående livslängd. Väntetiden efter bistanndsbeslut ökade 2023 med 11 dagar, till totalt 64 dagar. Det innebär att många har en lång väntan innan de kan få den vård och omsorg som de behöver. I oktober 2023 bodde 83 000 personer över 65 år på säbo och 149 800 hade hemtjänst. Andelen som får socialtjänstinsatser har sedan pandemin stabiliserats för hemtjänstinsatser och säbo, men fortsätter att minska för korttidsplats. Kvinnor är i majoritet bland dem som får hemtjänst eller bor på säbo.

Medianvistelsetiden på säbo för äldre varierar mellan kommunerna. Socialstyrelsens analyser för årets lägesrapport visar att medianvistelsetiden på säbo för personer 65 år och äldre är 2,3 år och medianåldern vid inflytt 86,2 år. För personer med demenssjukdom är medianvistelsetiden något längre, 2,4 år och medianåldern 85 år. För personer utan demenssjukdom är medianvistelsetiden 2,2 år och medianåldern 87,5 år.

Med rätt kompetens på rätt plats stärks äldreomsorgen

Kompetensförsörjningen är en central utmaning för äldreomsorgen, i och med att befolkningen åldras och en mindre andel är i arbetsför ålder. För att förbättra äldreomsorgen är det viktigt att rekrytera, motivera och behålla kompetent personal. Genom att erbjuda exempelvis vidareutbildning och karriärmöjligheter kan man locka till sig och behålla kvalificerade medarbetare.

För att höja kvaliteten inom äldreomsorgen är det också nödvändigt med tydliga riktlinjer och rutiner, till exempel att följa standardiserade vård- och omsorgsprocesser, följa upp resultat och kontinuerligt utvärdera vård- och

omsorgsinsatser. Ett annat viktigt steg är att främja samverkan och samarbete mellan olika yrkesgrupper och organisationer inom äldreomsorgen. Genom att involvera både patienter och deras anhöriga kan man få en helhetssyn på de äldres individuella behov, och tillgodose dessa. Vidare kan det också innebära att se över arbetsfördelningen och säkerställa att personalen har möjlighet att utveckla de specifika färdigheter och kunskaper som krävs inom äldreomsorgen.

Flera statsbidrag har bidragit till att öka bemanningen inom äldreomsorgen och minska antalet timanställningar. År 2021 fanns 119 000 anställda undersköterskor inom äldreomsorgen, varav 79 200 personer arbetade på säbo. Det fanns även 63 000 vårdbiträden, varav 29 500 arbetade på säbo. Under 2021 ökade antalet sjuksköterskor från cirka 13 700 till 14 000. Antalet fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter var oförändrat.

Socialstyrelsen har analyserat sambandet mellan de äldres upplevelser av äldreomsorgen och verksamheternas arbetsrutiner, arbetssätt och personalresurser. Resultaten visar att nöjdheten bland äldre på säbo varierar med fyra procentenheter beroende på andelen omsorgspersonal med adekvat utbildning. På boenden med hög andel utbildad personal är 79 procent av de äldre mycket eller ganska nöjda, jämfört med 75 procent på boenden med låg andel utbildad personal. Det finns liknande skillnader för tillgången till sjuksköterskor och omsorgspersonal. Personer på boenden med högre sjukskötersketäthet eller personaltäthet tycker oftare att det är lätt att få träffa en sjuksköterska eller få kontakt med personalen.

Aktiviteter spelar också roll för de äldres välbefinnande. På säbo som erbjuder aktiviteter sju gånger i veckan eller oftare rapporterar 38 procent av de äldre att de inte känner sig ensamma, jämfört med 29 procent på säbo som sällan eller aldrig erbjuder aktiviteter. Aktiviteterna har även samband med ångslan, oro och ångest. På säbo med regelbundna aktiviteter upplever cirka 40 procent färre besvär av ångslan, oro eller ångest jämfört med äldre på säbo som sällan eller aldrig erbjuder aktiviteter.

Möjlighet till utomhusvistelse är också en faktor som påverkar de äldres välmående. På boenden som erbjuder utomhusvistelse vid önskemål upplever 58 procent av de äldre att de har goda möjligheter att komma utomhus, jämfört med 46 procent på övriga boenden.

Positiv trend i läkemedelsbehandling

Äldre använder allt fler läkemedel. Andelen som tar tio eller fler läkemedel ökade med 11 procentenheter 2015–2023 bland personer 75 år och äldre med hemtjänst. Ökningen var 14 procentenheter bland personer på säbo. Variationen är stor mellan regionerna.

Denna kontinuerliga ökning, som pågått under lång tid, kan till stor del förklaras av tillkomsten av nya läkemedel och behandlingsprinciper, vilket har gjort att man kan behandla allt fler sjukdomar och tillstånd hos äldre. Samtidigt medför en omfattande läkemedelsanvändning en ökad risk för läkemedelsproblem. Exempel på sådana problem är biverkningar och interaktioner mellan olika läkemedel. Läkemedelsgenomgångar är därför viktiga för att följa upp, analysera och ompröva en persons läkemedelsanvändning på ett systematiskt sätt. Medicinsk behandling är ofta nödvändig, men vissa tillstånd kan behandlas icke-farmakologiskt. Det kan vara förändrade levnadsvanor och ändrade dagliga rutiner vid exempelvis sömnbesvär.

Förskrivningen av läkemedel som bör undvikas till äldre har dock minskat stadigt sedan 2005. Detta indikerar en ökad medvetenhet och en strävan hos läkare och vårdpersonal att förbättra läkemedelsbehandlingen för äldre och att anpassa den till deras specifika behov. Denna positiva utveckling kan minska risken för skadliga läkemedelseffekter och förbättra den övergripande hälsan hos äldre människor.

Närvaro och samverkan mellan olika aktörer viktigt för en god munhälsa

Betydelsen av munhälsa för äldre personer med skörhet och funktionsnedsättning ökar eftersom fler äldre behåller egna tänder och fastsittande implantatproteser. En bristande munhälsa riskerar därmed att påverka deras allmänna hälsa och välbefinnande i högre grad än tidigare. En dålig munhälsa ökar risken för undernäring och andra sjukdomar¹. För att möta dessa behov av regelbunden och förebyggande munvård krävs en bättre planering och koordinering av insatser mellan hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst genom tidiga samordnade insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Munhälsan är ojämlikt fördelad över landet. De skillnader som beror på socioekonomiska faktorer minskar, men tillgången till tandvård varierar i landet och de skillnaderna ökar.

Andelen i åldern 24–79 år som besöker tandvården för en basundersökning minskade kraftigt 2013–2022 bland både kvinnor och män, vilket delvis beror på att yngre personer får allt bättre munhälsa. Däremot har basundersökning ökat något bland personer 80 år och äldre. Denna åldersgrupp har också fler skadade tänder² 2022 jämfört med 2013 vilket tyder på ett ökande behov av insatser för att förebygga dålig munhälsa bland personer 80 år och äldre.

¹ Bland annat lunginflammation, hjärt- och kärlsjukdom och diabetes.

² Icke intakta tänder.

Det behövs samordning mellan olika vårdgivare för att erbjuda ändamålsenliga och koordinerade insatser, och vi ser att samordningen behöver komma tidigare. Det kan bero på att man inte känner till hur viktig munhälsan är för äldre personer med skörhet och funktionsnedsättning, samt på bristande samarbete och kommunikation mellan olika vårdgivare. Därför behövs ett bättre samarbete mellan hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst.

Stora skillnader i vilken typ av välfärdsteknik som erbjuds

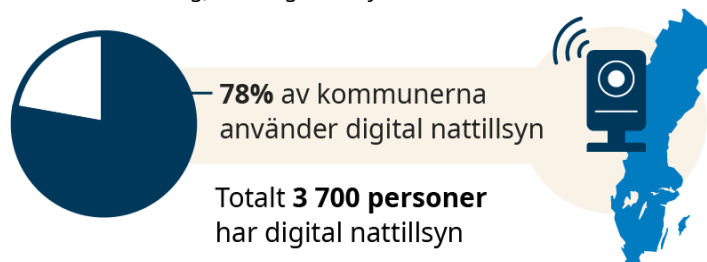
Många kommuner erbjuder välfärdsteknik, men det är stora skillnader i vilken teknik som erbjuds och tillgången är fortfarande inte jämlig i befolkningen. Den välfärdsteknik som ökat mest inom ordinärt boende är stöd för digitala inköp. År 2021 erbjöd 37 procent av kommunerna sådan teknik medan 53 procent gjorde det 2023. Inom särskilda boendeformer för äldre har digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering ökat mest, från 42 procent till 58 procent.

Den ökade digitaliseringen av samhället innebär att de som i mindre utsträckning använder digital teknik riskerar att hamna i ett digitalt utanförskap. Det är därför viktigt att kommunerna aktivt främjar och stödjer digital delaktighet för alla. År 2023 erbjöd 71 procent av kommunerna stöd till enskilda personer, framför allt utbildning, digitala handledare och stödmaterial för digitala tjänster.

Äldre personer är generellt positiva till digital teknik inom äldreomsorgen och öppna för att använda välfärdsteknik. De ser fördelarna med tekniken, såsom bättre kommunikation och ökad trygghet, men är samtidigt oroliga för att tekniken ska ersätta viktig mänsklig kontakt och leda till ökad ensamhet. Integritetsfrågor och risker för brottslighet behöver också beaktas i utvecklingen av välfärdstekniken. Det är viktigt att dessa farhågor tas på allvar och att säkerhetsåtgärder och integritetsskydd prioriteras för att garantera att tekniken används på ett tryggt och hållbart sätt.

Figur 2. Antal personer med digital tillsyn i ordinärt boende

Andel (%) kommuner samt antal personer i ordinärt boende (både äldre och personer med funktionsnedsättning) med digital tillsyn, 2023.



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2023.

Inledning

Socialstyrelsen ska senast den 31 mars varje år lämna in lägesrapporter om individ- och familjeomsorg, vård, tandvård 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 och forskningsstudier, i syfte att ge en samlad lägesbeskrivning.

Socialstyrelsen har även gjort analyser särskilt för denna rapport. Där så är möjligt redogörs för skillnader mellan kvinnor och män samt tänkbara orsaker så som socioekonomiska faktorer, till exempel utbildningsnivå.

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].

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 [2]. 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 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 2022 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
- SmiNet vid Folkhälsomyndigheten
- Statistiska centralbyråns (SCB) register över kommunernas och regionernas räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel den nationella väntetidsdatabasen, den nationella patientenkäten, Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, och Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2023

Jämlik vård och omsorg

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

Sammanfattande iakttagelser

- Sju år efter att de äldre fått trygghetslarm hade de flesta med demenssjukdom fått flytta till säbo, medan personer utan demenssjukdomen hade fått hemtjänst, enligt Socialstyrelsens uppföljning av socialtjänstens vanligaste insatser för äldre. Den vanligaste hemtjänstinsatsen för alla var personlig omvårdnad. Tiden från beviljat trygghetslarm till beviljad hemtjänst i ordinärt boende var i genomsnitt 15 månader. För flytt till säbo var genomsnittstiden 21 månader. Tiden till dessa insatser var genomgående längre för kvinnor än för män.
- En kartläggning av Socialstyrelsen visar att endast var femte kommun har under de senaste tre åren gett personalen kunskap om hbtqi-frågor och äldre personer. Många i gruppen äldre hbtqi-personer är oroliga för att äldreomsorgens personal inte ska respektera deras sexuella läggning eller könsidentitet.
- Enkätundersökningar av Socialstyrelsen visar att kommunerna inte gör tillräckligt för att tillgodose äldreomsorg på minoritetsspråk, och att de brister särskilt i att undersöka behoven och kapaciteten. Endast 32 procent av kommunerna erbjuder äldreomsorg på minoritetsspråk.
- Användningen av antidepressiva medel är lägre bland äldre personer som är födda utanför Sverige, och allra lägst bland dem som är födda utanför EU. Den lägre användningen kan inte förklaras av skillnader i andelen med demenssjukdom, andelen som bor på säbo eller bostadsortens socioekonomiska förutsättningar. Resultaten tyder på att vistelsetiden i Sverige ha betydelse – ju längre tid, desto högre användning.

Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser

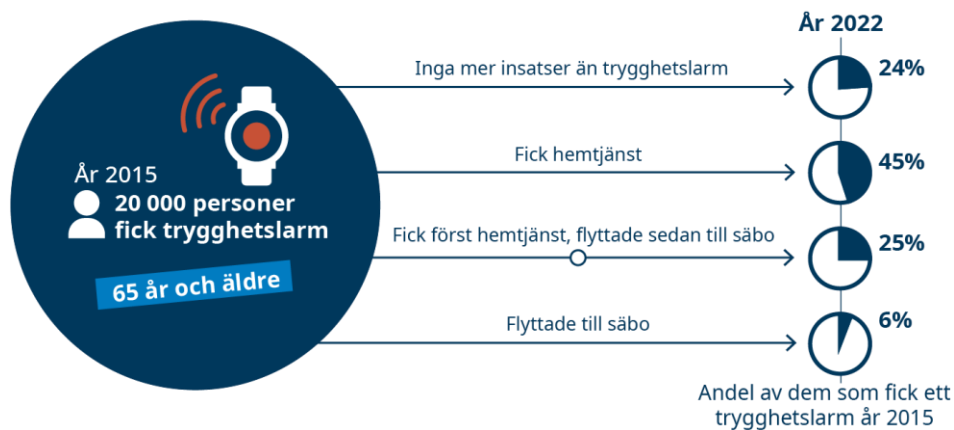
Trygghetslarm i ordinärt boende är den vanligaste första socialtjänstinsatsen för äldre. Varje år får cirka 65 000 personer som är 65 år och äldre trygghetslarm. Ungefär två tredjedelar får andra hemtjänstinsatser i ordinärt boende samtidigt som trygghetslarm. Resterande tredjedelen, ca 20 000 personer, får i ett senare skede ytterligare socialtjänstinsatser i form av hemtjänst i ordinärt boende eller särskilt boende för äldre (säbo), eller inga ytterligare socialtjänstinsatser alls.

För att beskriva vad som hänt med de cirka 20 000 personerna som, fått trygghetslarm som sin första socialtjänstinsats, har Socialstyrelsen följt dessa personer under sju år, från 2015 till 2022. Denna kartläggning beskriver vilka ytterligare behov i form av socialtjänstinsatser som kan uppstå efter den första kontakten med socialtjänsten.

Som figur 3 visar fick majoriteten någon typ av insats efter trygghetslarmets insättning. En fjärdedel (25 procent) hade flyttat till säbo under uppföljningsperioden, men haft hemtjänst innan dess. Nästan hälften (45 procent) fick hemtjänst men inga ytterligare insatser. Få personer (6 procent) flyttade direkt till säbo, utan att först få ytterligare hemtjänstinsatser i ordinärt boende. Ungefär en fjärdedel (24 procent) fick inga ytterligare insatser efter beviljat trygghetslarm. Av dessa hade 70 procent avlidit medan 30 procent fortfarande var i livet 2022 (data presenteras inte).

Figur 3. Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser

Från insättning av trygghetslarm år 2015 som första (och enda) socialtjänstinsats till hemtjänst och/eller säbo under uppföljningsperioden t.o.m. 2022. Personer 65 år och äldre 2015.



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

Vilka behov som uppstod varierade beroende på om det fanns en påvisad demenssjukdom eller inte (bilaga 2. Demenspopulationen). Vidare analyser visade att bland dem som inte hade någon demenssjukdom var det vanligast att enbart ha hemtjänst vid uppföljningsperiodens slut (55 procent av kvinnorna och 49 procent av männen). För personer med demenssjukdom var det istället vanligast att flytta till säbo efter att först ha haft hemtjänst (64 procent av kvinnorna och 50 procent av männen). Även kön och ålder när trygghetslarmet sattes in hade betydelse för vilka behov som uppstod senare. Nedan presenteras data för den enskilt största gruppen som fått trygghetslarm vilket var kvinnor i åldern 75–84 år utan demenssjukdom (22 procent). Vilka behov som uppstod för dessa kvinnor visas i figur 4, medan kvinnor i samma åldersgrupp men med demenssjukdom visas i figur 6. Vilka behov som uppstod för män i samma åldersgrupp visas i figur 5 och 7. För övriga grupper presenteras inte data.

Figur 4. Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser bland kvinnor 75–84 år utan demenssjukdom

Från insättning av trygghetslarm år 2015 som första (och enda) socialtjänstinsats till hemtjänst och/eller flytt till säbo under uppföljningsperioden t.o.m. 2022. Kvinnor 75–84 år utan demenssjukdom (n=4 500 personer).



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

Figur 5. Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser bland män 75–84 år utan demenssjukdom

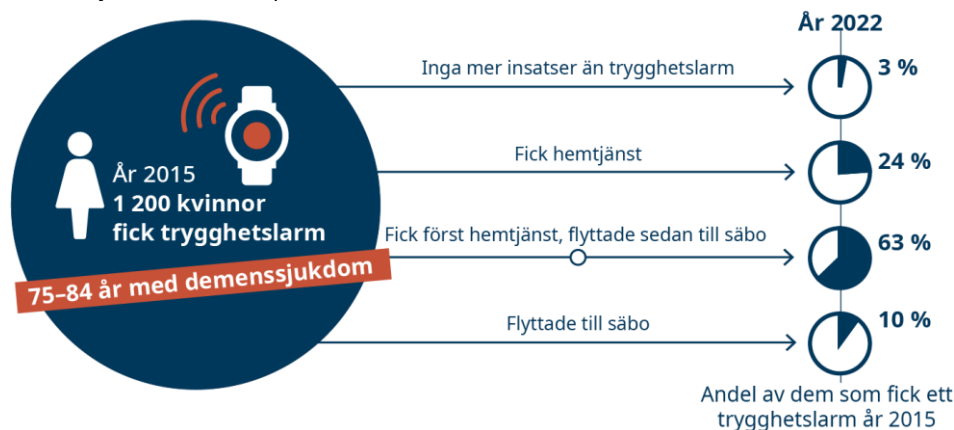
Från insättning av trygghetslarm år 2015 som första (och enda) socialtjänstinsats till hemtjänst och/eller flytt till säbo under uppföljningsperioden t.o.m. 2022. Män 75–84 år utan demenssjukdom (n=2 600 personer).



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

Figur 6. Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser bland kvinnor 75–84 år med demenssjukdom

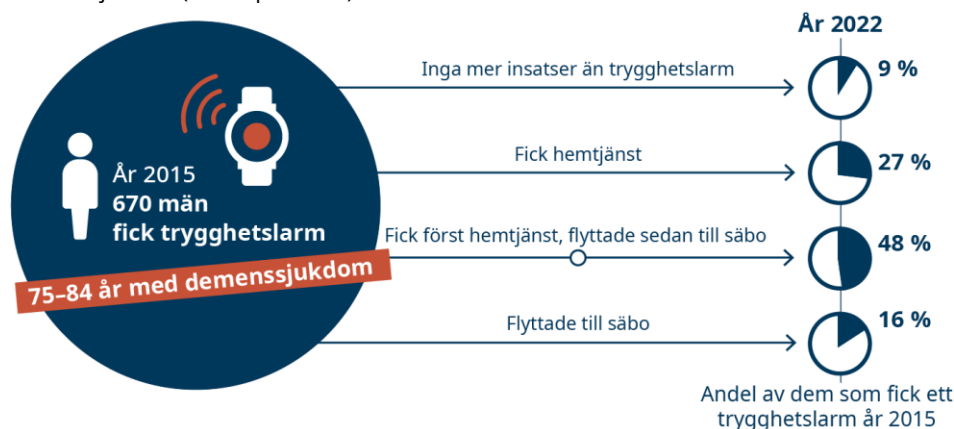
Från insättning av trygghetslarm år 2015 som första (och enda) socialtjänstinsats till hemtjänst och/eller flytt till säbo under uppföljningen t.o.m. 2022. Kvinnor 75–84 år med demenssjukdom (n=1 200 personer).



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

Figur 7. Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser bland män 75–84 år med demenssjukdom

Från insättning av trygghetslarm år 2015 som första (och enda) socialtjänstinsats till hemtjänst och/eller flytt till säbo under uppföljningen t.o.m. 2022. Män 75–84 år med demenssjukdom (n=670 personer).



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

Bland personerna som fick hemtjänst (tabell 1) var den vanligaste hemtjänstinsatsen personlig omvårdnad (74 procent) följt av service (58 procent). Drygt 14 procent hade matdistribution (tabell 1).

Tabell 1. Hemtjänstinsatser efter trygghetslarm

Typ av hemtjänstinsats(er) för personerna 65 år och äldre (2015) som fick hemtjänst (enbart eller följt av särskilt boende för äldre) efter trygghetslarm, samt hur vanliga dessa var. En person kan ha fått flera insatser.

Hemtjänstinsats	Andel (%)
Personlig omvårdnad	74

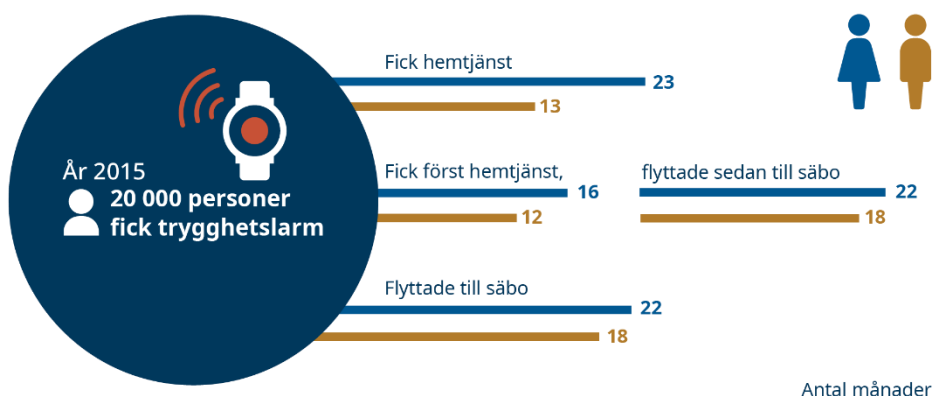
Hemtjänstinsats	Andel (%)
Service	58
Matdistribution	14
Ledsagning	4
Avlösning av anhörig	2

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

Hur lång tid det tog innan ytterligare behov utöver trygghetslarm uppstod presenteras i figur 8. Den kortaste tiden till ytterligare ett socialtjänstbehov, för både kvinnor och män, var hemtjänst följt av säbo, där tid från beviljat trygghetslarm till hemtjänst låg på 16 respektive 12 månader för säbo. Den längsta tiden syntes vid flytt till säbo, 21 månader, oavsett tidigare hemtjänst eller inte. Tiderna varierade dock mellan könen och var genomgående längre för kvinnor (figur 8).

Figur 8. Tider till socialtjänstinsatser efter trygghetslarm

Från insättning av trygghetslarm år 2015 som första (och enda) socialtjänstinsats till hemtjänst och/eller flytt till säbo under uppföljningen t.o.m. 2022. Tid i antal månader (median) för kvinnor (blå) och män (brun).



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

Tiderna från beviljat trygghetslarm till ytterligare socialtjänstinsatser för personer med eller utan demenssjukdom var desamma i de flesta jämförelserna, till exempel för både kvinnor och män och vid olika åldrar. För majoriteten av kvinnorna (75 år och äldre) var dock demenssjukdom associerat med något kortare tider mellan beviljat trygghetslarm och någon annan insats (gällde även tiden från hemtjänst till säbo). (Läs även avsnittet **Munhälsa hos personer med demenssjukdom** och **Tid på särskilt boende för äldre**.)

I bilaga 1 finns en metodbeskrivning.

Förbättrad vårdkvalitet och jämlikhet genom att motverka rasism och främja respekt inom hälso- och sjukvården

Andelen utrikes födda i gruppen 66 år och äldre ökade med en procentenhet mellan 2010 (187 540 personer) och 2020, till 13 procent (265 800 personer), och 2030 förväntas andelen vara 17 procent (371 600 personer). Personer från Norden och EU beräknas minska men fortsatt utgöra störst andel av de utrikes födda, 44 procent 2030 jämfört med 61 procent 2020 [3]. God och jämlik vård bygger på kunskap. För att bli medveten om vilka normer och värderingar som påverkar ens eget beteende som yrkesverksam inom hälso- och sjukvården eller tandvården, behöver personalen få mer kunskap om rasism och bemötande och vilka konsekvenser det kan få. Socialstyrelsen har tagit fram utbildningsmaterialet *Rasism och bemötande i vården* [4] som ska bidra till att förebygga och motverka rasism i vården. Utbildningen riktar sig till alla medarbetare inom hälso- och sjukvården och tandvården som på något sätt möter patienter. Det är också ett stöd i chefers och verksamhetsutvecklares kvalitets- och arbetsmiljöarbete.

Vård och omsorg för äldre hbtqi-personer

Oro för diskriminering och utsatthet i mötet med personalen

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att kartlägga kommuners vård och omsorg för äldre hbtqi-personer³ och gruppens behov av kommunal vård och omsorg. Kartläggningen visar att det är få kommuner som ger personalen kunskap om hbtqi och äldre personer, som uppmärksammar äldre i arbetet mot våld i nära relationer eller som har ett uttalat arbetssätt för att bemöta äldre transpersoner eller äldre hbtqi-personer med hiv [5]. Socialstyrelsens intervjuer med äldre personer visar samtidigt att många känner oro inför att behöva äldreomsorg i framtiden. Oron handlar främst om mötet med personalen, och rädsla för att personalen inte ska respektera personens sexuella läggning. Forskning visar exempelvis att många hbtqi-personer har tidigare erfarenheter av diskriminering, våld eller hot om våld, och är rädda för att bli utpekade som avvikande.

³ Hbtqi är ett paraplybegrepp som omfattar homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter samt personer med intersexvariation.

Socialstyrelsen konstaterar därför att kommunerna inte lyckas möta äldre hbtqi-personers behov i mötet med äldreomsorgen [5].

De personer som i dag är äldre har vuxit upp i ett samhälle där det inte alltid var möjligt att leva öppet som något annat än heterosexuell och cisperson. Kvalitativa studier visar exempelvis att många ingick heterosexuella äktenskap för att leva upp till omgivningens förväntningar, trots att de var medvetna om sin sexualitet redan som unga [6]. En kunskapsöversikt om äldre hbtqi-personers livsvillkor och erfarenheter i Norden visar att hbtqi-personer, särskilt äldre bisexuella och transpersoner, känner sig mer utsatta och har sämre psykisk och fysisk hälsa genom livet, även om deras situation blir något bättre med stigande ålder. Minoritetsstress är en förklaringsmodell som ibland används inom forskningen för att beskriva detta. Minoritetsstress innebär att personer som befinner sig i minoritetspositioner kan utsättas för högre psykosociala stressnivåer än andra, vilket i sin tur leder till sämre hälsa [6]. Alla individer påverkas dock inte på samma sätt och det finns skyddande faktorer, till exempel socialt stöd och en generellt trygg livssituation [7].

Nationella minoriteters situation inom äldreomsorgen

Det finns fortfarande bristande kunskaper i kommuner och regioner om minoritetslagen (2009:724) som sedan 2010 reglerar särskilda rättigheter inom bl.a. äldreomsorgen för de nationella minoriteterna, judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar. I samband med att lagen reviderades 2019 förstärktes minoriteternas rättigheter inom äldreomsorgen ytterligare. De som bor i förvaltningsområden (FO) för finska, meänkieli och samiska, vilket idag omfattar 84 kommuner, har rätt till äldreomsorg där servicen och omvårdnaden ges av personal som behärskar minoritetsspråken. De kommuner som ingår i FO får statsbidrag för sina merkostnader⁴. Även utanför FO har nationella minoriteter rätt till äldreomsorg på sitt minoritetsspråk och det gäller då också romani chib och jiddisch, om det finns personal som behärskar språken. Dessutom har minoriteterna rätt till stöd för sin kulturella identitet inom ramen för äldreomsorgen I SoL 6 § framgår bland annat att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

⁴ Förordning (2009:1299) om nationella minoriteter och minoritetsspråk

Socialstyrelsen har gjort två enkätundersökningar om situationen för nationella minoriteter inom äldreomsorgen, 2021 och 2023⁵ [8]. Båda visar att kommunerna inte gör tillräckligt för att säkerställa att minoriteternas rättigheter inom äldreomsorgen tillgodoses. Framför allt brister kommunerna när det gäller att undersöka behoven av äldreomsorg på minoritetsspråk samt personalens kompetens i de nationella minoritetsspråken. Kommunerna har fått kommentera sina svar, och det framgår att olika tolkningar av dataskyddsförordningen (GDPR) i kommunerna kan leda till olika bedömningar om det finns hinder för att undersöka äldres behov och personalens kompetens. En del kommuner undersöker dock både behov och kapacitet utan att förbise GDPR [8].

Service och omvårdnad på minoritetsspråk finns nästan uteslutande i förvaltningsområdena, men det är fortfarande ovisst i vilken utsträckning utbudet motsvarar behoven. Det finns även kommuner i förvaltningsområdena som inte tillhandahåller äldreomsorg på det språk som de får statsbidrag för (tabell 2). Tabell 2 visar att 32 procent av de svarande kommunerna erbjuder äldreomsorg på minoritetsspråk, men i kommunerna som ingår i förvaltningsområden är andelen 74 procent. Av kommunerna i förvaltningsområdena för finska är det 85 procent som erbjuder äldreomsorg på minoritetsspråk, jämfört med 100 procent i kommunerna för meänkieli och 53 procent i kommunerna för samiska. Enkätundersökningarna visar även att mycket få insatser görs för de judiska och romska minoriteterna liksom på språken romani chib och jiddisch. Ett par kommuner skriver att de använder tolk vid behov, vilket inte kan sägas motsvara rätten till äldreomsorg där hela eller en väsentlig del av servicen ges av personal som behärskar minoritetsspråken [8]. Denna rätt gäller om kommunen har tillgång till personal med sådana språkkunskaper, jfr 18 a § minoritetslagen.

Tabell 2. Erbjuder er kommun idag äldreomsorg där hela eller väsentlig del av servicen och omvårdnaden ges av personal som behärskar något av de nationella minoritetsspråken?

Andel (%) kommuner som erbjuder äldreomsorg där hela eller väsentlig del av servicen ges av personal som behärskar något av de nationella minoritetsspråken, finska, meänkieli, samiska, romani chib eller jiddisch, år 2023.

	Ja, på finska	Ja, på jiddisch	Ja, på meänkieli	Ja, på romani	Ja, på samiska	Nej, inte på något av dessa språk
Samtliga kommuner	26 %	1 %	2 %	0 %	3 %	65 %
Förvaltningsområdet totalt	69 %	3 %	8 %	2 %	10 %	26 %

⁵ Situationen för nationella minoriteter inom den kommunala äldreomsorgen 2021, Artikelnummer 2022-5-7899, Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2022. Resultaten från 2023 är preliminära utifrån opublicerade data.

	Ja, på finska	Ja, på jiddisch	Ja, på meänkieli	Ja, på romani	Ja, på samiska	Nej, inte på något av dessa språk
Förvaltningsområdet för finska	82 %	2 %	8 %	0 %	2 %	15 %
Förvaltningsområdet för meänkieli	100 %	0 %	67 %	0 %	17 %	0 %
Förvaltningsområdet för samiska	37 %	5 %	16 %	5 %	32 %	47 %

Källa: Situationen för nationella minoriteter inom äldreomsorgen 2023, Socialstyrelsen.

Den reviderade minoritetslagen från 2019 har hittills inte fått något genomslag när det gäller ökade rättigheter för samtliga äldre från de nationella minoriteterna i hela landet. Minoritetslagens fokus på språkliga rättigheter missgynnar framför allt den judiska minoriteten som i liten utsträckning har behov av omsorg på jiddisch, utan snarare behöver ett judiskt sammanhang med möjlighet att till exempel fira judiska högtider och hålla kosher.

Sammantaget visar enkätundersökningarna att det återstår mycket arbete i kommunerna för att leva upp till minoritetslagen, men även till socialtjänstlagen och den nationella värdegrunden för äldreomsorg till nationella minoriteter.

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 sociala konsekvenser av covid-19-pandemin, vård av äldre med psykisk ohälsa samt vård och stöd till äldre med alkoholproblem.

Sammanfattande iakttagelser

- Både ensamhet och social isolering är skadligt för hälsan, men vissa faktorer kan minska ensamheten. Socialstyrelsen fördelade 2020–2022 totalt över 1,8 miljarder kronor till kommunerna för att motverka ensamhet bland äldre och förbättra vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Pengarna användes främst för att finansiera personalkostnader och göra investeringar inom äldreomsorg och vård för personer med demenssjukdom. Kommunerna använde också medlen till mötesplatser och sociala aktiviteter för äldre samt kompetenshöjande aktiviteter för personalen. Socialstyrelsen fördelade också 23,5 miljoner kronor i statsbidrag till 203 organisationer under 2022 för att bekämpa ensamhet hos äldre. Många organisationer ordnade bland annat aktiviteter som främjade gemenskap bland äldre, såsom guidade bussturer och firanden vid högtider, samt mötesplatser för äldre.
- Användningen av antidepressiva medel bland personer över 65 år ökade med 23 procent från 2006 (n=137 366; 8,6 procent) till 2022 (n=229 507; 10,6 procent), troligen på grund av ökad behandling av ångesttillstånd och sömnproblem. Användningen av antidepressiva är nästan 70 procent högre bland kvinnor än män, trots att suicid är tre gånger vanligare bland äldre män. Detta kan delvis förklaras av att diagnostiska skattningssinstrument inte fångar upp depressionssymtom som är mer typiska för män, och att män är mindre benägna att söka vård vid symtom på depression.
- Suicid är vanligare bland äldre än yngre personer. Det saknas dock forskning som visar om antidepressiva läkemedel förebygger suicid, suicidförsök, självskador eller suicidtankar hos äldre människor.
- Alkoholkonsumtionen bland äldre fortsätter att öka, samtidigt som den har minskat i befolkningen i stort, men konsumtionen är fortfarande lägre bland äldre än bland yngre.
- Fyra av tio säbo och hemtjänstverksamheter har en rutin för att hantera misstänkt eller upptäckt skadligt bruk eller beroende av alkohol eller andra beroendeframkallande medel. Bara drygt var femte kommun har motsvarande rutiner för äldreomsorgen på ledningsnivå.

Framgång med att bekämpa ensamhet bland äldre och förbättra vård för personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen har under de senaste åren fördelat statsbidrag som är avsedda för projekt som har som mål att göra det lättare för äldre människor att delta i sociala aktiviteter samt aktiviteter som främjar deras hälsa.

Statsbidrag till kommuner

Totalt har över 1,8 miljarder kronor fördelats av Socialstyrelsen till kommunerna för att dels motverka ensamhet bland äldre, dels förbättra vården och omsorgen av personer med demenssjukdom under 2020–2022 [9]. Av dessa medel har kommunerna förbrukat 90 procent under treårsperioden.

Under 2022 fördelades cirka 603 miljoner kronor i statsbidrag till alla 290 kommuner för att motverka ensamhet bland äldre och förbättra vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Av dessa medel användes cirka 577 miljoner, vilket motsvarar 96 procent av det begärda beloppet. Den huvudsakliga orsaken till att fyra procent av medlen inte användes var brist på tid.

Kommunerna hade möjlighet att prioritera egna behov och förutsättningar inom ramen för statsbidraget. Medlen bedöms ha bidragit till att kommunerna har genomfört aktiviteter och investeringar för att säkerställa god vård och omsorg för personer med demenssjukdom samt motverka ensamhet bland äldre. En stor del av medlen har använts för att finansiera personalkostnader, främst inom äldreomsorg och vård för personer med demenssjukdom. Kommunerna har framför allt finansierat personal på särskilda boenden. De vanligaste yrkeskategorierna som har finansierats är undersköterskor och vårdbiträden.

Flera kommuner har använt statsbidraget för att motverka ensamhet bland äldre genom att förstärka eller utveckla mötesplatser och sociala aktiviteter för äldre personer, så som gemensamma måltider, medan andra har använt medlen för kompetenshöjande aktiviteter för personalen inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Ungefär var femte kommun har låtit enskilda utförare ta del av statsbidraget, men majoriteten har endast vidarefördelat mindre än 20 procent av medlen till dessa.

Statsbidrag till organisationer och studieförbund

Socialstyrelsen fördelade 23,5 miljoner kronor i statsbidrag till 203 organisationer under 2022 för att bekämpa ensamhet hos äldre [10]. Mottagarna var främst pensionärsorganisationer och studieförbund, och de använde nästan 22 miljoner kronor, vilket utgjorde cirka 94 procent av bidraget.

Organisationerna riktade sin verksamhet till en bred grupp äldre, där majoriteten levde i eget boende. Vissa organisationer fokuserade på specifika målgrupper, till exempel hbtqi-personer och utrikes födda. Organisationerna uppskattade att de nådde ungefär 160 000 personer.

Nästan alla organisationer anordnade aktiviteter som främjade gemenskap bland äldre, som guidade bussturer och firanden vid högtider och konserter. Många genomförde även åtgärder för att fler äldre skulle kunna engagera sig ideellt, som prova-på-verksamheter. Cirka hälften av organisationerna skapade mötesplatser för äldre och främjade kontakten mellan äldre och yngre personer, till exempel genom matchning utifrån liknande intressen. Gymnasieungdomar utbildade också äldre i IT- och mobilanvändning.

Mottagarna ansåg överlag att de hade uppnått sina mål med insatserna. En utmaning var att nå ut till målgruppen, och därför har många organisationer arbetat uppsökande. De använde främst hemsidor, sociala medier och olika nätverk för att nå äldre. Uppsökande verksamhet via webben och sociala medier var ovanlig före 2020, men har ökat under coronapandemin då organisationerna blivit mer digitala.

Äldre personers psykiska ohälsa

Äldre personer i specialiserad öppen- eller slutenvård

Den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* som genomfördes 2022 och publicerades 2023 inkluderade för första gången frågor om hälsan bland personer över 84 år, och den gruppen hade delvis andra resultat än den näst äldsta åldersgruppen, 65–84 år [11]. Till exempel var det dubbelt så många kvinnor som uppgav allvarlig psykisk påfrestning (orolig, nedstämd, värdelös enligt Kessler-6-skalan) jämfört med kvinnor i åldern 65–84 år [11].

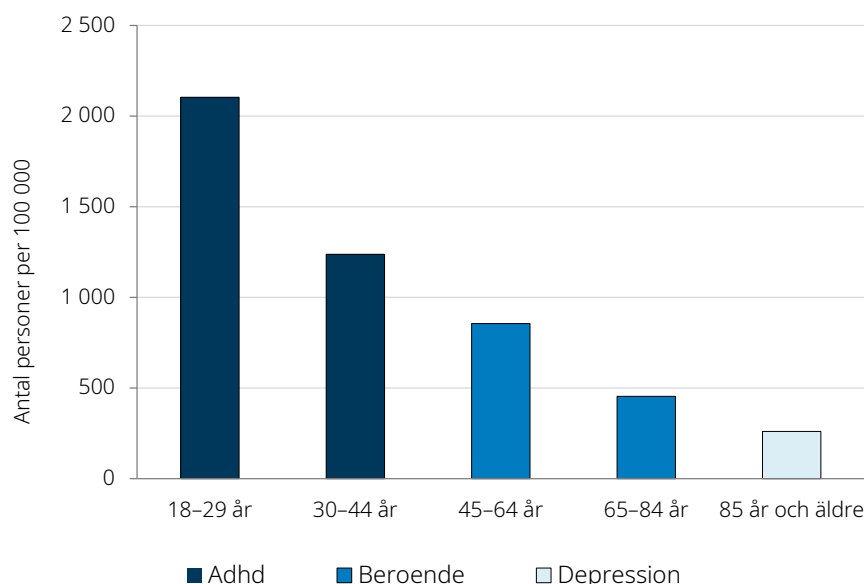
Nya data från patientregistret bekräftar tidigare års resultat som visar att få personer över 65 år får specialiserad psykiatrisk vård, och lägst är andelen i gruppen 85 år och äldre. Däremot visar data från läkemedelsregistret, precis

som tidigare, att många äldre får läkemedel mot till exempel depression [12]. Detta tyder på att de flesta äldre får behandling i primärvården. För kvinnor över 65 år är depression den vanligaste diagnosen i psykiatrisk öppen- och slutenvård. Bland män är beroendesjukdomar den vanligaste i gruppen 65–84 år, men depression den vanligaste diagnosen bland män över 85 år [12].

Figur 9 visar den vanligaste diagnosgruppen bland män i olika åldrar som 2022 fick vård i specialiserad psykiatrisk öppen- eller slutenvård. Adhd dominerar i yngre åldrar medan beroendetillstånd är den vanligaste diagnosen i åldersgruppen 65–84. Bland personer 85 år och äldre är depression den vanligaste.

Figur 9. Den vanligaste diagnosgruppen i varje åldersgrupp bland män som har fått vård i specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård 2022

Antal personer per 100 000 personer, år 2022.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fler äldre får antidepressiva läkemedel

År 2023 publicerade Socialstyrelsen rapporten *Kartläggning och analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre* [13].

Några av de viktigare resultaten presenteras nedan.

- Användningen av antidepressiva medel hos personer 65 år och äldre ökade med 23 procent från 2006 (n=137 366; 8,6 procent) till 2022

(n=229 507; 10,6 procent). Ökningen var dock mindre än hos yngre personer (18–64 år; 60 procent).

- Användningen av antidepressiva är nära 70 procent högre hos kvinnor än hos män, vilket står i skarp kontrast till förekomsten av suicid hos äldre, som är ungefär tre gånger vanligare hos män. Resultat från forskningsstudier tyder på att detta, åtminstone delvis, kan förklaras av att de skattningsinstrument som används i diagnostiken inte tillräckligt väl fångar sådana depressionssymtom som är mer typiska för män, och att män är mindre benägna att söka vård vid symtom på depression [14, 15].
- Antidepressiva medel till äldre förskrivs till övervägande del (över 80 procent) i primärvården, en andel som har ökat över tid.
- Andelen patienter som i primärvården får psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid nydiagnostiserad depression respektive ångest, är 4–6 gånger högre hos yngre än hos äldre. Samtidigt har denna andel ökat både hos yngre och äldre.
- Analyser av dostexter i läkemedelsregistret talar för att ökningen i förskrivningen av antidepressiva medel till äldre till stor del beror på en tilltagande behandling av ångesttillstånd och sömnproblem.
- Antidepressiva medel har stått för uppemot 40 procent av förekomsten av läkemedelskombinationer som bör undvikas på grund av risk för allvarliga läkemedelsinteraktioner (D-interaktioner). Denna andel har dock minskat över tid, liksom den totala förekomsten av sådana läkemedelskombinationer hos äldre.
- Suicid är vanligare hos äldre än hos yngre. Idag saknas det dock ett entydigt vetenskapligt underlag för att antidepressiva medel förebygger suicid, suicidförsök, självskada eller suicidtankar hos äldre människor. Mer forskning behövs således för att kunna belägga ett sådant samband.
- Det finns ett tydligt samband mellan verkställande av socialtjänstinsatser – både hemtjänst och särskilt boende för äldre – och en ökning i användningen av antidepressiva medel. Det behövs dock ytterligare analyser för att kunna klargöra hur orsakssambandet ser ut.

Användning av antidepressiva medel hos utrikes födda äldre

I 2023 års lägesrapport Vård och omsorg för äldre [22] presenterades en bredare kartläggning av läkemedelsanvändningen bland personer 75 år och äldre, uppdelad på födelseland. Resultaten visade att det finns skillnader för flera läkemedelsgrupper, bland annat lägre användning av sömnmedel och antidepressiva läkemedel bland personer födda utanför EU jämfört med födda i Sverige. För att komplettera den kartläggningen och Socialstyrelsens nyligen publicerade rapport om förskrivningen av antidepressiva till äldre [23], har myndigheten gjort en mer utförlig analys av sambandet mellan födelseland och användning av antidepressiva medel. Bland annat man

undersökt vilken betydelse bostadsortens socioekonomiska förutsättningar har för detta samband, med hjälp av det nya måttet områdestyp. Analysen, som presenteras i ett faktablad [16] ger, i korthet, inga belägg för att den lägre användningen av antidepressiva läkemedel bland utrikes födda kan förklaras av skillnader i ålder, kön, förekomst av demens, boende i säbo eller bostadsortens socioekonomiska förutsättningar. Däremot tyder de på att den tid man bott i Sverige har betydelse – ju längre tid, desto högre användning av antidepressiva medel.

Fortsatt ökande alkoholkonsumtion bland äldre

Flera undersökningar har visat att alkoholkonsumtionen bland äldre har ökat, bland annat en rapport från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) som visar en ökning bland personer i åldern 65–84 år under perioden 2004–2021 [17]. Under samma period minskade konsumtionen i hela befolkningen (17–84 år). Det innebär att den självrapporterade alkoholkonsumtionen bland äldre närmade sig den för befolkningen i stort, men konsumtionen är fortfarande lägre bland äldre än bland yngre.

Ökningen kan bland annat bero på att dagens äldre i högre grad består av personer som växt upp under perioder med hög alkoholkonsumtion, att de har bättre hälsa och ekonomi, och att samhället har en mer öppen inställning till alkoholkonsumtion bland äldre än tidigare [17].

Alkoholkonsumtionen bland äldre fortsatte att öka under 2022. I 2023 års undersökning har CAN jämfört svaren från 2004/2005 (personer födda 1924–1988) med svaren från 2020/2021⁶ (personer födda 1940–2004), och konstaterar att skillnaderna mellan åldersgruppers konsumtionsmönster har minskat jämfört med för 16 år sedan. Till exempel började alkoholkonsumtionen minska i 50-årsåldern bland de som deltog i undersökningen 2004/2005, men först i 65-årsåldern bland de som deltog 2020/2021 [18].

Den ökande alkoholkonsumtionen återspeglas också av en ökning av andelen kvinnor och män 65 år eller äldre som fått vård för alkoholproblem inom hälso- och sjukvården, och av andelen dödsfall bland äldre som orsakats av alkoholrelaterade diagnoser.

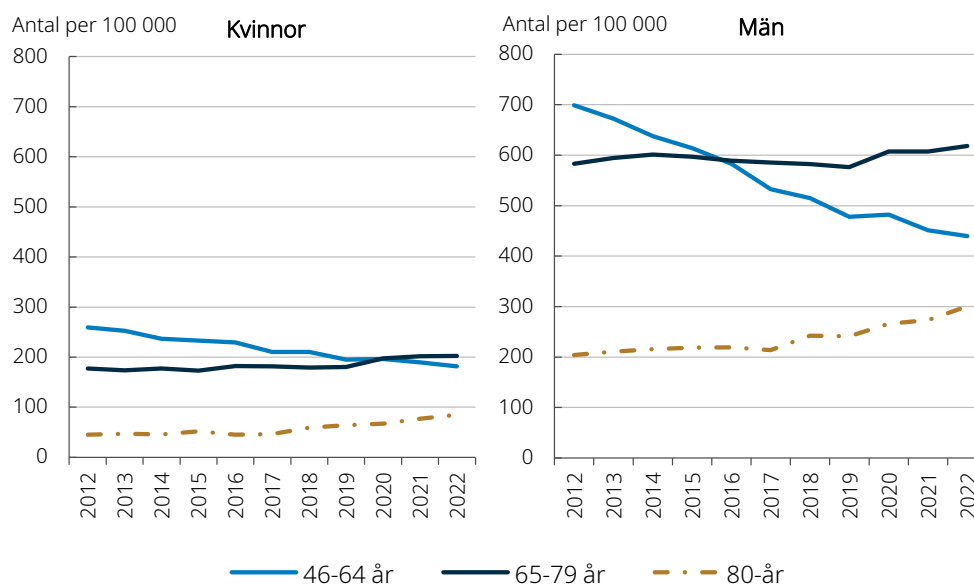
⁶ CAN har slagit samman två åldersgrupper för varje undersökningsår för att få ett tillräckligt hållbart underlag. Perioden 2022/2023 kommer att redovisas i nästkommande rapport.

Fler äldre vårdas inom den specialiserade hälso- och sjukvården för alkoholrelaterade diagnoser

Under perioden 2012–2022 minskade andelen invånare 46–64 år som fått specialiserad slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser, bland både kvinnor och män. Men i grupperna 65–79 år och 80 år och äldre har andelen i stället ökat (figur 10). Figur 11 visar även en ökning av andelen i åldersgrupperna 65–79 år och 80 år och äldre som vårdas inom öppenvården, jämfört med 2012.

Figur 10. 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 2012–2022.

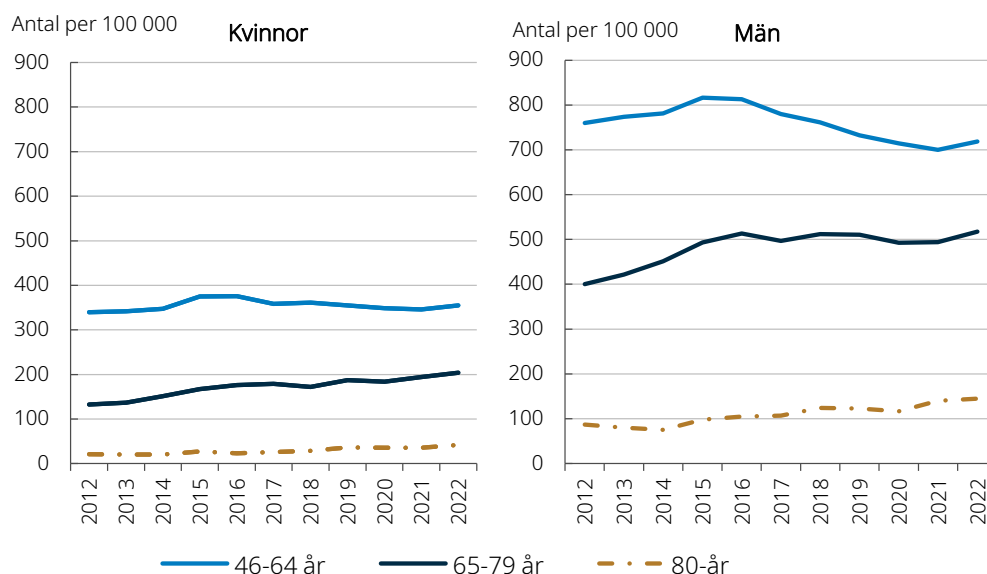


* ICD10: F10

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 11. 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 2012-2022.



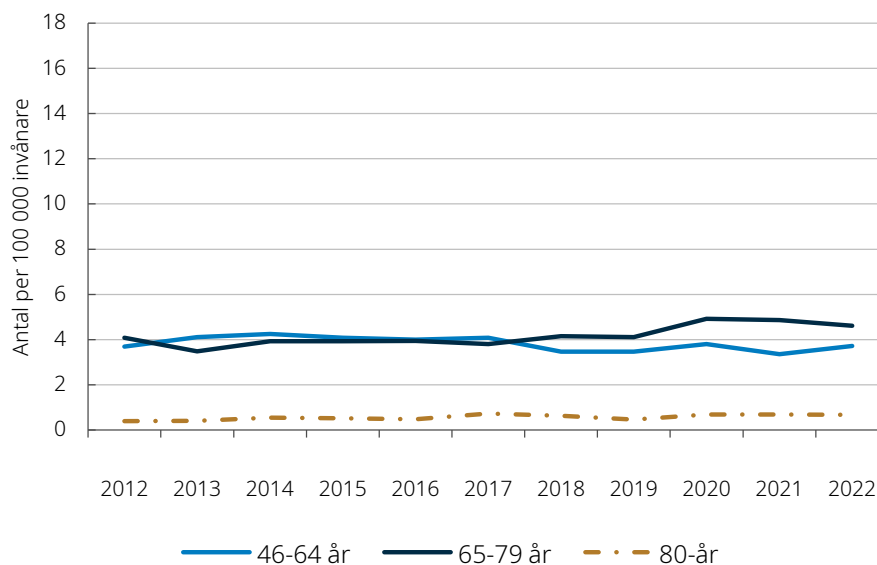
* ICD10: F10.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Även andelen dödsfall som orsakats av någon alkoholrelaterad diagnos⁷ har ökat bland kvinnor och män i åldersgrupperna 65–79 år och 80 år och äldre (figur 12 och 13).

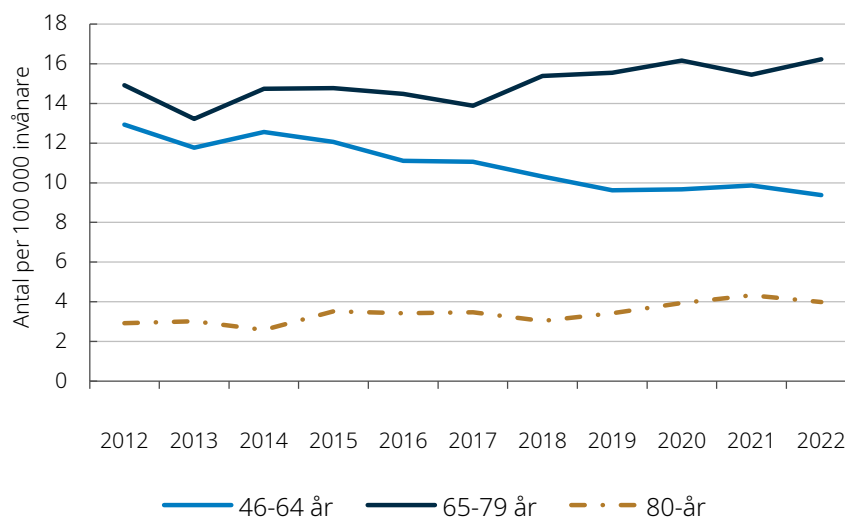
⁷ Med alkoholrelaterad diagnos avses de diagnoskoder som ingår i det så kallade alkoholindexet, som redovisas i Socialstyrelsens statistikdatabas. Det inkluderar följande diagnoskoder i ICD-10: Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom (E244), Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol (F10), Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol (G312), Alkoholutlöst polyneuropati (G621), Alkoholutlöst myopati, (G721), Alko-holkardiomyopati (I426), Gastrit orsakad av alkohol (K292), Leversjukdom orsakad av alkohol (K700-709), Akut pankreatit orsakad av alkohol (K852), Kronisk pankreatit orsakad av alkohol (K860), Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern (O354), Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern (P043), Fetalt alkoholsyndrom (Q860), Toxisk effekt av alkohol (T510-519), Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt (Y901-Y909), Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställd intoxikationsgrad (Y911-Y919), Rehabilitering av alkoholmissbrukare (Z502), Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk (Z714), Livsstilsproblem genom alkoholbruk (Z721).

Figur 12. Antal kvinnor per 100 000 invånare som har avlidit av alkoholrelaterade diagnoser 2012–2022



Källa: Dödsorsaksregistret, diagnoserna är ICD10: F10.

Figur 13. Antal män per 100 000 invånare som har avlidit av alkoholrelaterade diagnoser 2012–2022



Källa: Dödsorsaksregistret, diagnoserna är ICD10: F10.

En ökande andel särskilda boenden för äldre och hemtjänstverksamheter har rutiner vid indikation på missbruk

Tabell 3 visar utvecklingen för arbetet med att uppmärksamma missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel⁸ och läkemedel inom kommunernas äldreomsorg. Andelen kommuner med aktuella⁹ rutiner vid indikation på missbruk har ökat under de senaste åren, men 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, vilket är samma andel som föregående år [19].

Tabell 3. Aktuella skriftliga rutiner för handläggare inom äldreomsorgen vid misstanke om missbruk

Andel (%) kommuner och stadsdelar i Stockholm, riket, 2019–2023.

Indikatorer	2019	2020	2021	2022	2023
Aktuell rutin vid misstanke om missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel	18 % n=285*	20 % n=300*	20 % n=287*	21 % n=273*	21 % n=292*
Aktuell rutin vid misstanke om missbruk av läkemedel	13 % n=285*	16 % n=300*	16 % n=287*	17 % n=273*	16 % n=292*

* Antal kommuner/stadsdelar som svarat på enkätfrågor för indikatorn.

Källa: Öppna jämförelser socialtjänst - Äldreomsorg, Socialstyrelsen 2023.

Andelen säbo och hemtjänstverksamheter med motsvarande rutiner är högre, och dessutom ökande.[19]. Totalt 39 procent av säbo uppger att de har en rutin för hanteringen när man misstänker eller har upptäckt beroende eller missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel, vilket är en ökning från 33 procent jämfört med 2019 (tabell 4). En ökning syns också bland hemtjänstverksamheter, från 38 procent till 42 procent.

⁸ Med beroendeframkallande medel avses cannabis, hallucinogener, amfetamin, opiater, lösningsmedel samt GHB och övriga preparat.

⁹ Rutinen är aktuell om den har följts upp under perioden 1 februari 2021 till 31 januari 2022 eller om rutinen har upprättats nyligen (under de senaste tolv månaderna).

Tabell 4. Enheter som har rutiner för misstanke och upptäckt av beroende eller missbruk av läkemedel, alkohol och andra beroendeframkallande medel

Andel (%) särskilda boenden för äldre (säbo) och hemtjänstverksamheter, 2019–2023.

Indikatorer	Säbo			Hemtjänst		
	2019	2022	2023	2019	2022	2023
Rutin för misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel	33 % n=2 059*	35 % n=1 911*	39 % n=1 970*	38 % n=1 893*	36 % n=1 723*	42 % n=1 838*
Rutin för misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av eller missbrukar läkemedel	32 % n=2 059*	35 % n=1 911*	38 % n=1 970*	38 % n=1 893*	38 % n=1 723*	43 % n=1 838*

* Antal enheter som svarat på enkätfrågor för indikatorn.

Källa: Öppna jämförelser 2023. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Munhälsa och tandvård hos äldre

I det här kapitlet beskrivs inledningsvis utvecklingen av äldres munhälsa och tandvårdsbesök, följt av en presentation av basundersökningens betydelse för tandvård hos äldre. Avslutningsvis presenteras tandvårdsbesök bland personer med demenssjukdom utifrån socialtjänstinsatser.

Sammanfattande iakttagelser

- Munhälsan bland äldre blir bättre, främst genom att friska individer har fler kvarvarande tänder allt längre upp i åldrarna. Personer över 75 års ålder har dock också fler icke intakta tänder, och därmed större behov av regelbundna tandvårdsbesök.
- Munhälsan är ojämlikt fördelad över landet. De skillnader som beror på socioekonomiska faktorer minskar över tid, men tillgången till tandvård varierar i landet och de skillnaderna ökar.
- Munhälsans betydelse för den allmänna hälsan och välbefinnandet ökar bland äldre personer med skörhet och funktionsnedsättning. Samhällets insatser för dessa målgrupper behöver därför planeras gemensamt av hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst. Trots detta ser vi att behovet av integrering av munhälsa inom vård och omsorg alltför sällan omfattar tidiga ändamålsenliga och koordinerade insatser där vård och omsorg arbetar tillsammans med tandvården.
- Andelen i åldern 24–79 år som besöker tandvården för en basundersökning under en treårsperiod minskade kraftigt från 2013 till 2022 bland både kvinnor och män, vilket delvis beror på att befolkningen får allt bättre munhälsa. I gruppen 80 år och äldre har tandvårdsbesöken under en treårsperiod däremot ökat jämfört med 2013, vilket tyder på ett ökat tandvårdsbehov med fler kvarvarande och icke intakta tänder.

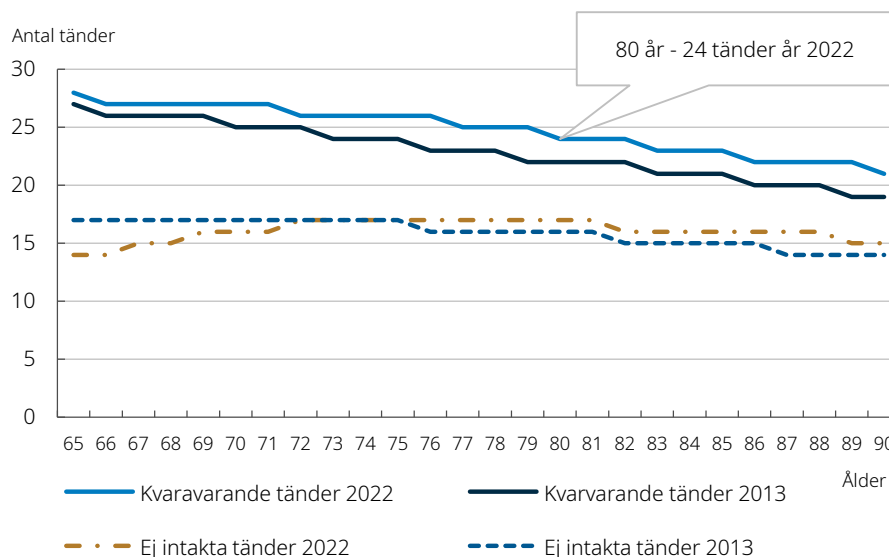
En ökning av friska tänder bland äldre

Tand- och munhälsan i Sverige har förbättrats, och äldre personer har både fler och friskare tänder nu än för tio år sedan. I dag är det ovanligt att vara tandlös, och endast 3,7 procent av 80–89-åringar saknar helt egna tänder. Det är mycket lågt i en internationell jämförelse. Vid 80 års ålder har personer som besöker tandvården i median 24 kvarvarande egna tänder¹⁰,

¹⁰ Med kvarvarande tänder menas: 1. tänder med naturlig rot, inklusive visdomständer och partiellt erupterade tänder, samt 2. synliga tandrötter, inklusive visdomständers tandrötter.

två fler än för tio år sedan (figur 14). Antalet ej intakta tänder¹¹ var 2022 högre för personer under 72 års ålder jämfört med tio år tidigare, men något lägre för personer över 75 år.

Figur 14. Median av antal kvarvarande och antal ej intakta tänder bland personer som besökte tandvården 2022 och 2013, efter ålder



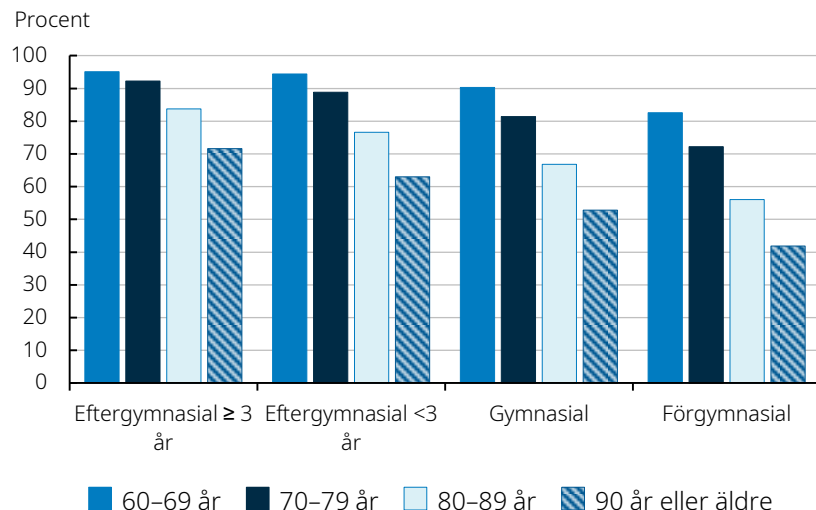
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Det är inte bara munhälsotillståndet som inverkar, utan risken för dålig munhälsa är förhöjd för personer med nedsatt allmän hälsa och personer med funktionsnedsättningar som gör det svårt för dem att ta hand om sin munhälsa. Risken är också förhöjd för personer med ohälsosamma levnadsvanor och sköra äldre patienter med tilltagande risk för sämre allmän hälsa. Dessutom inverkar socioekonomiska faktorer såsom utbildningsnivå och födelseland [20]. Andelen med 20 tänder eller mer är ett mått på tandhälsa i den äldre populationen. Figur 15 visar att andelen är högre bland personer med eftergymnasial utbildning än bland dem med enbart förgymnasial utbildning. Skillnad i andelen med 20 eller mer egna tänder beroende på ålder varierar också med utbildningsbakgrund. Skillnaden för personer med förgymnasial utbildningsbakgrund mellan ålderskategorin 60–69 år och 90 år eller äldre är 41 procent jämfört med 23 procent för personer med eftergymnasial utbildning ≥ 3 år som figur 15 nedan visar.

¹¹ Med intakta tänder menas tänder som: 1. inte har konstaterade dentinskador 2. saknar fyllningar 3. saknar protetiska ersättningar (SOSFS 2008:13).

Figur 15. Andel personer i befolkningen, med 20 eller fler egna tänder, 60 år och äldre, efter utbildningsnivå

Andel (%) personer i befolkningen, med 20 eller fler egna tänder, 60 år och äldre, efter utbildningsnivå. Ålder 2022.

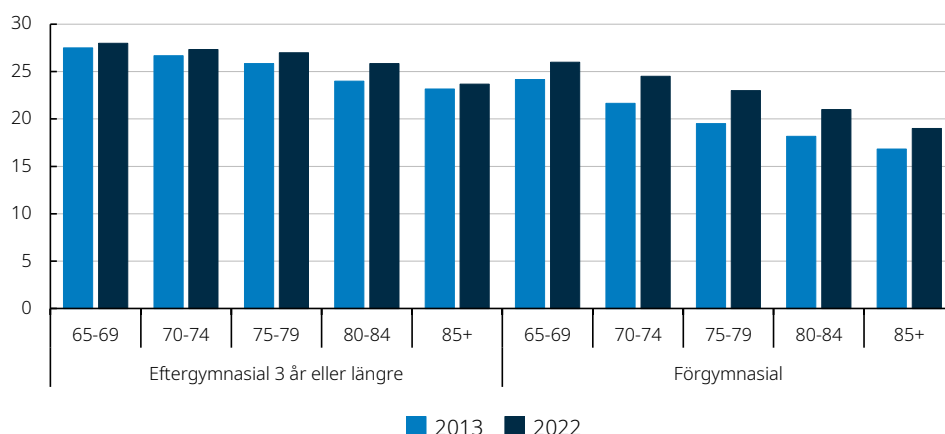


Källa: Tandhälsoregistret och utbildningsregistret, Socialstyrelsen och SCB.

Tandhälsan har dock förbättrats mer bland personer med förgymnasial utbildning, bland både kvinnor och män, vilket figur 16 visar. Men statistiken omfattar bara dem som besöker tandvården, och personer med förgymnasial utbildning gör färre besök. Det kan därför finnas personer med sämre hälsa som inte är med i statistiken. Personer med regionalt tandvårdsstöd är inte heller med, så data bör tolkas med försiktighet.

Figur 16. Median av antal kvarvarande tänder bland personer som besökte tandvården 2022 och 2013

Median av antal kvarvarande tänder bland personer som besökte tandvården 2022 och 2013, efter ålder och utbildningsbakgrund.



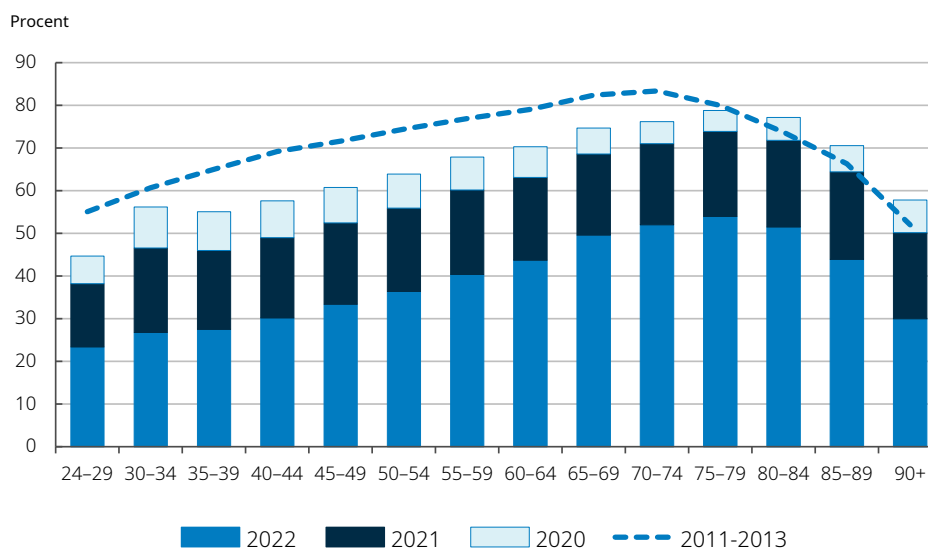
Källa: Tandhälsoregistret och utbildningsregistret, Socialstyrelsen och SCB.

Basundersökningens betydelse för tandvård hos äldre

Det finns ett samband mellan tandhälsa och antal tandvårdsbesök, på så sätt att personer med få intakta tänder besöker tandvården oftare än andra. Basundersökning inom tandvården innebär en komplett undersökning av munhåla och tänder, och inbegriper en bedömning av risk för ohälsa i munnen. Perioden mellan två basundersökningar, det så kallade revisionsintervallet, varierar beroende på tandvårdsbehov och risk för att utveckla sjukdom i munhålan. De nationella riktlinjerna för tandvård rekommenderar ett riskbaserat undersökningsintervall: För personer med låg risk bör intervallet vara 2–3 år och för patienter med hög risk 1–1,5 år, utöver förebyggande och orsaksinriktad behandling [21].

Andelen i befolkningen som besöker tandvården för en basundersökning minskade kraftigt under perioden 2013–2022 bland både kvinnor och män i åldern 24–79 år, vilket delvis beror på att munhälsan kontinuerligt förbättras i populationen, se figur 17 nedan. I gruppen 80 år och äldre ökade dock andelen som besöker tandvården under en treårsperiod, vilket tyder på ett ökat tandvårdsbehov med fler kvarvarande och icke intakta tänder. Kvinnor besöker tandvården i större utsträckning än män upp till 80 års ålder.

Figur 17. Andel av befolkningen som genomgått minst en basundersökning fördelat efter senaste besöksåret

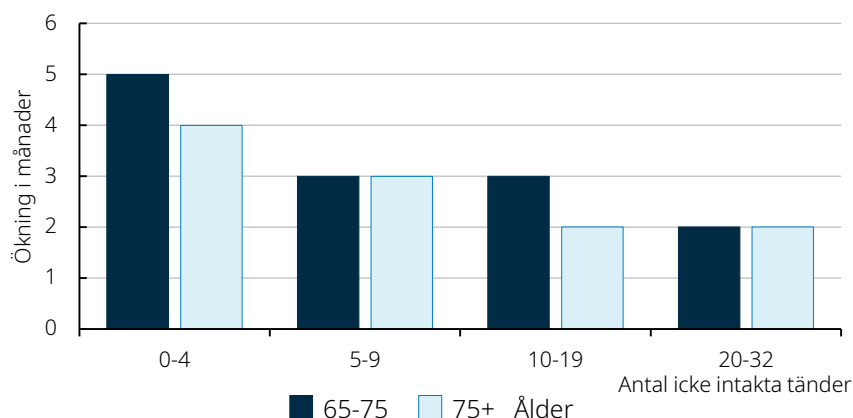


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Den minskade besöksfrekvensen bland äldre under 80 års ålder kan ha flera orsaker. Socialstyrelsen har inte i detalj undersökt dessa, men en kraftig minskning observerades under covid-19-pandemin [22]. Sedan dess har besöksfrekvensen stabiliserats men ligger kvar på en lägre nivå trots att det

sannolikt finns ett uppdämt kvarstående tandvårdsbehov i populationen. Intervallet mellan två basundersökningar påverkar också andelen som besöker tandvården under en treårsperiod, och intervallet ökade mellan 2019 till 2022. För äldre personer ökar också intervallet mellan basundersökningarna även bland personer med högre ålder och sämre tandhälsa, se figur 18 nedan.

Figur 18. Ökningen i månader av intervallet mellan två basundersökningar bland 65 år och äldre fördelat efter antal icke intakta tänder



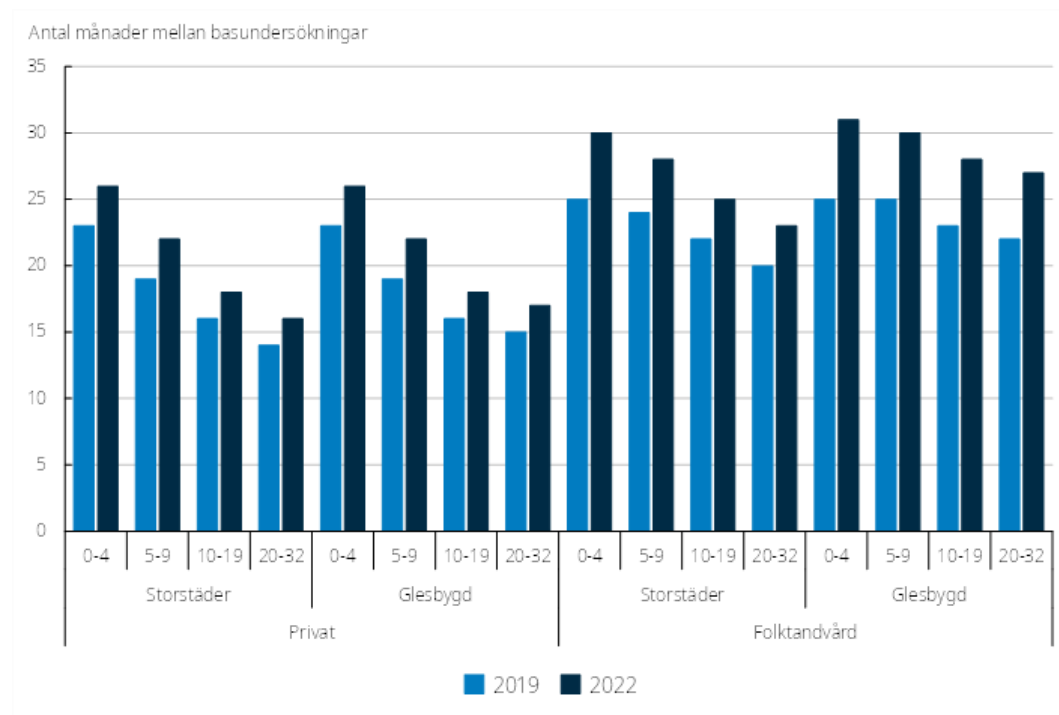
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Tillgången till tandvårdspersonal varierar över landet och påverkar utbudet av tandvårdstjänster. Personalbristerna är mer uttalade inom den offentliga Folktandvården, och särskilt i glesbygd, vilket också kan ha påverkat besöksfrekvensen för äldre personer [23].

Figur 19 nedan visar intervallet mellan två basundersökningar inom privat tandvård och inom Folktandvården utifrån tandhälsa, mätt som antal icke intakta tänder. Äldre personer har generellt färre intakta tänder jämfört med yngre personer. Grafen visar att Folktandvården redan 2019 hade längre intervall mellan basundersökningarna än den privata tandvården och att tiden mellan två basundersökningar ökat mer i Folktandvården, speciellt i glesbygd där intervallet för personer med störst behov ökat från 22 till 27 månader. Inom privat tandvård har det endast ökat från 15 till 17 månader för personer med störst behov av regelbundna basundersökningar.

Figur 19. Intervall mellan basundersökningar

Genomsnittligt antal månader till föregående basundersökning 2022 respektive 2019 fördelat på privat och Folk tandvård, storstäder och glesbygd samt tandvårdsbehov i form av antal icke intakta tänder.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Koordinerade insatser

Sköra äldre med insatser från hemtjänsten har ett särskilt stort tandvårdsbehov och kan därför ha rätt till tandvård mot hälso- och sjukvårdsavgift. Beslut om sådant tandvårdsstöd fattas av regionen efter att socialtjänsten har bedömt personens omsorgsbehov. Regionen finansierar den nödvändiga tandvården och uppsökande verksamhet inom personkretsen. Tandvårdsbesök är beroende på hur väl dessa insatser koordineras mellan kommun, region och tandvårdens aktörer [24-26].

För årets lägesrapport har Socialstyrelsen särskilt analyserat intervallet mellan två basundersökningar utifrån typen av tandvårdsstöd. Intervallet fastställdes i tre grupper inom populationen: personer med statligt tandvårdsstöd¹² före och efter insatsen, personer med tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift¹³ före och efter insatsen och personer med statligt tandvårdsstöd som beviljades tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift efter första insatsen. De som beviljades tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

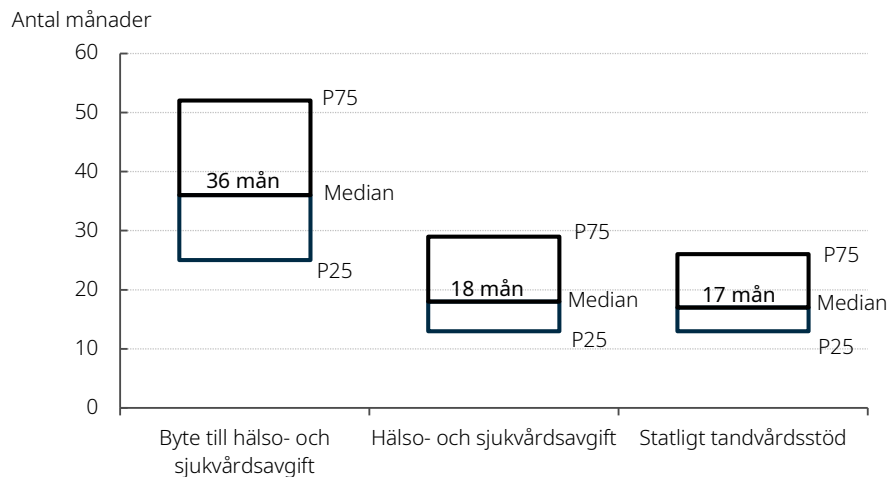
¹²Alla som är försäkrade i Sverige har rätt till statligt tandvårdsstöd från det år de fyller 24 år. Syftet är att ge ekonomiskt stöd till patienter som behöver tandvård och skydda mot höga kostnader.

¹³Tandvårdsstöd där man endast betalar hälso- och sjukvårdsavgift kan beviljas personer som har en funktionsnedsättning och omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller som har ett omfattande och varaktigt behov av vård och omsorg.

efter första insatsen hade längre tid mellan basundersökningarna jämfört med de två andra grupperna.

Figur 20. Antal månader mellan basundersökningen samma år som demenssjukdomen identifierades och den föregående basundersökningen

Median, P75 och P25 antal månader mellan basundersökningar i tre subgrupper av personer med demenssjukdom



Källa: Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Patientregistret, Läkemedelsregistret, Dödsorsaksregistret, SveDem.

Personer som beviljas tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift har mycket lång tid mellan två basundersökningar, 2–4 år, vilket ökar risken för att ohälsa i munnen upptäcks för sent.

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen inte analyserat orsakerna till att besöket till tandvården kommer sent efter en omsorgsinsats. Det kan tyda på att personen förlorade kontakten med tandvården vid insjuknandet. Det kan också bero på bristande samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Intervallet är dock betydligt längre än för personer som redan har tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift och grupper som är friskare och inte är berättigade till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift; där är intervallet 17 respektive 18 månader, vilket är mer lämpligt för personer med demenssjukdom [27].

Socialstyrelsen har tidigare utvärderat tandvårdsstöden, som till största del riktas till äldre personer med behov av insatser från äldreomsorgen, och funnit att de behöver bli lättare att tillämpa och följa upp för att få en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård [24].

Munhälsa hos personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen har studerat en population personer med demenssjukdom (bilaga 2) och registrerade insatser i Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter första socialtjänstinsatsen (figur 20). (Läs även avsnittet **Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser**.).

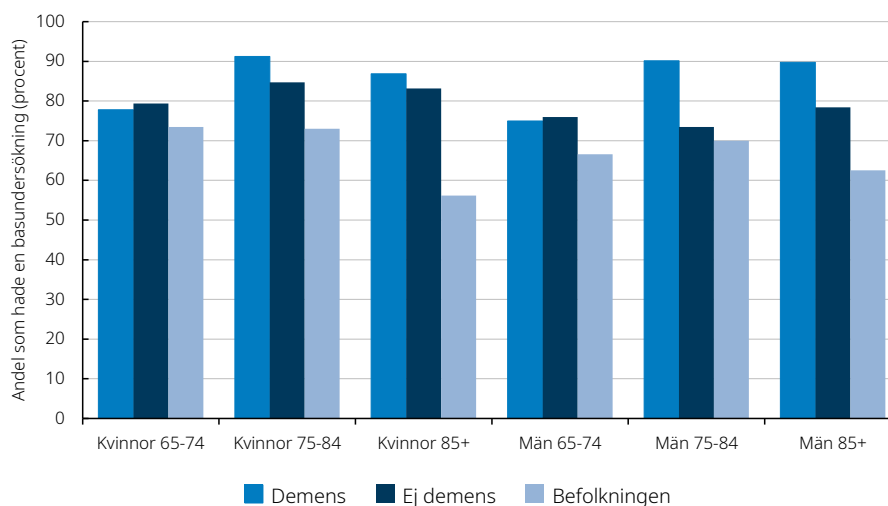
Regelbunden tandvårdskontakt

Tandvård ingick även i uppföljningen av ytterligare insatser för personer som fick trygghetslarm 2015.

Populationen med demenssjukdom jämfördes då med ett motsvarande urval personer med insatser i form av trygghetslarm och hemtjänst eller säbo, men utan samtidig demenssjukdom, och med övriga befolkningen i samma ålderskategorier. Rekommendationen för tandvård är en basundersökning varje år vid risk för försämrad munhälsa, men äldre personer kan ha svårt att uppnå det, och särskilt sköra äldre. För denna analys definierades en godtagbar tandvårdskontakt som minst en basundersökning inom ett intervall på två år. Analyserna visade att personer med demenssjukdom hade mer kontakt med tandvård än personer utan demens, liksom att övriga befolkningen som jämförelse, har mindre kontakt än de övriga två grupperna med insatser från äldreomsorgen, se figur 21 nedan.

Figur 21. Basundersökning inom ett 2 årsintervall

Andel (%) personer 65 år och äldre med en basundersökning inom ett 2 årsintervall bland personer med demenssjukdom jämfört med trygghetslarm och den övriga befolkningen efter ålder.



Källa: Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Patientregistret, Läkemedelsregistret, Dödsorsaksregistret, SveDem.

Båda populationerna med äldreomsorgsinsatser hade en högre andel med basundersökning inom en tvåårs period jämfört med befolkningen i övrigt

vilket tyder på att munhälsa prioriteras bland dessa målgrupper. Personer med en demenssjukdom har ofta svårare med munvård själva och behöver stöd både från tandvården och vård och omsorgspersonalen utöver vad de själva och eventuella anhöriga klarar av.

Äldre personer med insatser från socialtjänsten har generellt ett större behov av regelbunden tandvård än den övriga befolkningen i samma åldersgrupper. Analyserna pekar på att tillgängligheten till tandvårdsbesök i dessa målgrupper ligger i nivå, eller över, befolkningen i övrigt. Socialstyrelsen har inte i detalj undersökt hur munhälsan utvecklas bland äldre med insatser från äldreomsorgen men den relativt höga andelen med basundersökning tyder på att frågor om munhälsa och tandvård inte försummas. Det finns dock skäl att fördjupa analyserna ytterligare med avseende innehåll och resultat av den vård som ges. De nationella riktlinjerna för tandvården utvärderas under 2024 vilket kommer att kunna ligga som grund för framtida analyser. Tillgång till tandvård för äldre personer är särskilt viktigt för äldre med skörhet och funktionsnedsättningar. Förlorad tandvårdskontakt är en riskfaktor för sämre munhälsa och välbefinnande som också kan kopplas till andra hälsorisker.

Kommunal hälso- och sjukvård

I det här kapitlet beskrivs inledningsvis den kommunala hälso- och sjukvården i olika verksamheter och boendeformer. Därefter följer en presentation av vilka insatser som ges inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Sammanfattande iakttagelser

- Under 2022 fick omkring 412 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var drygt 338 700 personer 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 235 100 personer som fyllt 65 år fick någon gång under 2022 kommunalt finansierad hemsjukvård. Av dessa hade 53 procent av kvinnorna och 51 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser.
- Av patienterna med minst en inrapporterad vårdåtgärd under 2022, hade 90 procent minst en behandlande åtgärd. Det vanligaste var åtgärder inom områdena läkemedel och hjälpmedel.
- Av de som bor på särskilt boende för äldre uppger 45 procent att de inte alls kan förflytta sig själva eller har stora svårigheter med det, medan 38 procent har vissa svårigheter att förflytta sig själv. Många patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet ingår också i gruppen vuxna med särskild risk vid ohälsosamma levnadsvanor¹⁴. Detta innebär bland annat att en stor majoritet behöver hjälp av personalen på säbo för att kunna bryta stillasittande och utföra någon typ av fysisk aktivitet. Personer på säbo, som har svårt att själva förflytta sig, har därmed särskild risk ha för lite fysisk aktivitet. Därför behöver de stöd för att röra mer på sig.
- Svenska palliativregistret visar att 81 procent av registrerade patienter 65 år och äldre erbjöds ett brytpunktssamtal under 2023, antingen patienten själv eller de anhöriga. Dessutom genomgick 67 procent av patienterna dokumenterad smärtskattning minst en gång under den sista veckan i livet. För 56 procent av patienterna dokumenterades även en munhälsobedömning under samma vecka. Detta är en ökning jämfört med 2022. Inga stora skillnader kunde ses mellan kvinnliga och manliga patienter.

¹⁴ Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018 avgränsas levnadsvanorna till alkohol- och tobaksbruk, matvanor och fysisk aktivitet.

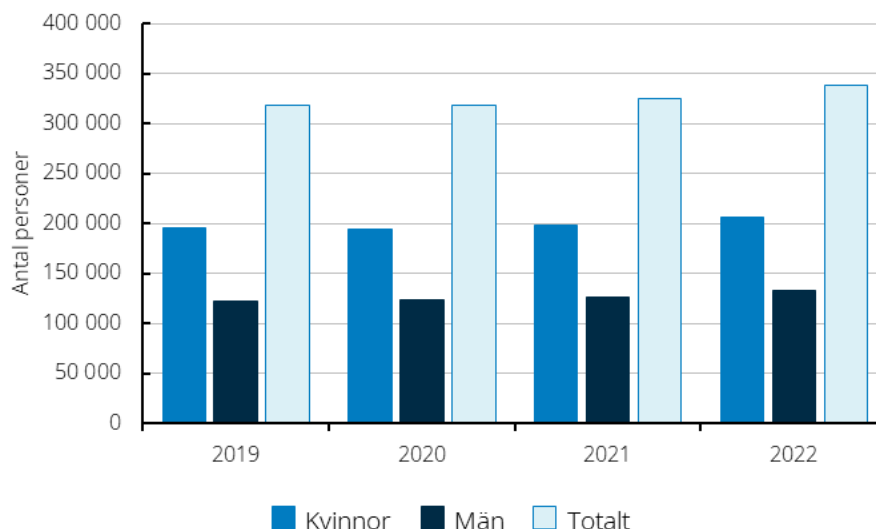
Omställningen till en god och nära vård

Äldre personer med många sjukdomar är en viktig målgrupp för omställningen till en god och nära vård med primärvården som nav. Ofta får dessa patienter insatser från flera huvudmän, vilket kräver strukturer för ett samlat och väl koordinerat omhändertagande mellan olika vård och omsorgsinsatser och olika aktörer. Regioner och kommuner har byggt upp samverkansstrukturer både på övergripande länsnivå och på verksamhetsnivå [28]. Det saknas systematiska uppföljningar som visar hur samverkan eller samordningen har utvecklats, men det finns vissa indikationer på att samverkan eller samarbetsklimatet mellan kommuner och regionen har förbättrats. Vidare ses en positiv utveckling i vissa indikatorer som mäter samordningen inom akutsjukvården och när patienter skrivs ut från sjukhus. Bland annat har antalet oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för patienter äldre än 65 år minskat under de två senaste åren [28]. Alla regioner och flera kommuner redovisar att de arbetar med mobila team eller mobila lösningar såsom hemsjukvårdsteam. Teamens arbete och inriktning kan variera, men de riktas ofta mot äldre med komplexa behov.

Kommunal hälso- och sjukvård i olika verksamheter och boendeformer

Under 2022 fick omkring 412 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var cirka 338 700 personer 65 år och äldre, varav 61 procent kvinnor och 39 procent män (figur 22). Cirka 219 750 personer var 80 år eller äldre, varav 64 procent kvinnor och 36 procent män.

Figur 22. Antal personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård, 2019–2022



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

Kommunalt finansierad hemsjukvård

De flesta patienter med hälso- och sjukvårdsinsatser fick vården i ordinärt boende. Under 2022 hade omkring 283 400 personer i alla åldrar tillgång till kommunalt finansierad hemsjukvård.^{15,16} Det var något fler än året före då cirka 275 100 patienter fick hemsjukvård [29, 30]. Av dessa var 235 100 personer 65 år och äldre, varav 59 procent var kvinnor och 41 procent män. Av kvinnorna hade 53 procent både hemsjukvård och hemtjänstinsatser, liksom 51 procent av männen. Av de som fick kommunalt finansierad hemsjukvård var cirka 141 800 personer 80 år och äldre, varav 62 procent var kvinnor och 38 procent män. Av kvinnorna hade 61 procent både hemsjukvård och hemtjänst, liksom 57 procent av männen (tabell 5). År 2021 var det något färre personer som fyllt 65 år och hade hemsjukvård, cirka 227 400 stycken, jämfört med cirka 132 000 i gruppen 80 år och äldre [29, 30].

¹⁵ Målpopulationen inkluderar alla patienter som någon gång erhöill minst en hälso- och sjukvårdsinsats.

¹⁶ I landet är det endast kommuner i Stockholms län (förutom Norrtälje kommun) som inte har kommunaliserat hemsjukvården.

Tabell 5. Personer 65 år och äldre samt 80 år och äldre med kommunalt finansierad hemsjukvård, med eller utan hemtjänst

Antal och andel (%) personer 65 år och äldre, 80 år och äldre som någon gång under 2022 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	95 700	48 400 (51 %)	53 600	30 400 (57 %)
Kvinnor	139 500	74 400 (53 %)	88 200	54 200 (61 %)
Totalt	235 200	122 800 (52 %)	141 800	84 600 (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 korttidsplats¹⁷ (inklusive biståndsbedömt trygghetsboende) för personer som bor i sitt privata hem och behöver tillfällig vård och omsorg dygnet runt för exempelvis rehabilitering efter sjukhusvård, växelvård eller avlösning för närstående. Under 2022 beviljades cirka 38 700 personer som fyllt 65 år korttidsplats i enlighet med SoL, cirka 20 000 kvinnor och 18 700 män. Av dessa var omkring 26 200 personer 80 år och äldre, fördelat på cirka 14 400 kvinnor och 11 800 män (tabell 6).

Antalen för bägge åldersgrupper var något högre än 2021, då cirka 36 800 personer 65 år och äldre hade korttidsplats, liksom cirka 24 800 personer som fyllt 80 år [29, 30].

¹⁷ Baddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt, Termbanken, Socialstyrelsen.

Tabell 6. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård på korttidsplats, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2022

Antal personer 65 år och äldre, 80 år och äldre som beviljats korttidsplats samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2022, fördelat på kön.

	65 år och äldre		80 år och äldre	
	Antal korttidsplats	Var av med KHS (%)	Antal korttidsplats	Var av med KHS (%)
Män	18 700	17 900 (96 %)	11 800	11 300 (96 %)
Kvinnor	20 000	19 300 (97 %)	14 400	14 000 (97 %)
Totalt	38 700	37 200 (96 %)	26 200	25 300 (97 %)

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

Kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre

Under 2022 beviljades permanent boende på säbo till cirka 109 000 personer som hade fyllt 65 år, varav omkring 70 500 kvinnor och 38 500 män. Av dessa personer fick 92 procent av kvinnorna och 92 procent av männen även kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under året. Totalt 84 300 personer var 80 år eller äldre, och av dessa fick 92 procent av kvinnorna och 93 procent av männen också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (tabell 7). Antalet i båda åldersgrupperna är något högre än under 2021, då cirka 105 000 personer 65 år och äldre bodde på säbo, varav cirka 81 100 personer var 80 år eller äldre [29, 30].

Tabell 7. Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, 65 år och äldre samt 80 år och äldre, 2022

Antal personer 65 år och äldre, 80 år och äldre som beviljades särskilt boende för äldre (säbo) samt antal och andel (%) av dessa som erhöll kommunal hälso- och sjukvård (KHS) under 2022, fördelat på kön.

	65 år och äldre		80 år och äldre	
	Antal säbo	Varav med KHS (%)	Antal säbo	Varav med KHS (%)
Män	38 500	35 400 (92 %)	26 200	24 300 (93 %)
Kvinnor	70 500	64 600 (92 %)	58 100	53 300 (92 %)
Totalt	109 000	100 000 (92 %)	84 300	77 600 (92 %)

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, 2022, Socialstyrelsen. Insatser som ges inom den kommunal hälso- och sjukvården.

Insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Vanligast är utredande åtgärder som är kopplade till hjälpmedelsförskrivning samt bedömning av hjälpmedelsbehov. Därefter kommer åtgärden provtagning UNS (utan närmare specifikation) och bedömning av förmåga att ändra kroppsställning. Väldigt få patienter har fått utredande åtgärder inom ICF-avsnitten,¹⁸ kommunikation, hemliv, socialt och medborgerligt liv, mellanmänniska interaktioner och relationer samt röst- och talfunktioner.¹⁹ Områdena för utredande åtgärder kan spegla de behov som fångas upp.

Av patienterna med minst en inrapporterad vårdåtgärd under 2022 hade 90 procent minst en behandlande åtgärd, främst inom områdena läkemedel och hjälpmedel. Många patienter fick även åtgärder som rörde sår- och hudvård. Få patienter fick behandlande åtgärder inom kommunikation, röst- och talfunktion och hemliv.²⁰

Användandet av rehabiliteringsplan inom kommunal hälso- och sjukvård

En rehabiliteringsplan²¹ är värdefull ur flera aspekter. Den visar på ett pedagogiskt sätt kopplingen mellan resultatet av utredningen och bedömningen, samt kopplingen mellan målen och de planerade åtgärderna.

¹⁸ ICF är WHO:s internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

¹⁹ Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2022, Art.nr: 2023-5-8556.

²⁰ Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2022, Art.nr: 2023-5-8556.

²¹ Termbanken: en rehabiliteringsplan är en vård- och omsorgsplan som beskriver rehabilitering för den enskilde.

Anmärkning: Rehabiliteringsplanen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörig/närstående och tas i regel fram med den enskildes samtycke.

Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.

Rehabiliteringsplanen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

På så sätt blir rehabiliteringsplanen ett verktyg som skapar delaktighet och motivation för den äldre [31]. För patienter med sammansatta behov behöver olika rehabiliteringsåtgärder ofta samordnas mellan professioner, verksamheter och huvudmän.

17 procent av alla som fått åtgärder av arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, logoped eller psykolog hade fyra eller fler behandlande åtgärder, inom samma månad av minst två av professionerna. Endast 2 procent av dessa individer har åtgärden upprättande av rehabiliteringsplan²². Det finns med andra ord stor potential att använda rehabiliteringsplaner mer inom den kommunal hälso- och sjukvården.

Uppföljning är en central del i arbetet med rehabiliteringsplanen. De upprättade rehabiliteringsplanerna följdes upp av vården i genomsnitt 1,7 gånger under 2022.²³

Förebyggande åtgärder behöver pågå under hela sjukdomsförloppet

Socialstyrelsen betonar i rapporten *Hälso- och sjukvård i hemmet* vikten av förebyggande åtgärder genom hela sjukdomsförloppet [31], exempelvis regelbunden fysisk aktivitet och meningsfulla aktiviteter.

Det är svårt att mäta vilka förutsättningar personer på säbo har för att vara fysiskt aktiva och ha meningsfulla aktiviteter, men undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* visar hur nöjda personer i denna grupp är med aktiviteter och möjligheten att komma ut [32]. Resultaten visar variationer i andelen som är nöjd eller ganska nöjd med de aktiviteter som erbjuds på boenden: från 63 procent 2019 till 54 procent 2022, för att 2023 åter öka till 58 procent (tabell 8). Samma typ av förändring ses även bland de som angett att de är mycket nöjda eller ganska nöjda med möjligheterna att komma ut. (Läs även avsnittet **Samband mellan de äldres uppfattning om äldreomsorgen och verksamheternas personalresurser**.)

Tabell 8. Andelen (%) på särskilt boende för äldre som uppger sig mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds på boenden samt möjligheter att komma utomhus

	Andel mycket nöjd eller ganska nöjd med de aktiviteter som erbjuds på boenden	Andelen bra eller ganska bra möjligheter att komma utomhus
2019	63 % (n=29 526)	58 % (n=32 766)
2020	61 % (n=21 547)	58 % (n=24 292)

²² Registret över insatser inom kommunala hälso- och sjukvården Uttag 2023-10-30.

²³ Registret över insatser inom kommunala hälso- och sjukvården Uttag 2023-10-30.

	Andel mycket nöjd eller ganska nöjd med de aktiviteter som erbjuds på boenden	Andelen bra eller ganska bra möjligheter att komma utomhus
2022	54 % (n=22 825)	54 % (n=26 333)
2023	58 % (n=25 595)	56 % (n=28 398)

Källa: Öppna jämförelser 2023. Resultat från undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"
Art.nr: 2023-10-8759.

Många patienter som får hälso- och sjukvård i i ordinärt boende ingår också i gruppen vuxna som löper särskild risk för ohälsa om de har ohälsosamma levnadsvanor [31]²⁴. Ohälsosamma levnadsvanor spelar stor roll under en persons hela livsförlopp, men det har visat sig att vårdpersonalen talar mindre med sina patienter om levnadsvanor ju äldre de är [33].

Totalt 45 procent av personerna på säbo uppger att de inte alls kan förflytta sig själva eller har stora svårigheter med det. Endast 17 procent förflyttar sig utan svårigheter, och resterande 38 procent har vissa svårigheter att förflytta sig själv. Andelarna är ungefär desamma sedan 2020 [34]. Detta innebär att en stor majoritet behöver hjälp av personalen på säbo för att kunna bryta stillasittande och utföra någon typ av fysisk aktivitet. Bland de som har hemtjänst uppger 21 procent att de har stora svårigheter eller inte alls kan förflytta sig själva, och 28 procent att de förflyttar sig utan svårigheter.²⁵

I Socialstyrelsens rapport *Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd* [35] kring hälsoekonomiska beräkningar uppskattade myndigheten att det kan finnas stora kostnadsbesparingar att göra till följd av fallprevention, både ur ett kommunalt perspektiv och ur ett kombinerat kommunalt och regionalt perspektiv. Kostnadsbesparingar kan möjliggöras genom fallförebyggande åtgärder för äldre personer och därmed förhindra att fallskador sker.

Positivt är en signifikant minskning av höftfrakturer på säbo under perioden 2013–2021 bland kvinnor, och även sammantaget för män och kvinnor i åldern 80–89 år. Minskningen skulle kunna bero på de fallpreventiva insatser som den kommunala hälso- och sjukvården i stor utsträckning tillhandahåller till personer på säbo, exempelvis fallriskbedömning, omgivningsanpassning, läkemedelsgenomgångar och fysisk träning.²⁶ Genom att minska risken för fall och dess konsekvenser kan den äldre behålla sin självständighet och livskvalitet längre. Dessutom kan det leda till minskade kostnader för vård och rehabilitering.

²⁴ Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018 avgränsas levnadsvanorna till alkohol- och tobaksbruk, matvanor och fysisk aktivitet.

²⁵ Bilaga – Hemtjänst, resultat från riksnivå till stadsdelar 2023 - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? artikel nummer 2023-10-8759.

²⁶ Rörelseorganens sjukdomar utvärdering av vården vid osteoporos; 2023-12-8849.

Palliativ vård

Vård i livets slutskede

Under ett år avlider omkring 90 000 personer i Sverige. År 2022 dog totalt 94 823 personer, vilket inkluderar människor i alla åldrar. Av dessa var 47 265 kvinnor och 47 558 män. Cirka 84 800 personer var 65 år eller äldre. Kvinnornas genomsnittliga ålder var nästan 85 år jämfört med drygt 81 år för männen.

Bland de som dog vid en ålder av 65 år eller äldre var över 58 800 personer registrerade hos den kommunala hälso- och sjukvården. Det var en ökning jämfört med 2021 (tabell 9)[36].

Tabell 9. 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, 2020–2022. Antal och andel (%).

	2020		2021		2022	
	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)	Antal avlidna	Varav på sjukhus (%)
Avliden med insatser från KHSV	58 700	16 100 (27 %)	54 100	16 200 (30 %)	58 800	17 700 (30 %)
Ordinärt boende	31 400	12 500 (40 %)	31 200	12 800 (41 %)	33 300	13 800 (41 %)
Särskilt boende enl. SOL eller bostad vuxna enl. LSS	27 300	3 600 (13 %)	22 900	3 400 (15 %)	25 500	3 800 (15 %)
Avliden utan insatser från KHSV	29 200	15 600 (53 %)	27 600	15 300 (56 %)	26 000	14 400 (55 %)

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 brytpunktsamtal

I IVO:s nationella tillsyn 2022 framkom att 75 procent av alla avlidna patienter (66 procent av dem med minst tre palliativa läkemedel) inte hade haft något brytpunktssamtal som dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

Totalt 81 procent av de registrerade patienterna i åldersgruppen 65 år och äldre (eller deras närstående) som fick kommunal hälso- och sjukvård erbjöds 2023 ett brytpunktssamtal, enligt data från Svenska

palliativregistret.²⁷ Totalt 67 procent av patienterna genomgick dokumenterad smärtskattning vid minst ett tillfälle under den senaste levnadsveckan. Andelen patienter som fick dokumenterad munhälsobedömning under sin sista levnadsvecka var 56 procent. Resultatet visar en ökning jämfört med 2022 och det finns inga större skillnader mellan kvinnor och män. Tabell 10 visar jämförelser med resultatet från föregående år när det gäller god palliativ vård [37].

Tabell 10. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer som registrerats i Svenska palliativregistret

Andel (%) personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre, korttidsplats och i ordinärt boende med hemsjukvård som registrerats i Svenska palliativregistret och fått brytpunktssamtal, smärtskattning respektive munhälsobedömning i livets slutskede, uppdelat på kön, 2021–2023.

Indikatorer	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
	2021/2022/2023	2021/2022/2023	2021/2022/2023
Brytpunktssamtal	79/79/81	80/79/81	79/79/81
Smärtskattning	57/65/68	54/62/66	56/64/67
Munhälsobedömning	58/55/57	54/52/54	56/54/56

Källa: Svenska palliativregistrets utdataportal, 2023-11-22.

Kvalitetsindikator – trycksår

Trycksår är en kvalitetsindikator i palliativ vård. Det är angeläget att identifiera både uppkomna trycksår och patienter med risk för nya eller värre trycksår. Det är inte ovanligt att en döende person drabbas av trycksår och det är något som kan försämra livskvaliteten i livets slutskede [37].

Av de patienter som avled inom den kommunala hälso- och sjukvården 2023 hade 76 procent inga trycksår, vilket är samma andel som året före. År 2021 var det 78 procent som inte hade några trycksår när de avled. (Läs mer i avsnittet **Trycksårsförekomst hos äldre**.)

Kvalitetsindikator – efterlevande samtal

Att erbjuda efterlevandesamtal till närstående efter någons bortgång är en viktig del i en god palliativ vård. År 2023 erbjöds ett sådant samtal till närstående till 81 procent av alla avlidna patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården, vilket är något högre än året före. Tabell 11 visar jämförelser med föregående års resultat för andelen som avled utan trycksår och som erbjöds efterlevnadssamtal [37].

²⁷ Täckningsgraden är beräknad på samtliga dödsfall och andelen avlidna som registrerats i palliativregistret för patienter med kommunal hemsjukvård respektive personer på säbo och på korttidsboende. Den visar stora skillnader mellan de kommunala verksamheterna.

Tabell 11. Personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i olika boendeformer

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 som avled utan trycksår och där närstående erhållit efterlevandesamtal, uppdelat på kön, 2021–2023.

Svenska palliativregistret	Kvinnor (%) 2021/2022/2023	Män (%) 2021/2022/2023	Totalt (%) 2021/2022/2023
Inga tryckssår vid dödsfallet	79/76/77	78/76/74	78/76/76
Efterlevnadssamtal närstående	75/79/81	74/79/81	75/79/81

Källa: Svenska palliativregistrets utdataportal, 2023-11-27.

Sammanfattningsvis har det skett en positiv utveckling när det gäller erbjudandet av brytpunktssamtal och dokumenterad smärtskattning och munhälsobedömning till äldre patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Även andelen patienter utan trycksår vid dödsfallet har hållits på en relativt stabil nivå. Dessutom har antalet närstående som erbjuds ett efterlevandesamtal ökat något mellan 2022 och 2023. (Se även rapporten **Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024**, avsnittet **Ökat intresse för existentiell hälsa**.)

Säker vård och omsorg

En god och säker omsorg och hälso- och sjukvård kännetecknas bland annat av att patienterna skyddas från vårdskador²⁸ och att socialtjänstens myndighetsutövning är rättssäker.²⁹

I det här kapitlet redovisar Socialstyrelsen olika aspekter av säker vård och omsorg, och utvecklingen inom patientsäkerheten. I kapitlet lyfts några område från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet [38] 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*.

(Se även rapporten **Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024**.)

Sammanfattande iakttagelser

- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter avslutat slutenvårdstillfälle ägde rum för 15,5 procent sjukhusvårdade patienter. Av dem som återinskrivs var 77 procent 65 år eller äldre. Av de som återinskrivits hade 13 procent en vårdskada jämfört med 6 procent för dem som inte återinskrivits.
- Andelen patienter med vårdskador är större i högre åldrar. I åldersgruppen 85 år eller äldre hade 7,4 procent minst en vårdskada 2022. Den vanligaste skadetyper var vårdrelaterad infektion (VRI).
- Förekomsten av VRI på särskilt boende för äldre fortsätter att minska, och var 1 procent 2022.
- Personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler fortsätter att minska i kommunerna. Efterlevnaden av samtliga åtta steg i de basala hygienrutinerna och klädreglerna var 59 procent våren 2023, jämfört med 65 procent våren 2022. Följsamheten till samtliga fyra steg för basala hygienrutiner har också minskat, från 71 procent 2022 till 66 procent 2023. För att nå hög följsamhet krävs regelbundna utbildningsinsatser och uppföljningar samt stöd till verksamhetsledning i det dagliga arbetet.
- Samtidig användning av tio eller fler läkemedel ökar bland personer 75 år och äldre med äldreomsorg. För personer med hemtjänst är ökningen 11 procent sedan 2015, och 14 procent för personer i säbo. Skillnader mellan kommunerna är stor. För hemtjänst är andelen 13–49 procent, och för säbo är det 13–63 procent som har tio eller fler läkemedel. Socialstyrelsen bedömer att det behövs åtgärder för att göra läkemedelshanteringen säkrare.

²⁸ 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen, där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada.

²⁹ Prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen, s. 51–54.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Riksrevisionen har granskat statens insatser för att motverka vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre

Riksrevisionen har granskat om statens insatser är tillräckligt effektiva för att vårdskador och missförhållanden ska kunna förhindras, rapporten publicerades våren 2023 [39]. Riksrevisionens bedömning är att statens insatser inte varit tillräckliga och att verksamheternas ansvar för att informera enskilda och deras närstående och ge dem möjlighet att vara delaktiga i utredningar behöver stärkas. Riksrevisionens bedömning är att styrningen och uppföljningen av arbetet med att förhindra vårdskador och missförhållanden i vården och omsorgen om äldre behöver utvecklas ytterligare.

Pandemin bröt trend mot färre skador och vårdskador

Sedan 2013 granskas slumpvis utvalda journaler på akutsjukhusen med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Totalt har drygt 126 000 vårdtillfällen på sjukhus granskats för vuxna patienter från 18 år och uppåt. Under 2022 deltog 19 av 21 regioner och totalt granskades 8 249 vårdtillfällen [40]. (Se även rapporten **Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024.**)

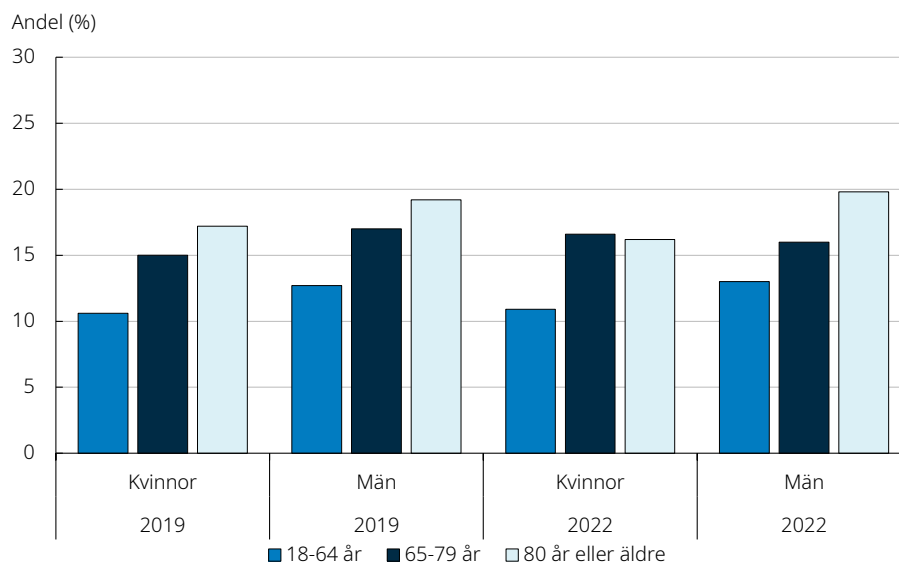
Vanligare med oplanerad återinskrivning för äldre

Under 2022 återinskrevs 15,5 procent av alla patienter oplanerat inom 30 dagar efter ett slutenvårdstillfälle. Motsvarande andel 2018 var 13 procent. Av de som återinskrevs 2022 hade 23 procent minst en skada och 13 procent en vårdskada. Av de som inte återinskrevs hade 10 procent en skada och 6 procent en vårdskada. Det talar för att uppkomna vårdskador ökar risken för att patienter behöver skrivas in igen för ytterligare vård.

Under de fem år som oplanerad återinskrivning ingått i granskningen har andelen män som återinskrivits varit signifikant högre än andelen kvinnor. Bland män i åldersgruppen 80 år eller äldre blev 20 procent oplanerat återinskrivna inom 30 dagar 2022, jämfört med 13 procent i hela gruppen 18–64 år (figur 23). För kvinnor var motsvarande andelar 16 procent respektive 11 procent. Totalt 77 procent av patienterna som återinskrevs

inom 30 dagar var över 65 år. Högsta andelen fanns inom geriatrisk vård med 18,4 procent och allmänskirurgisk vård med 18,2 procent.

Figur 23. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar 2019 och 2022, uppdelat per kön och åldersgrupp



Källa: MJG, Sveriges Kommuner och Regioner.

Skador och vårdskador vanligare vid högre ålder

Andelen patienter med skador och vårdskador var 2022 större ju högre ålder patienterna har, liksom tidigare år [40]. I gruppen 18–49 år hade 9,5 procent skador och 5,3 procent vårdskador, jämfört med 12,5 procent respektive 7,4 procent bland patienter 85 år och äldre. En hög andel vårdskador ställer krav på ett proaktivt patientsäkerhetsarbete i slutenvården för de äldre patienterna, med fokus på att förebygga vårdskador, utlokaliseringar³⁰ och oplanerade återinskrivningar.

Vårdrelaterade infektioner inom särskilt boende för äldre ligger kvar på samma nivå

Den nationella punktprevalensmätningen (PPM) från 2022 omfattar vårdrelaterade infektioner,³¹ riskfaktorer och antibiotikaanvändning inom särskilt boende för äldre. Totalt deltog 20 360 personer från 149 kommuner, vilket var en ökning jämfört med 2021 då 16 934 personer från 135 kommuner deltog [41]. Andelen individer med en vårdrelaterad infektion låg

³⁰ Enligt Socialstyrelsen definieras en utlokaliserad patient som ”en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten” (Socialstyrelsens termbank).

³¹ I HALT definieras vårdrelaterad infektion så här: 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.

kvar på samma nivå som vid förra mätningen, det vill säga 1 procent. Därmed kvarstår den positiva trenden, med en minskande andel med vårdrelaterade infektioner, som setts sedan mätningen startade 2014. I den nationella mätningen av vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer och antibiotikaanvändning inom säbo (HALT) 2022 låg också urinvägsinfektionerna och hud- och mjukdelsinfektionerna i stort sett på samma nivå som 2021, vilket innebär att minskningen från tidigare år kvarstår.

Vid tidigare HALT-mätningar har urinkateter varit den vanligaste förekommande riskfaktorn men i denna mätning var ”andra sår” den vanligaste. I kategorin ”andra sår” ingår akuta sår, svårläkta sår, operationssår och insticksställen. Förändringen beror på att fler patienter haft andra sår, inte att färre patienter haft urinkatetrar. Orsaken till detta är oklar och får följas upp vid kommande mätningar. Riskfaktorer, såsom urinkateter eller någon form av sår, är vanligare på korttidsboende än på säbo. Det är också fortfarande personer på korttidsboenden för äldre som har flest riskfaktorer, vilket ökar risken för någon vårdrelaterad infektion som behöver behandlas med antibiotika.

Sambandet mellan vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer är fortsatt starkt. Vårdtagare på säbo med akuta sår, operationssår eller svårläkta sår har tolv gånger högre risk för att drabbas av vårdrelaterad hud- och mjukdelsinfektion jämfört med personer utan sår, enligt den statistiska analysen.

Utbildning inom vårdhygien för personal och chefer i kommunala verksamheter är framgångsrik

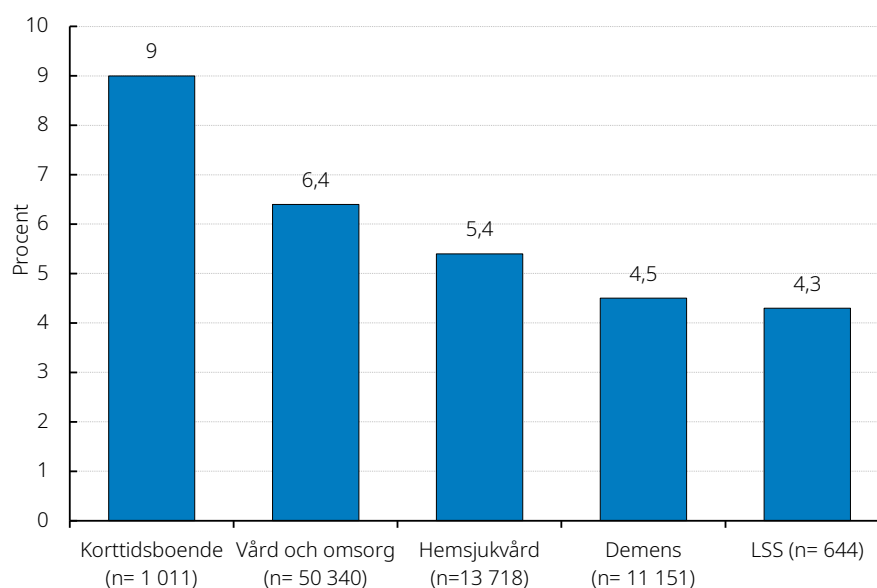
Basala hygienrutiner i vård och omsorg

I december 2020 publicerade Socialstyrelsen webbutbildningen Basala hygienrutiner i vård och omsorg [42] som riktar sig till personal inom hemtjänst, särskilt boende, LSS-boende och bostad med särskild service enligt SoL. Utbildningen har fått ett stort genomslag och fram till november 2023 hade drygt 117 000 personer genomfört den, varav 31 760 personer under det året. Socialstyrelsen publicerade även en engelsk version av utbildningen under 2023, *Basic hygiene routines in healthcare and care* [43].

Trycksårsprevalens hos äldre

Den årliga punktprevalensmätningen av trycksår inom kommunala verksamheter³² visade att 5,9 procent av patienterna hade trycksår, men förekomsten varierade beroende på enhetstyp [44], se figur 24. För kommunala verksamheter finns enhetstyperna vård och omsorg, demens, korttidsboende, socialpsykiatri, hemsjukvård eller LSS-boende. Vanligast var trycksår på korttidsboenden, med 9 procent.

Figur 24. Andel (%) personer med trycksår per enhetstyp i kommunala verksamheter, 2023



Källa: Senior alert, 2023.

Totalt 47 procent av trycksåren bedömdes som lindriga.³³ Den vanligaste lokaliseringen var i ryggslut och på hälar. Resultaten för 2023 var i nivå med tidigare års [44].

De två vanligaste registrerade planerade åtgärderna var bedömning av huden (72 procent) och hudvård (67 procent). Andelen registrerade utförda förebyggande åtgärder var däremot väsentligt lägre – 33 procent för bedömning av huden och 30 procent för hudvård. Användning av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 55 procent av personer med risk för trycksår och registrerades som utförd för 24 procent. Andelen planerade respektive utförda förebyggande åtgärder är i nivå med de föregående fyra årens mätningar och detta gäller även skillnaden mellan planerade och utförda åtgärder [44].

³² Punktprevalensmätningen genomförs av kvalitetsregistret Senior alert. Mätningen genomfördes den 16 november 2023, med efterregistrering till den 30 november. I mätningen ingick 77 108 personer inom kommun. Det totala antalet personer i mätningen 2023 är mindre än tidigare år med anledning av ändrade urvalskriterier.

³³ Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4; de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

Den årliga punktprevalensmätningen av trycksår i slutenvård³⁴ visade att cirka 14 procent av patienterna hade trycksår 2023.³⁵ Förekomsten var störst i åldersgruppen 85 år och äldre, med 17,8 procent av kvinnorna och 20,8 procent av männen.

En femtedel av patienterna bedömdes ha risk för att få trycksår. Störst andel riskpatienter fanns i åldersgruppen 85 år och äldre, drygt 32 procent. Totalt 36 procent av riskpatienterna hade redan utvecklat trycksår. En tidig riskbedömning är viktig så att förebyggande åtgärder snabbt kan sättas in, och drygt 50 procent av riskpatienterna fick en riskbedömning inom det första dygnet efter inskrivning på sjukhuset,³⁶ vilket var en ökning med drygt fem procentenheter jämfört med föregående års mätning. I åldersgruppen 85 år och äldre var ökningen tio procentenheter [45].

Klagomål och anmälningar

Klagomål till patientnämnderna

Patientnämndens uppgift är att vara en länk mellan patienten eller de närstående och sjukvården, och den arbetar opartiskt och fristående i förhållande till vårdgivaren. År 2023 ökade klagomålen från patienter och närstående, och patientnämnderna tog emot 41 900 klagomål jämfört med nästan 40 300 stycken 2022. De vanligaste ärendetyperna var vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet.³⁷

Klagomål till IVO

Under 2023 inkom 5 953 klagomål till IVO.^{38 39} Av de som beslutades var det 26 procent som utreddes i sak.⁴⁰ Totalt 700 ärenden⁴¹ utmynnade i kritik mot någon vårdgivare, jämfört med 669 ärenden året före.

För personer 65 år⁴² eller äldre utreddes 553 ärenden, som främst gällde vård och behandling följt av diagnostisering. Inom äldreomsorg utreddes 98 ärenden, varav 61 avslutades med kritik (figur 25). En majoritet av de

³⁴ Punktprevalensmätningen genomfördes av SKR, vecka 37 2023. I mätningen ingick 6 373 patienter, 18 år och äldre i slutenvård (exklusive rättspsykiatrisk vård). 16 regioner deltog. För Västra Götalandsregionen ingick ett sjukhus i mätningen.

³⁵ Kategori 1–4 inkl. ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada. De allvarigare trycksåren finns i kategori 2–4.

³⁶ Dokumenterad riskbedömning i patientjournalen inom 24 timmar efter att patienten kommit in på sjukhuset.

³⁷ Uppgift från Patientnämndernas kansli, Region Skåne, 2024-02-01.

³⁸ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § patientsäkerhetslagen efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

³⁹ Vårdgivaren är enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen skyldig att anmäla händelser till IVO om de har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

⁴⁰ Beslutade ärenden kan vara klagomål som inkommit före 2023.

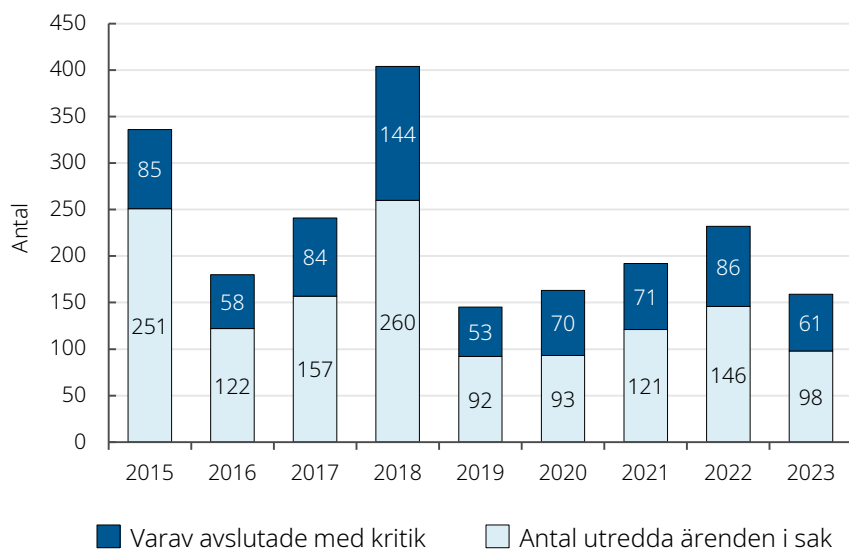
⁴¹ På grund av handläggningstider kan ärenden som anmälades före 2022 ingå i antalet.

⁴² Ett klagomål kan gälla en eller flera åldersgrupper och det finns även ärenden där ålder inte är specificerad. I beslutade ärenden kan ålder kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet ärenden specificerat på åldersgrupper kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

utredda ärendena gällde omsorg och omvårdnad, och nästan fyra av fem ärenden avsåg särskilt boende.

Figur 25. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) inom äldreomsorgen

Klagomål enligt patientsäkerhetslagen inom äldreomsorgen, antal utredda i sak samt antal avslutade med kritik, 2015-2023.

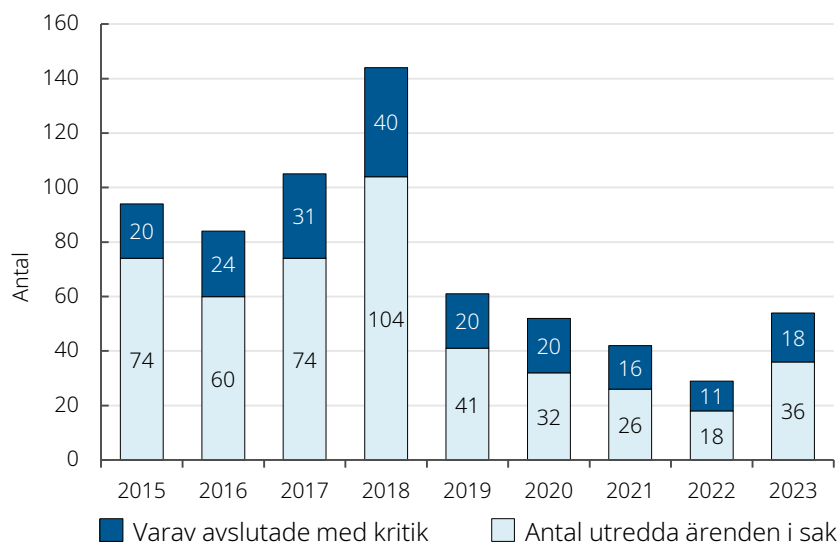


Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Inom hemsjukvård i ordinärt boende utreddes 36 ärenden, varav 18 avslutades med kritik (figur 26).

Figur 26. 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, 2015-2023.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Av de klagomål på hälso- och sjukvården som kom in till IVO och berör äldreomsorgen var det totalt 94 beslutade ärenden varav 62 utreddes i sak. Flest ärenden gällde särskilt boende för äldre, 67 stycken.⁴³

Klagomål på socialtjänstens äldreomsorg

När det gäller socialtjänsten kom det in 7 086 anmälningar 2023 och IVO fattade beslut i totalt 7 094 ärenden. Av dessa gällde 1 151 beslut socialtjänstens äldreomsorg, och då oftast omsorg och omvårdnad följt av bemötande. Ärendena gällde i störst utsträckning säbo.⁴⁴ Av de beslutade ärenden som gällde äldreomsorg ledde 9 ärenden till fortsatt tillsyn i nytt ärende.⁴⁵

Anmälningar enligt lex Sarah

Under 2023 fick IVO in något fler lex Sarah-anmälningar än tidigare [46].⁴⁶ Beslut togs i 1 143 ärenden, varav 443 gällde äldreomsorg.⁴⁷ De vanligaste ärendena om äldreomsorg rörde beviljad insats som inte utförts och beviljad insats som utförts felaktigt. Ärendena inom äldreomsorg gällde oftast

⁴³ Uppgifter IVO. Hämtat: 2024-01-22.

⁴⁴ Ett klagomål till IVO kan gälla ett eller flera verksamhetsområden, och en eller flera händelsekategorier. I beslutade ärenden kan verksamhetsområdet och det som ärendet avser kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet för ett verksamhetsområde respektive vad ett ärende avser kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

⁴⁵ Uppgifter från IVO 2024-01-30.

⁴⁶ Avser alla inkomna anmälningar. Enbart äldreomsorg kan inte specificeras.

⁴⁷ Antalet beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden som anmälts före 2023 ingår.

särskilt boende för äldre, följt av hemtjänst. Detta liknar bilden från tidigare år [20].

Anmälningar enligt lex Maria

Under 2023 kom det in 2 333 ärenden till IVO, varav nästan hälften, 1151, berörde åldersgruppen 65 år och äldre.⁴⁸ Flest beslut gällde vård och behandling, följt av diagnostisering och läkemedelshantering. För äldreomsorgen beslutade IVO i 412 ärenden, och för hemsjukvård i ordinärt boende i 157 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 [47].

Tillförlitliga och säkra system och processer

Bristande dokumentation på särskilt boende för äldre

Journalen är en central informationskälla om en patients aktuella vård och behandling, men IVO konstaterade 2023 att 91 procent av kommunerna inte dokumenterar enligt reglerna. Vid tillsynen 2022 konstaterade IVO att dokumentationen i kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler håller för låg kvalitet för att upprätthålla patientsäkerheten och möjliggöra nationella kvalitetsuppföljningar, men de konstaterade också att kvaliteten varierar mycket. God dokumentation är extra viktig med tanke på de brister som finns i personalkontinuiteten i äldreomsorgen, enligt Coronakommissionen (SOU 2020:80).

Följsamhet till hygienrutiner och klädregler fortsätter att minska

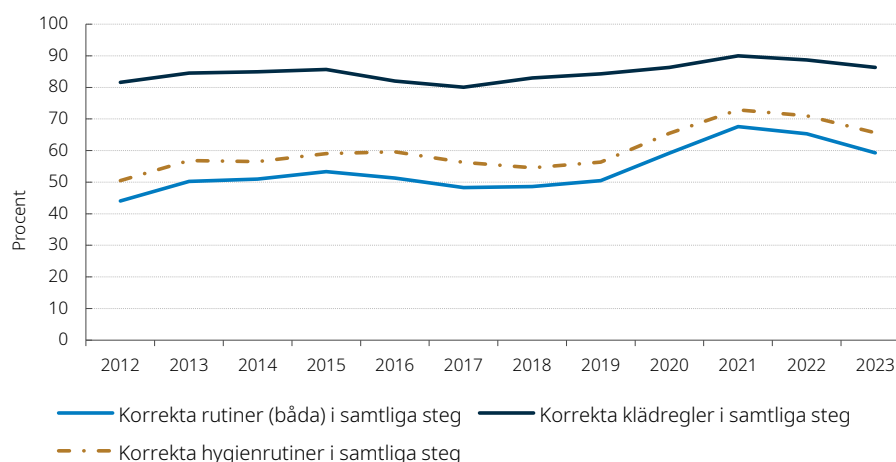
För att undvika smittspridning är det viktigt att vård- och omsorgspersonal följer basala hygienrutiner och klädregler. I den nationella punktprevalensmätningen (PPM) våren 2023 medverkade 158 kommuner med totalt 30 348 observationer [48]. Efterlevnaden av samtliga åtta steg i de basala hygienrutinerna och klädreglerna var 59 procent, jämfört med 65 procent våren 2022 (figur 27). Följsamheten till samtliga fyra steg för basala hygienrutiner har också minskat, från 71 procent 2022 till 66 procent 2023.

⁴⁸ Det finns ärenden där ålder inte är specificerad. I beslutade ärenden kan ålder kategoriseras flera gånger, vilket innebär att det sammantagna antalet ärenden specificerat på åldersgrupper kan vara högre än antalet beslutade ärenden.

Det var dock en stor spridning mellan kommunerna, från drygt 21 procent till omkring 93 procent. Följsamheten till klädregler var högre än till hygienrutiner, trots att den har minskat från 89 till 86 procent. Följsamheten till klädregler är högre i säbo än i ordinärt boende. Att klädreglerna följs i högre grad framgår även i regionernas resultat. Ett kvarstående förbättringsområde är desinfektion före patientnära arbete.

Figur 27. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

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

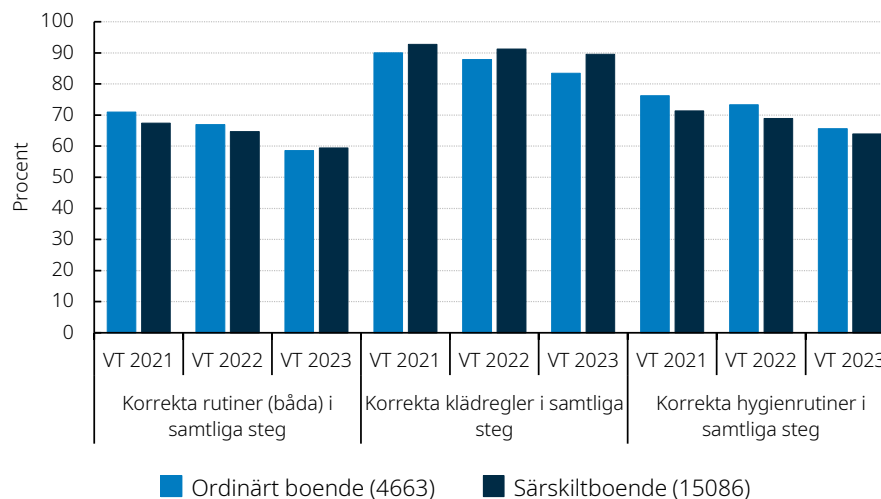


Källa: Punktprevalensmätning (PPM), Sveriges Kommuner och Regioner.

Under pandemiåret 2020 ökade intresset för hygienfrågor, även inom kommunal vård och omsorg. Vid 2021 års mätning ses en topp med 68 procents efterlevnad av samtliga åtta steg i basala hygienrutiner och klädregler. År 2023 minskade dock följsamheten till hygienrutiner i jämförelse med 2022 och tidigare år. Trots detta ser Socialstyrelsen att det finns 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 verksamhetsledning i det dagliga arbetet. Det är ett observandum att följsamheten har minskat efter pandemin oavsett boendeform (figur 28). Det går dock inte att dra alltför stora slutsatser av endast tre mätningar, och antalet observationer varierade stort mellan enhetstyperna.

Figur 28. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler efter boendeform

Andel (%) personal som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna efter boendeform, 2021—2023.



* Antal avser PPM 2023.

Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

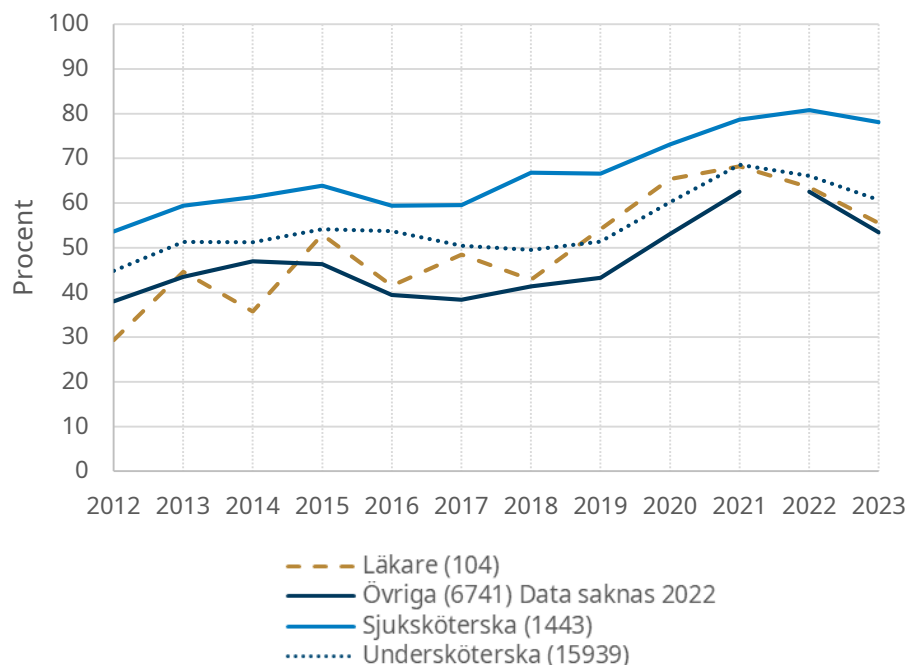
Figur 29 visar följsamheten över tid för tre yrkesgrupper och gruppen ”övriga”. Sjuksköterskor har genomgående haft högst följsamhet i alla mätningar.

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. Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om att förebygga smitta kan vara vägledande för kommunen i utvecklingsarbetet [49].

Figur 29. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler per yrkeskategori

Andel (%) personal per yrkeskategori som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna, 2012–2023.

* Antal per yrkeskategori avser PPM 2023.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Hälso- och sjukvårdskompetens är centrala förutsättningar för säker läkemedelshantering

Socialstyrelsen har analyserat förutsättningarna för säker delegering av läkemedelshantering inom kommunernas hälso- och sjukvård, och bedömningen är att det ibland saknas förutsättningar för att hantera de risker som finns. Analysen visade bland annat följande:

- Det finns utmaningar när det gäller tydlighet i ledning och styrning i kommunerna avseende säker läkemedelshantering. För att säkerställa att det finns förutsättningar krävs att personer i ledningen har kompetens inom hälso- och sjukvård och patientsäkerhet, så att de kan bedöma och förebygga risker som är kopplade till delegerad läkemedelshantering.
- Det är en stor utmaning att bemanna verksamheterna och ibland sker det på bekostnad av det ansvar och den kompetens som ska uppfyllas för en patientsäker delegering av läkemedelshantering.
- Verksamheter planerar och organiserar arbetet utifrån att nästan all vård- och omsorgspersonal kan och ska ta emot en delegering inom läkemedelshantering, men en säker läkemedelshantering förutsätter en

individuell bedömning av varje medarbetare som ska ta emot en delegering.

- Det är en stor variation i vilka kunskaper inom läkemedelshantering som krävs för att vård- och omsorgspersonalen ska få ett delegeringsbeslut för att utföra delegerade arbetsuppgifter inom läkemedelshanteringen. Det varierar även hur vård- och omsorgspersonalen utbildas för att få den kompetensen som krävs och hur delegerade arbetsuppgifter följs upp [50].

Kvaliteten vid läkemedelsbehandling fortsätter att förbättras

En analys baserad på läkemedelsregistret visar att personer som är 75 år eller äldre i genomsnitt använder drygt fem (5,3) olika läkemedel. De mest sjuka äldre och äldre som bor på säbo, som på grund av olika sjukdomar och sviktande funktioner är mest känsliga för läkemedel, har också den högsta läkemedelsanvändningen. Dessa grupper använder i genomsnitt 8–9 läkemedel per person [51]. Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat sedan lång tid tillbaka. Mätningar i läkemedelsregistret från dess start 2005, visar att andelen äldre med tio eller fler läkemedel har ökat med 49 procent (kvinnor: 43; män: 67) fram till 2022. En mer uttalad ökning, med 12 procent sågs under år 2021 (figur 30).

Samtidigt har det skett förbättringar i läkemedelsanvändningens kvalitet, som Socialstyrelsen regelbundet mäter med hjälp av ett urval av *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [52], som publicerades första gången 2004. Exempelvis har indikatorn *samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka*, minskat med 14 (kvinnor: 10; män: 16) procent sedan 2005. Den hade dock minskat med så mycket som 24 procent fram till 2018, men har därefter ökat igen, framför allt under 2021. Den mest uttalade förändringen har observerats för *läkemedel som bör undvikas till äldre*, 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 antikolinerga⁴⁹ läkemedel, som kan orsaka minnesstörningar och förvirring hos äldre. Användningen av dessa läkemedel minskade med 36 procent under denna period (figur 30).

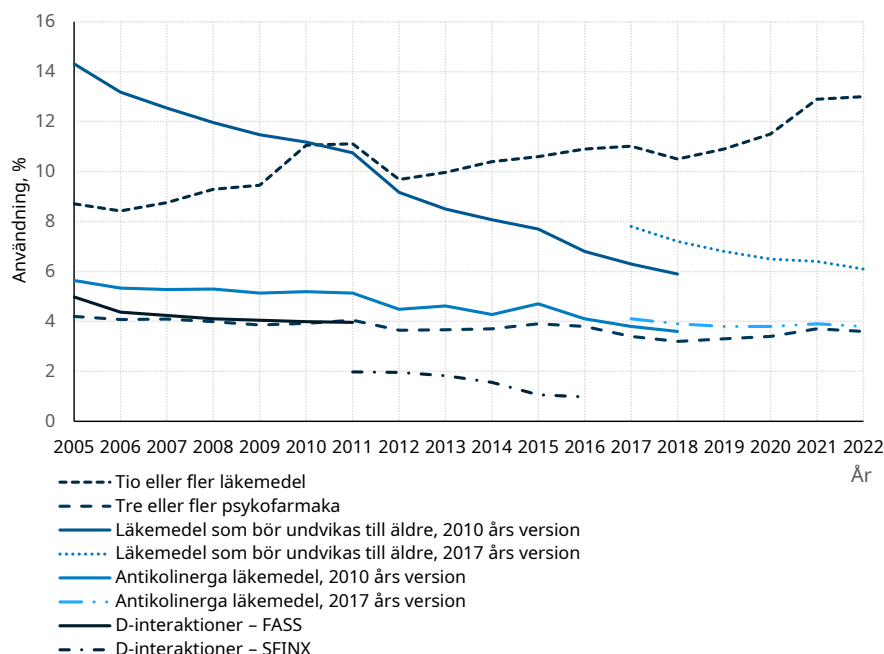
I och med den tredje versionen av Socialstyrelsens Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [52], som publicerades 2017, ändrades indikatorn för läkemedel som bör undvikas till äldre. Dels reviderades listan över läkemedel med antikolinerga effekter, dels tillkom två nya läkemedel som klassificerats som olämpliga – det smärtstillande läkemedlet kodein och

⁴⁹ 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.

diabetesmedlet glibenklamid (nu avregistrerat sedan 2021). Det innebar en ökning av förekomsten av såväl läkemedel som bör undvikas till äldre som antikolinerga läkemedel, men båda indikatorerna har visat en fortsatt minskning sedan 2017, från 7,8 till 6,1 procent respektive 4,1 till 3,8 procent (figur 30).

Figur 30. Utvecklingen av omfattningen och kvaliteten i läkemedelsanvändningen hos äldre

Läkemedel som bör undvikas till äldre och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer hos personer 75 år och äldre (andel, %) 2005–2021.



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

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

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

Tio eller fler läkemedel ökar inom äldreomsorgen

I *Öppna jämförelser socialtjänst 2016-2023 Äldreomsorg* [53] redovisas fyra nyckeltal som belyser läkemedelsanvändningen bland personer 75 år och äldre med insatserna hemtjänst i ordinärt boende respektive säbo [52]. Socialstyrelsen har i årets lägesrapport analyserat samtidig användning av tio eller fler läkemedel. Användning av många läkemedel bland äldre beror ofta på att många har flera diagnoser/symtom som kräver behandling med mediciner. Många läkemedel i sig behöver inte vara ett problem, men en omfattande läkemedelsanvändning ökar risken för läkemedelsproblem

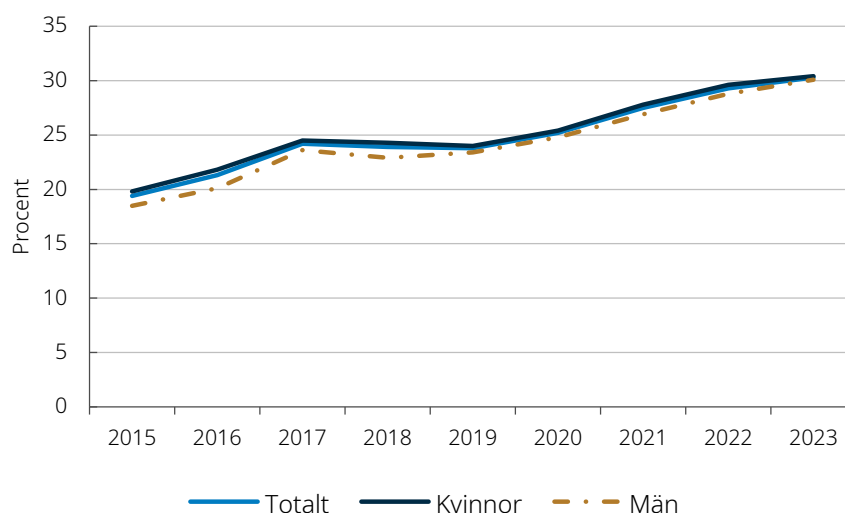
såsom biverkningar och att läkemedlen påverkar varandra. Det är viktigt att rätt läkemedel används och att behandlingen följs upp och omprövas regelbundet.

Resultatet visar att samtidig användning av tio eller fler läkemedel fortsätter att öka och det är en relativt stor ökning sedan 2015. Resultaten går i samma riktning som för befolkningen 75 år och äldre utan insatserna hemtjänst i ordinärt boende respektive säbo. Förskrivningen varierar mellan regionerna, 26–37 procent, och bland personer på säbo är det 31–46 procent som har tio eller fler läkemedel.

Figur 31 visar andelen kvinnor och män med hemtjänst som har tio eller fler läkemedel samtidigt 2015–2023.⁵⁰

Figur 31. Äldre med hemtjänst som har tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst som har tio eller fler läkemedel samtidigt, riket, 2015–2023.



Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2016–2023 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen.

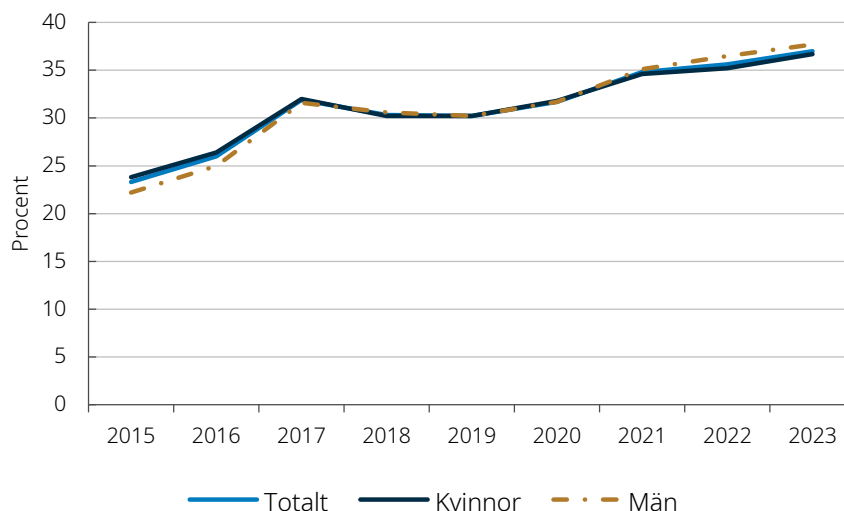
Sedan 2015 har andelen personer med hemtjänst som har tio eller fler läkemedel ökat med nästan 11 procentenheter. Ökningen har varit något högre för män och 2023 var skillnaden mellan könen näst intill obefintlig. Mellan 2017 och 2019 minskade andelarna något, men började öka igen 2020.

Figur 32 visar andelen kvinnor och män på säbo som har tio eller fler läkemedel samtidigt 2015–2023.

⁵⁰ I Öppna jämförelser finns data uppdelade på insatserna hemtjänst och särskilt boende för äldre sedan 2015.

Figur 32. Äldre på särskilt boendet för äldre som har tio eller fler läkemedel samtidigt

Andel (%) personer 75 år och äldre i särskilt boendet för äldre som har tio eller fler läkemedel samtidigt, riket, 2015-2023.



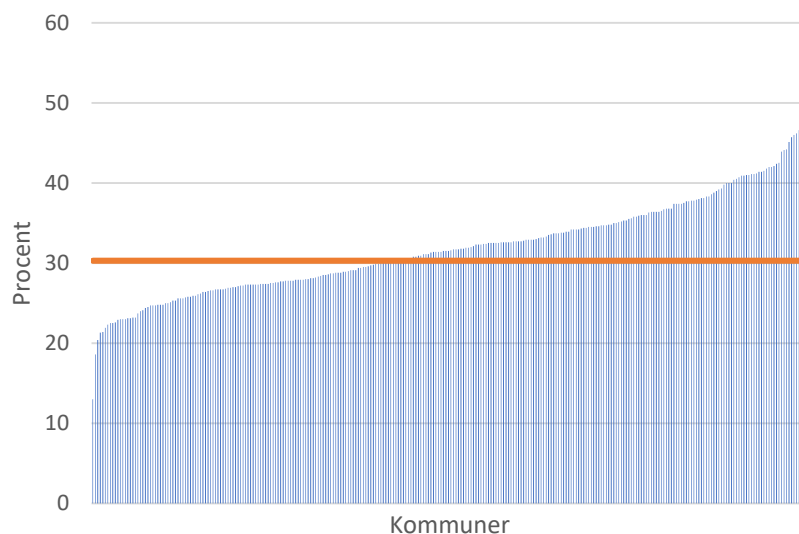
Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2016-2023 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen.

Andelen med tio eller fler läkemedel har ökat även bland personer på säbo sedan 2015. För kvinnor och män är ökningen cirka 13 respektive 15 procentenheter. År 2015 var det en något högre andel kvinnor som hade tio eller fler läkemedel, och 2023 var förhållandet det omvända. Även här syns en minskning mellan 2017 och 2019, följt av en successiv ökning.

Det är vanligare att personer på säbo har tio eller fler läkemedel, jämfört med personer som bor hemma med stöd av hemtjänsten. Hög ålder, sjukdomar och fysiska funktionsnedsättningar är vanligt hos personer på säbo. Det kan delvis förklara skillnaderna i läkemedelsanvändning mellan boendeformerna på riksnivå. Det förklarar däremot inte de stora skillnaderna på kommunnivå, inom både hemtjänst och säbo. Figur 33 visar spridningen bland kommuner för andelen äldre med hemtjänst som hade tio eller fler läkemedel 2023.

Figur 33. Tio eller fler läkemedel bland äldre med hemtjänst

Andel (%) personer 75 år och äldre med hemtjänst som har tio eller fler läkemedel samtidigt, spridning bland kommuner*, riket, 2023.

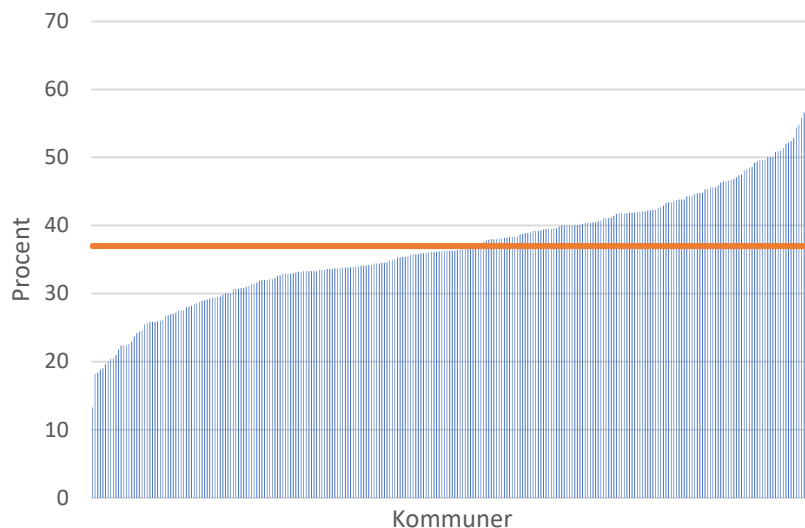


*Fyra kommuner ingår inte pga. att under 30 observationer i nämnare inte publiceras i öppna jämförelser.
Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2016–2023 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen.

Andel personer 75 år och äldre med hemtjänst som har tio eller fler läkemedel samtidigt varierar inom kommunerna mellan 13–49 procent. I många kommuner är andelen 25–40 procent, men det är också många som ligger över 40 procent. Figur 34 visar spridningen bland kommuner för andelen äldre på säbo som hade tio eller fler läkemedel 2023.

Figur 34. Tio eller fler läkemedel bland äldre på särskilt boendet för äldre

Andel (%) personer 75 år och äldre på särskilt boendet för äldre som har tio eller fler läkemedel samtidigt, spridning bland kommuner*, riket, 2023.



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

Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2016–2023 – Äldreomsorg, Socialstyrelsen.

När det gäller andelen personer på säbo som har tio eller fler läkemedel är variationen 13–63 procent mellan kommunerna, och spridningen är större. I många kommuner är andelen 30–50 procent, men en del har betydligt lägre och högre andelar äldre med samtidig användning av tio eller fler läkemedel.

Tillgänglig vård, tandvård och omsorg

Tillgänglig vård, tandvård 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 65 år och äldre, med fokus på bland annat boende och andra socialtjänstinsatser samt välfärdsteknik.

Sammanfattande iakttagelser

- Personer 80 eller äldre vistas längre på akuten än övriga patienter – hälften av alla kvinnor 80 år och äldre vistades längre tid än fem timmar och en minut när de besökte akutmottagning år 2022. Bland män i samma åldersgrupp vistades hälften på akuten i fyra timmar och 49 minuter eller längre.
- Det finns en risk att tillgänglighet till tandvård för äldre personer har minskat beroende på nedsatt hälsa, tillgång till tandvårdspersonal och svårigheter att betala för den tandvård man behöver.
- Färre kommuner än tidigare anser att de har en balans i utbudet av särskilda boendeformer. De flesta som svarat på frågan om framtida bostadsbehov bedömer att behovet av särskilda boendeformer kommer att vara tillgodosett om två år, men antalet har minskat jämfört med föregående år. På fem års sikt förväntar sig 44 procent av kommunerna att behovet kommer att vara tillfredsställt, men även detta är en försämring.
- Äldre personer får vänta länge på att flytta till ett säbo, i förhållande till deras behov och återstående livslängd. Väntetiden efter bostadsbeslut ökade 2023 med 11 dagar, till totalt 64 dagar. Kvinnor fick i genomsnitt vänta i 68 dagar, jämfört med 61 dagar för män. Spridningen mellan kommunerna är dock stor.
- Andelen personer 65 år och äldre som får socialtjänstinsatser har slutat att minska när det gäller hemtjänstinsatser och säbo, men fortsatte nedåt under 2023 för korttidsplats. Kvinnor är i majoritet bland dem som får hemtjänst eller bor på säbo, medan en större andel män har korttidsplats. Däremot är andelen personer med dagverksamhet stabil och det finns ingen könsskillnad.
- Medianvistelsetiden på säbo för äldre varierar mellan kommunerna, men längre tid innebär oftast att fler platser behövs på säbo. Socialstyrelsens analyser för årets lägesrapport visar att medianvistelsetiden på säbo för personer 65 år och äldre är 2,3 år och medianålder 86,2 år. För personer med demenssjukdom är medianvistelsetiden något längre, 2,4 år och

medianåldern 85 år. För personer utan demenssjukdom är medialvistelsetiden 2,2 år och medianåldern 87,5 år.

- Kommunerna erbjuder olika typer av måltidsstöd i ordinärt boende, främst matlåda från kommunalt kök. För att förebygga undernäring hos äldre behöver måltider och måltidslösningar anpassas till individens önskemål och behov. Måltiderna kan också användas för att skapa sociala sammanhang och minska ensamhet hos äldre, men få kommuner erbjuder sådana lösningar. Det behövs en tydligare målsättning för att använda måltider i äldreomsorgen för att förebygga undernäring, ohälsa och ensamhet.
- Endast 3 procent av kommunerna har mål för matkonsumtionen inom äldreomsorgen. Matsvinnet inom äldreomsorgen är också betydligt högre än i förskola och skola, vilket är allvarligt eftersom undernäring är vanligt bland äldre. Att mäta matsvinnet kan vara ett verktyg för att identifiera risk för undernäring och förbättra måltidskvaliteten.
- Den välfärdsteknik som ökat mest inom ordinärt boende är stöd för digitala inköp, från 37 procent 2021 till 53 procent 2023. Inom säbo har digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering ökat mest; 58 procent av kommunerna hade tekniken 2023 jämfört med 42 procent 2021. Det finns stora skillnader mellan kommunerna i vilken teknik som erbjuds, och Socialstyrelsen konstaterar åter att befolkningen inte har likvärdig tillgång till välfärdsteknik.
- Få kommuner erbjuder digital natttillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare. Skälet är inte att teknikerna är ineffektiva utan snarare att de är utmanande att införa.

Äldre fortsätter vänta länge på landets akutmottagningar

Efter en nedgång 2020 ökade vistelsetiderna på landets akutmottagningar återigen 2021. Den stigande trenden höll i sig även under 2022 enligt Socialstyrelsens rapport *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2022* [54]. Vistelsetiden på akutmottagningarna har ökat för patienter i alla åldersgrupper mellan åren 2018 och 2022, både för män och kvinnor. Statistiken visar att ju äldre patienterna är desto längre var vistelsetiden. Kvinnor hade generellt sett längre vistelsetid än män oavsett åldersgrupp.

Personer 80 eller äldre vistas längre tid vid akutmottagningarna än övriga patienter. För hälften av alla kvinnor 80 år och äldre var medianvistelsetiden på akutmottagningen längre än 5 timmar och 1 minut 2022, vilket innebar en ökning med 48 minuter sedan 2018. Bland män i denna åldersgrupp vistades hälften på akuten i 4 timmar och 49 minuter eller längre, vilket var en ökning med 49 minuter sedan 2018. För personer i åldrarna 19 – 79 år vistades hälften av kvinnorna på akuten i 4 timmar och 12 minuter eller

längre år 2022, medan hälften av männen i samma åldersgrupp vistades i 4 timmar och 2 minuter eller längre. Sedan 2018 har medianvistelsetiden ökat med 35 minuter för både kvinnor och män i åldrarna 19 – 79 år.

Tillgänglig tandvård

Tandvårdsbesök för en basundersökning har minskat generellt i befolkningen i ett 10 årsperspektiv (se även figur 17 sid. 38). Äldres tandhälsa har samtidigt utvecklats positivt bland personer över 65 års ålder, framförallt för personer 65 till 75 år. Det innebär att äldre har fler tänder och implantatproteser som ökar behovet av regelbunden munvård och tandvårdsbesök. För personer över 80 års ålder ökar både antal kvarvarande och antalet skadade tänder vilket potentiellt ökar behovet av tandvård ytterligare (se även figur 14 sidan 36). Det finns en risk att tillgänglighet till tandvård för äldre personer har minskat från 2013 till 2022. Covid-19 pandemin påverkade tillgängligheten till tandvården kraftigt för personer över 70 års ålder. Besök till tandvård bland äldre har därefter återhämtats men till en lägre nivå jämfört med innan pandemin. Personer över 65 år avstår tandvård trots behov i betydligt större utsträckning nu jämfört med 2013 vilket inte är fallet med den övriga befolkningen [55]. Socialstyrelsen har rekommendationer i de nationella riktlinjerna för tandvården om att arbeta strukturerat för att bibehålla ändamålsenliga tandvårdskontakter bland äldre som avstår att besöka tandvården trots behov (ref NR tandvård). Socialstyrelsen följer också utvecklingen av tillgången till tandvårdspersonal och visar att utmaningar finns framförallt i glesbygdsområden vilket kan påverka möjligheten att besöka tandvård [23]. Tillgänglighet till tandvårdsbesök beror också på ekonomiska förutsättningar att betala för tandvård som har en högre andel självfinansiering jämfört med hälso- och sjukvård. Regeringen har gett ett tilläggsdirektiv till utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (S 2022:12). Utredningen ska ge förslag om hur tandvårdens högkostnadsskydd kan förstärkas för att mer efterlikna det i övrig vård och där äldre med sämst munhälsa prioriteras.⁵¹

⁵¹ Tilläggsdirektiv till utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (S 2022:12); <https://www.regeringen.se/contentassets/16d55878817d4419b9fadc80df7ff216/tillaggsdirektiv-till-utredningen-om-starkt-stod-till-tandvard-for-valdsutsatta-och-okad-kontroll-over-tandvardssektorn.pdf>

Socialtjänstinsatser för äldre personer

Brister i tillgången på särskilda boenden för äldre kvarstår

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2023 är andelen kommuner med brist på särskilda boendeformer för äldre⁵² uppe på samma nivå som före pandemin, cirka 40 procent, efter en förbättring under 2021 och 2022 [56]. Statistik från SCB visar att fler specialbostäder byggdes under perioden 2019–2021, och då var antalet färdigställda specialbostäder genom nybyggnad det största på över 20 år. Andelen kommuner med brist på trygghets- och seniorbostäder är densamma, drygt 40 procent.

I 2023 års bostadsmarknadsenkät rapporterade 277 kommuner om nästan 88 000 bostäder som klassificeras som särskilda boenden för äldre. I dessa kommuner finns även korttidsplatser för totalt 6 300 personer, fördelat på 272 kommuner. Flera kommuner framhåller att statistiken bara avser platser som erbjuds av kommunen, och att det också finns privata vårdboenden i vissa kommuner. Dessutom finns det bostäder i de kommuner som har rapporterat om särskilda boendeformer för äldre, utan att specificera antalet bostäder. Detta innebär att det faktiska antalet bostäder är större än nästan 88 000 respektive 6 300 [56].

Nästan 60 procent av de kommuner som har svarat på frågan om framtida bostadsbehov bedömer att behovet av särskilda boendeformer kommer att vara tillgodosett om två år. Motsvarande andel i enkäten för 2022 var 65 procent. På fem års sikt förväntar sig 44 procent av kommunerna att behovet av särskilda boendeformer kommer att vara tillfredsställt. Andelen har minskat sedan året före, både på två års sikt och på fem års sikt [56].

Få kommuner har infört biståndsbedömt trygghetsboende

Sedan 2019 har kommunerna möjlighet att införa biståndsbedömda trygghetsboenden om de vill. År 2023 uppgav 29 kommuner att de har infört sådana boenden, vilket är 6 fler än året innan. Av de 29 kommunerna anser 18 att de har en balans mot efterfrågan, medan 3 har underskott och 7 har överskott. Den återstående besvarade inte frågan [56]. Många

⁵² Särskilda boendeformer för äldre: 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 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). För att få bostad i särskilt boende krävs en biståndsprövning och ett beslut av kommunen.

trygghetsboenden drivs privat, och därför är det svårt att exakt veta hur många som finns och hur behovet kommer att utvecklas framöver.

Både antalet och andelen äldre förväntas öka i hela landet, med vissa variationer. Kommunernas kommentarer i bostadsmarknadsenkäten antyder att det behövs ett större och mer varierat utbud av bostäder för äldre, som kan möta de olika behoven som finns och som de äldre också har möjlighet att efterfråga [56].

Utveckling av olika kommunala insatser

I oktober 2023 bodde 83 000 personer som fyllt 65 år på särskilt boende för äldre, drygt 7 300 befann sig på en korttidsplats och drygt 149 800 hade hemtjänst. Andelen personer 65 år och äldre som får socialtjänstinsatser har slutat att minska när det gäller hemtjänstinsatser och särskilt boende, men fortsatte nedåt under 2023 för korttidsplats (tabell 12). Andelen personer med dagverksamhet var stabil under perioden 2016–2023, med undantag för en nedgång under pandemiåren 2020 och 2021.

Tabell 12. 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 2016–2023. Säbo: särskilt boende för äldre. I bilaga 3 redovisas antal personer.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hemtjänst*	7,7	7,6	7,5	7,6	7,2	7,1	7,0	7,0
Kvinnor	9,4	9,3	9,1	9,1	8,7	8,5	8,3	8,3
Män	5,7	5,7	5,7	5,8	5,5	5,5	5,5	5,5
Säbo	4,3	4,2	4,1	4,1	3,8	3,8	3,9	3,9
Kvinnor	5,4	5,3	5,2	5,1	4,8	4,8	4,8	4,8
Män	3,0	2,9	2,9	2,9	2,7	2,8	2,8	2,8
Dagverksamhet	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5
Kvinnor	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5
Män	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5
Korttidsplats	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
Kvinnor	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Män	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4

* 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: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, december 2023. Nämnaren är totalbefolkningen den sista december föregående år (SCB).

Vidare analyser av gruppen 80 år och äldre visar att andelen med hemtjänstinsatser och säbo har minskat sedan 2016 (tabell 13), liksom andelen med dagverksamhet och korttidsplats som nu ligger på nästan samma nivå som under pandemiåren 2020–2021.

Det är en betydligt större andel kvinnor än män som får hemtjänst eller bor på säbo, men en större andel män har korttidsplats. För dagverksamhet ses ingen skillnad mellan könen. Dessa mönster ger inblick i könsbaserade skillnader när det gäller äldreomsorgens tillgänglighet och användning.

Tabell 13. 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 2016–2023. Säbo: särskilt boende för äldre. I bilaga 3 redovisas antal personer.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hemtjänst*	20,9	20,7	20,3	20,3	19,1	18,6	18,1	17,7
Kvinnor	23,6	23,5	23,1	23,1	21,9	21,3	20,7	20,3
Män	16,5	16,3	16,0	16,2	14,9	14,6	14,4	14,1
Säbo	13,1	12,7	12,5	12,2	11,2	11,1	11,0	10,7
Kvinnor	15,4	15,1	14,8	14,5	13,4	13,3	13,2	12,9
Män	9,3	9,1	9,0	8,7	7,9	7,8	7,9	7,7
Dagverksamhet	1,3	1,3	1,3	1,3	1,0	1,0	1,1	1,1
Kvinnor	1,3	1,3	1,3	1,3	1,0	1,0	1,1	1,1
Män	1,3	1,3	1,3	1,3	1,0	1,0	1,1	1,2
Korttidsplats	1,1	1,1	1,1	1,1	0,8	0,9	0,8	0,8
Kvinnor	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6
Män	1,5	1,5	1,4	1,4	1,1	1,1	1,0	1,0

* 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: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, december 2023. Nämnaren är totalbefolkningen den sista december föregående år (SCB).

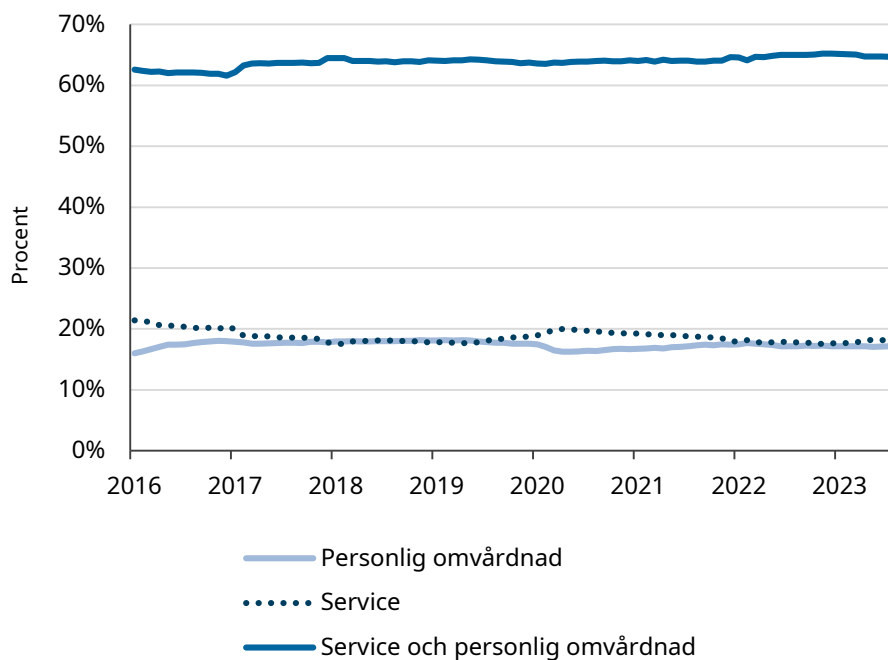
Utvecklingen av olika hemtjänstinsatser

Syftet med hemtjänst är att ge vård- och omsorgstagare möjligheten att bo kvar i sitt eget hem. Vilka insatser som ingår i hemtjänsten varierar beroende

på målet med dem,⁵³ men traditionellt sett ingår både serviceuppgifter och personlig omvårdnad. Serviceuppgifter kan exempelvis inkludera hjälp med städning, tvätt, inköp och bankärenden samt matlagning eller distribution av mat. Personlig omvårdnad omfattar övriga insatser som behövs för att tillgodose personens fysiska, psykiska och sociala behov, exempelvis hjälp med att äta, dricka, klä på sig, förflytta sig och ta hand om personlig hygien, inklusive munvård. Dessutom kan det inkludera insatser för att motverka isolering och främja känslan av trygghet och säkerhet i hemmet.

En jämförelse gjord av Socialstyrelsen visar en förändring i de insatser som 2016–2023 erbjöds genom hemtjänsten till personer som bor i sina egna hem (figur 35). Andelen personer med endast personlig omvårdnad ökade först, men stabiliserade sig på cirka 18 procent. Det är ungefär samma nivå som andelen personer som endast får service.

Figur 35. Andel (%) olika typer av insatser bland personer 80 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst* mellan 2016–2023



* 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.

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

Utvecklingen av de olika socialtjänstinsatserna indikerar att allt fler människor i ordinärt boende får sina behov tillgodosedda på annat sätt, till exempel genom att använda e-handel, få hjälp från närstående eller inte ansöker om stöd. Det kan också bero på att små och tidiga insatser inte beviljas för dem som ansöker.

⁵³ Prop. 2017/18:158 Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden, s. 117.

Ett trettiotal kommuner har infört förenklad biståndsbedömning

År 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.⁵⁴ Bestämmelsen är frivillig att använda, och kommunen avgör vilka typer av hemtjänstinsatser man ska erbjuda, och i vilken omfattning. Kommuner som väljer att tillämpa bestämmelsen 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 handläggaren 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.⁵⁵

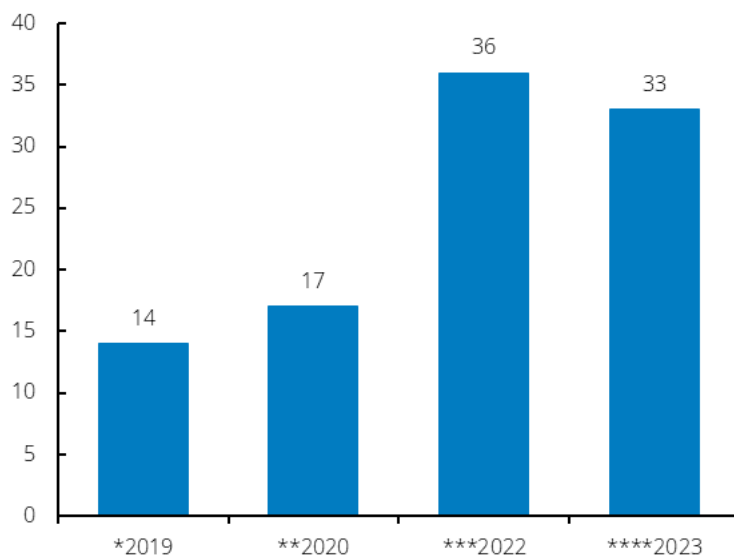
Antalet kommuner som erbjuder förenklad biståndsbedömning mer än fördubblades mellan 2020 och 2022, men antalet äldre som erbjuds sådan biståndsbedömning minskade. Mellan 2022 och 2023 ses i princip ingen förändring (figur 36 och 37). Minskningen mellan 2020 och 2022 kan bero på pandemin. Under pandemin har betydligt färre äldre än vanligt sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången [22, 57]. Uppgifterna kommer från inventeringsdata från kommunerna till undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* [34]. Enligt instruktionerna ska kommunerna inte inkludera individer med enbart insatserna trygghetslarm och matdistribution.

⁵⁴ Prop. 2017/18:106, bet. 2017/18:SoU:32, rskr.2017/18:308.

⁵⁵ Prop. 2017/18:106 s. 21.

Figur 36. Antal kommuner som har förenklat beslut om hemtjänst

Antal kommuner som erbjuder personer 65 år och äldre förenklat beslut om hemtjänst. År 2019–2020 och 2022–2023.



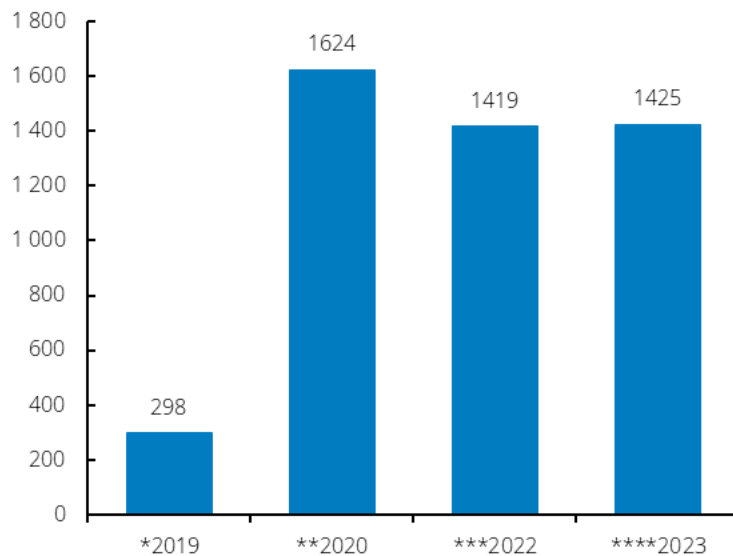
* 2019 = 31 dec 2018; **2020 = 31 dec 2019; ***2022 = 30 sep 2021; ****2023 = 31 dec 2022

^ 2021 = enkätundersökningen genomfördes inte

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

Minskningen på antalet kommuner som har förenklat hemtjänstbeslut mellan åren 2022 till 2023 kan bero på att flera kommuner vid den 31 december 2022 inte hade några personer med förenklat hemtjänstbeslut som ingick i målpopulationen för *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2023* [34]. I målpopulationen för *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* exkluderas personer som enbart har matdistribution och trygghetslarm som insatser och/eller personer som enbart har kvälls-, natt-, helginsatser samt boendestöd.

Figur 37. Antal personer 65 år och äldre som har förenklat beslut om hemtjänst, 2019–2020 och 2022–2023



* 2019 = 31 dec 2018; **2020 = 31 dec 2019; ***2022 = 30 sep 2021; ****2023 = 31 dec 2022

^ 2021 = enkätundersökningen genomfördes inte

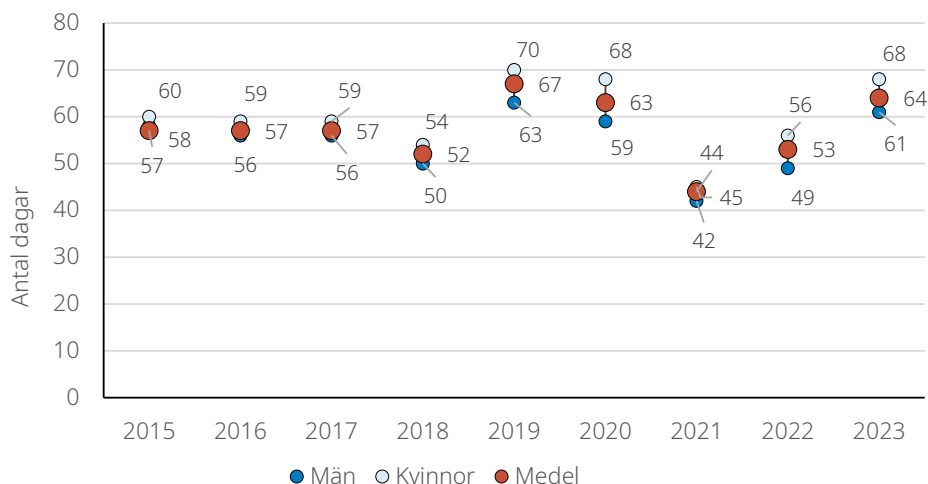
Källa: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*, Socialstyrelsen.

Längre väntetid till plats på särskilt boende för äldre

Väntetiden till säbo har ökat, från 58 dagar 2015 till 64 dagar 2023 (figur 38). Den är också 11 dagar längre jämfört med 2022. Spridningen mellan kommunerna är dock stor. Sedan 2015 finns information om väntetider könsuppdelad, och 2023 fick kvinnor i genomsnitt vänta 68 dagar, jämfört med 61 dagar för män.

Figur 38. Genomsnittlig väntetid från beslut om särskilt boende för äldre till erbjudande om inflyttning

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende för äldre, medelvärde. Riket, kvinnor och män, år 2015–2023.



Källa: Kommunernas egna undersökningar, Kolada. Hämtad 2024-02-14.

Nedgången i ansökningar om bostadsanpassningsbidrag – en komplex fråga

Lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag syftar till att personer med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att leva självständigt i sina egna hem, genom bidrag för att anpassa bostaden. Majoriteten av bostadsanpassningar görs i äldres bostäder. Boverket har undersökt hur lagen har påverkat möjligheterna att ansöka om och få bidrag från kommunerna, och rapporten *Utvärdering av lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag* publicerades 2023 [58, 59].

År 2021 uppgick de totala utbetalningarna för bostadsanpassningsbidraget till över 800 miljoner kronor. Precis som föregående år beviljades fler kvinnor (60 procent) än män bidraget. Dock var genomsnittliga summan för männen högre, med drygt 17 000 kronor per bidrag jämfört med kvinnornas 14 000 kronor. Varje år inkommer över 60 000 ansökningar.

Sedan 2007 har flyttfrekvensen för äldre minskat och det är i dag en något större andel som väljer att bo kvar i sina småhus [60]. Detta borde i sin tur leda till fler ansökningar om bostadsanpassningsbidrag och fler anpassningar i småhus. Men statistiken visar i stället färre ansökningar och att flerbostadshus står för en allt större andel av anpassningarna. Detta kan bero på att äldre människor som bor i småhus i mindre utsträckning utnyttjar bidraget för att genomföra anpassningar i sin egen fastighet [59].

Enligt Boverket finns det ingen indikation på att den nya lagen från 2018 är den huvudsakliga orsaken till nedgången i ansökningar om bostadsanpassningsbidrag. I stället har man funnit att förändringen har pågått längre och påverkats av flera faktorer, exempelvis demografi och bostadsbestånd [59]. Både antalet och andelen äldre har ökat i befolkningen, vilket skulle kunna leda till fler ansökningar om bostadsanpassning. Dock är dagens äldre friskare och mer rörliga jämfört med tidigare, vilket förmodligen leder till färre ansökningar om bostadsanpassning. Dessutom har äldre människor i dag större möjlighet att bo i redan anpassade bostäder, eftersom plan- och bygglagen (2010:900), PBL, kräver att nya eller ombyggda bostäder ska vara tillgängliga och användbara för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga [59].

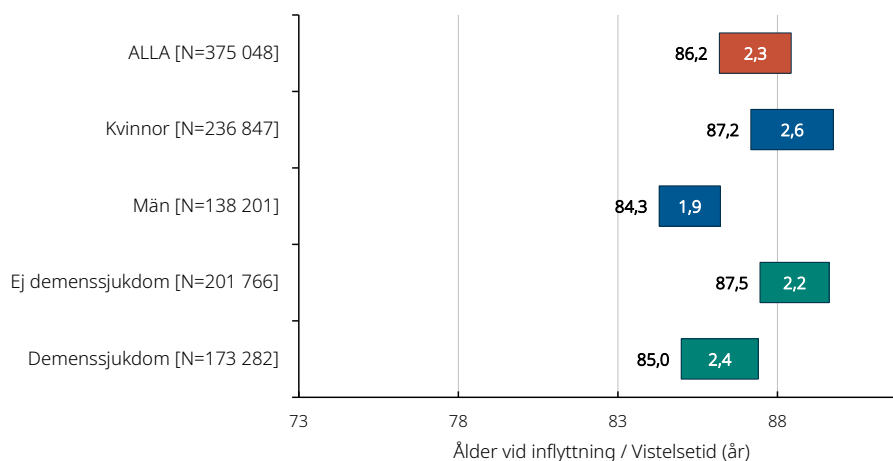
Boverket har också noterat att både antalet beviljade bidrag per äldre och storleken på bidraget har minskat i kommuner där andelen äldre människor som bor i flerbostadshus har ökat. Däremot är de beviljade ansökningarna fler i kommuner med fler äldre människor (över 70 år) som bor i flerbostadshus.

Tid på särskilt boende för äldre

Medianvistelsetiden på särskilda boenden (säbo) för äldre varierar mellan kommunerna, men längre tid innebär oftast att fler platser behövs på säbo. Socialstyrelsens analyser för årets lägesrapport visar att medianvistelsetiden på säbo för personer 65 år och äldre är 2,3 år och medianålder 86,2 år (figur 39). För personer med demenssjukdom är medianvistelsetiden något längre, 2,4 år och medianåldern 85 år. För personer utan demenssjukdom är medianvistelsetiden 2,2 år och medianåldern 87,5 år. Dessa medianvistelsetider har beräknats för personer som flyttade till säbo 2014–2023.

Figur 39. Medianålder vid inflyttning på särskilt boende för äldre samt vistelsetid

Medianålder vid inflyttning på särskilt boende för äldre (säbo) samt medianvistelsetid på säbo, indelat per grupp (kön, eller demenssjukdom). Underlaget är alla personer som flyttat på säbo någon gång under 2014–2023.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Demenspopulation (se bilaga 2). Socialstyrelsen, december 2023.

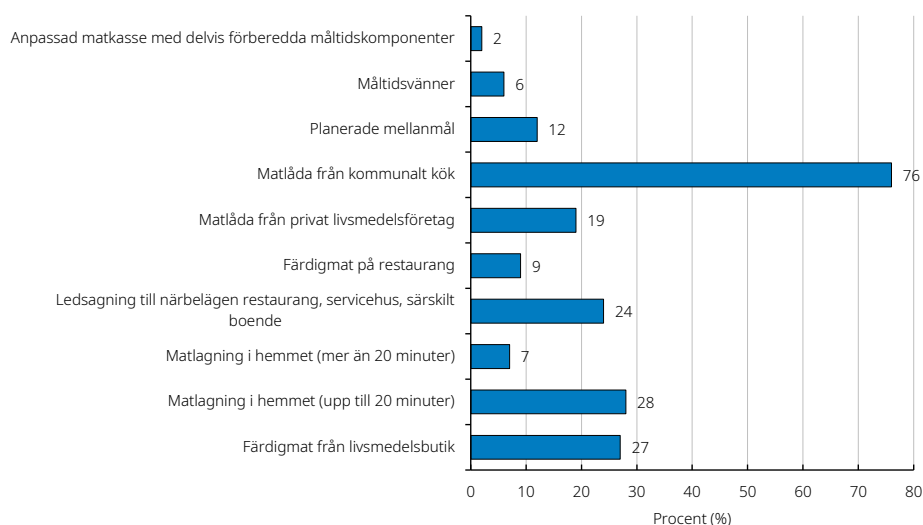
Måltider i äldreomsorgen

För att förebygga undernäring hos äldre i både ordinärt och särskilt boende är det viktigt att måltider och måltidslösningar utgår från individens önskemål och behov [61]. Det kan handla om olika måltidslösningar, såsom matlåda och möjlighet till restaurangbesök i ordinärt boende, och att erbjuda många små energi- och proteintäta måltider varje dag, till äldre i både ordinärt och särskilt boende som behöver det.

Det måltidsstöd som erbjuds för äldre i ordinärt boende varierar mellan kommunerna (figur 40), men vanligast är att kommunen erbjuder matlåda från ett kommunalt kök (76 procent), eller matlåda från en privat restaurang eller färdig mat från livsmedelsbutik. Bara en tredjedel av kommunerna erbjuder matlagning i hemmet och då är det vanligast med upp till 20 minuters matlagningsstöd per måltid. En fjärdedel erbjuder ledsagning till restaurang. Totalt 12 procent erbjuder så kallade planerade mellanmål, vilket kan innebära att de är näringsberäknade, att det finns en struktur för hur ofta mellanmål ska erbjudas eller att mellanmålen är anpassade på annat sätt för att förebygga undernäring och ohälsa. Bara 6 procent erbjuder en ”måltidsvän”, det vill säga någon att äta tillsammans med. Hälften av kommunerna erbjuder flera typer av måltidsstöd [62].

Figur 40. Kommuner som erbjuder respektive typ av måltidsstöd i ordinärt boende

Andel (%) av 216 kommuner som erbjuder respektive typ av måltidsstöd för äldre i ordinärt boende, år 2021.



Källa: Livsmedelsverkets rapportserie – L 2022 NR 01.

Både ensamhet och bristfällig kost kan bidra till psykisk ohälsa hos äldre personer [63]. Måltiderna kan vara ett verktyg för att skapa sociala sammanhang och bryta ensamhet, men få kommuner erbjuder måltidslösningar som innebär någon form av socialt sammanhang. Det behövs en tydligare målsättning bland kommuner för hur måltiderna i äldreomsorgen kan användas för att förhindra ohälsa och undernäring och bryta ensamhet [62]. (Läs även avsnittet **Framgång med att bekämpa ensamhet bland äldre och förbättra vård för personer med demenssjukdom** samt **Framgång med att bekämpa ensamhet bland äldre och förbättra vård för personer med demenssjukdom**.)

Mål kring näringsriktighet, konsumtion och minskat matsvinn

Att sätta och följa upp mål för hur måltiderna i äldreomsorgen ska främja hälsa och motverka ohälsa kan bidra till minskad undernäring och färre relaterade vårdskador som följd [62]. Men enligt Livsmedelsverket har bara 3 procent av kommunerna mål för konsumtionen av mat inom äldreomsorgen. Betydligt fler, 61 procent, har mål om matens näringsinnehåll, men så länge personalen inte säkerställer att maten äts upp blir näringsberäkningar inte mer än ett teoretiskt mått. Eftersom undernäring är ett stort problem inom äldreomsorgen behövs ett större fokus på de äldres konsumtion, det vill säga det som faktiskt äts upp.

Ungefär hälften av kommunerna har mål om minskat matsvinn i förskola och skola, men bara en tredjedel inom äldreomsorgen [62]. Bland de kommuner som rapporterat data för äldreomsorgen är matsvinnet betydligt högre än i förskola och skola [64]. Vid luncherna slängs nära 108 gram mat per ätande person, vilket motsvarar uppemot en tredjedel av måltiden. Eftersom maten har planerats för att passa de äldres energi- och

näringsbehov är det allvarligt att den inte äts upp. Erfarenheter visar att matsvinnet är högre när svinnet inte mäts, så matsvinnsmätningar inom äldreomsorgen kan vara ett verktyg för att identifiera risk för undernäring, på gruppnivå, och sätt att höja måltidskvaliteten. Kunskap om matsvinnet är en förutsättning för att man ska identifiera brister och sätta in åtgärder som leder till att den äldre äter upp maten, och därmed får i sig det energi- och näringsbehov som det var planerat [64].

Mat och måltidsupplevelser på säbo - stora skillnader mellan kommuner

Socialstyrelsen undersöker varje år äldre personers nöjdhet med äldreomsorgen, via en enkätundersökning till personer 65 år och äldre på säbo eller i ordinärt boende med stöd av hemtjänst [34]. Personerna på säbo får svara på två frågor om mat, och svaren från de senaste undersökningarna visar en nedåtgående trend (tabell 14).

Tabell 14. Andel (%) personer 65 år och äldre i särskilt boende för äldre som var nöjda med maten och måltidsmiljön, 2013, 2016, 2019, 2022 och 2023

Indikatorer	2013	2016	2019	2022	2023
Uppger att maten som serveras smakar mycket eller ganska bra	77 % (n=37 498)	76 % (n=38 067)	74 % (n=34 569)	72 % (n=27 681)	73 % (n=30 907)
Upplever att måltiderna alltid eller ofta är en trevlig stund på dagen	70 % (n=35 068)	70 % (n=36 417)	68 % (n=33 028)	66 % (n=26 213)	68 % (n=29 327)

Källa: Vad tycker den äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.

På nationell nivå är de flesta på äldreboendena nöjda med maten som serveras och tycker att måltiderna är en trevlig stund på dagen. Däremot är det stora skillnader på kommunnivå: 50–91 procent är nöjda med maten och 41–91 procent upplever måltiderna som en trevlig stund på dagen (2023) [34]. Cirka en av tio uppger att maten smakar ganska dåligt eller mycket dåligt, och ungefär lika många upplever att måltiderna sällan eller aldrig är en trevlig stund på dagen. Det finns kommuner som får bra resultat för både mat och måltider på sina äldreboenden, men det finns också kommuner som får ett sämre resultat för båda [34].

Äldreomsorgens digitala utveckling

Äldre personer positiva till digital teknik

År 2022 genomförde Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) en enkätundersökning om äldre personers uppfattningar och erfarenheter av digital teknik.⁵⁶ Resultatet visar att personer 60 år och äldre generellt är positiva till digital teknik inom äldreomsorgen och att majoriteten kan tänka sig att använda välfärdsteknik i framtiden [65]. Den största potentiella nyttan med digital teknik, enligt äldre personer, är att förbättra kommunikationen och öka tryggheten. Samtidigt ser många en risk för att teknik ska ersätta önskad kontakt med människor och leda till ensamhet. Många känner också oro för att tekniken inte ska fungera ordentligt när den behövs eller att tekniken ska vara så svår att använda att den inte blir till hjälp. Enkätresultatet visade att inställningen till teknik skiljer sig åt mellan olika typer av teknik. Personer 60 år och äldre var mest positiva till digitala larm och minst positiva till nattillsyn med hjälp av kamera.

Välfärdsteknik i äldreomsorgen

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka individens trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet. Ett mål med användningen är att höja kvaliteten och effektiviteten i vård och omsorg. Välfärdsteknik är i dag ett etablerat inslag i svensk äldreomsorg, och rapporten *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård* visar att alla kommuner använder någon form av välfärdsteknik i äldreomsorgen [66]. Trygghetslarm är den vanligaste formen och har använts i alla kommuner i årtionden. Det är också vanligt med passiva larm och sensorer såsom dörrlarm, fallarm och rörelsedetektorer. År 2023 hade 98 procent av kommunerna passiva larm i säbo som drivs av kommunen.⁵⁷ En majoritet av kommunerna har även gps-larm, digital nattillsyn och digitala lås till äldre personers bostäder. Trots att välfärdsteknik är vanligt förekommande finns det stora skillnader mellan kommuner i vilken teknik som erbjuds. Socialstyrelsen konstaterar, likt tidigare år, att befolkningen inte har likvärdig tillgång till välfärdsteknik.

I rapporten *Digital potential. Utvärdering av satsningen på digital teknik inom äldreomsorgen* från 2023 konstaterar Vård- och omsorgsanalys att kommunerna kan göra olika juridiska tolkningar av regelverk och ha för

⁵⁶ Enkäten skickades med e-post till ett stort antal medlemmar i PRO och SPF. Enkäten nådde sammanlagt 31 000 slumpvis utvalda personer från 60 år och uppåt. Totalt svarade drygt 7 400 personer på enkäten.

⁵⁷ I särskilda boendeformer för äldre ingår särskilda boenden, korttidsboenden och biståndsbedömda trygghetsboenden.

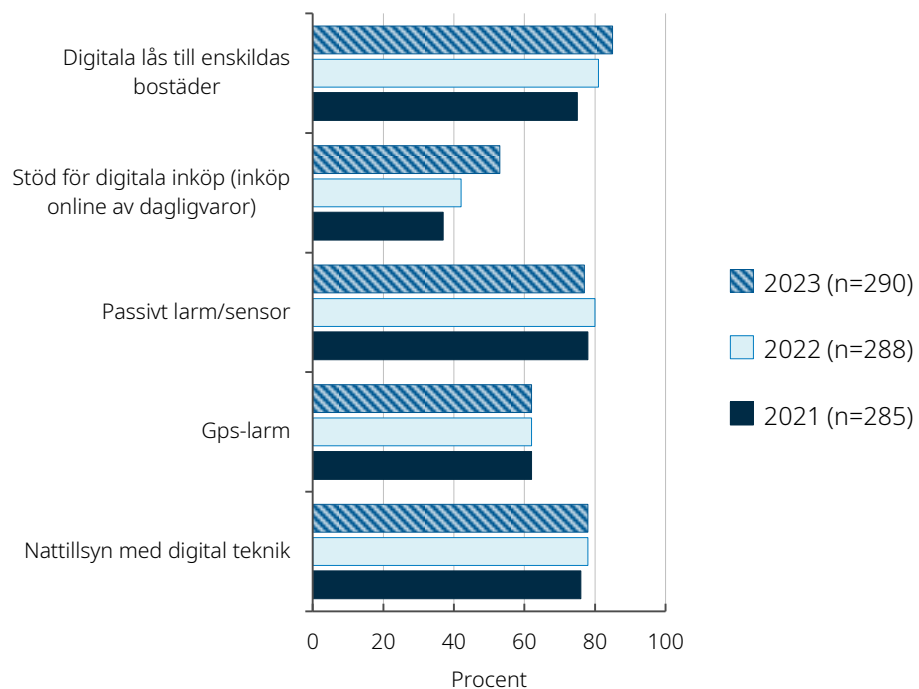
liten tillgång till teknisk infrastruktur, och att det påverka tillgången till och användningen av välfärdsteknik [65].

Begränsad ökningstakt av välfärdsteknik

Sedan 2014 har användningen av välfärdsteknik ökat i äldreomsorgen, men efter 2021 är utvecklingen inte lika tydlig, visar rapporten *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård* [66]. Mellan 2022 och 2023 ses inga större förändringar, utan de flesta tekniker ökade eller minskade med någon procentenhet. Den välfärdsteknik som ökat mest inom ordinärt boende är stöd för digitala inköp, från 37 procent 2021 till 53 procent 2023. Inom särskilda boendeformer för äldre har digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering ökat mest; 42 procent av kommunerna hade tekniken 2021 jämfört med 58 procent 2023. En annan typ 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 42 procent 2023. Figur 41 och 42 visar utvecklingen 2021–2023 för några av de vanligaste typerna av välfärdsteknik i äldreomsorgen.

Figur 41. Utveckling av välfärdsteknik för personer 65 år och äldre i ordinärt boende, 2021–2023

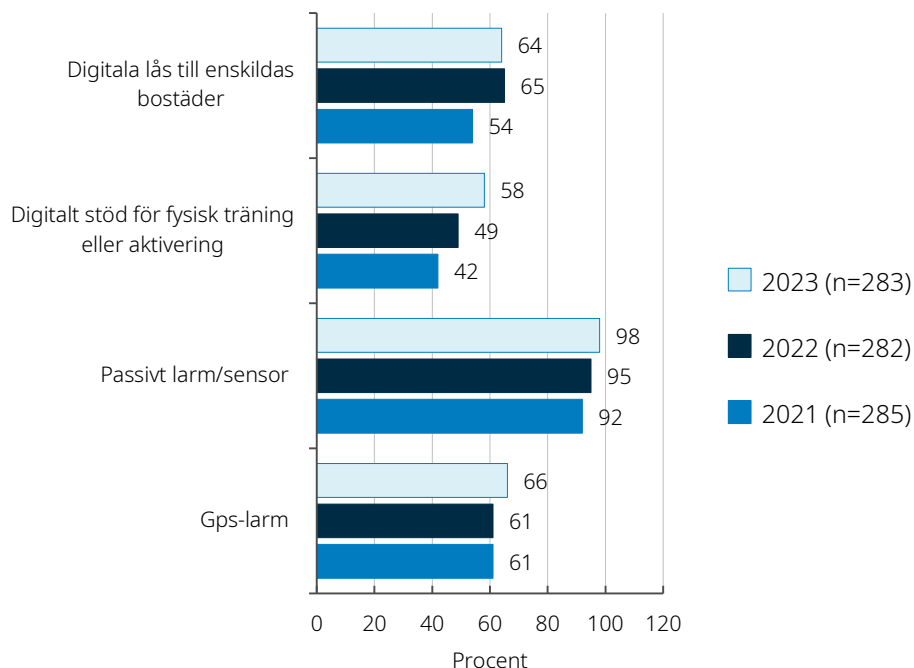
Andel (%) kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende, 2021–2023.



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2023.

Figur 42. Utveckling av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, 2021–2023

Andel (%) kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre (särskilda boenden för äldre, korttidsboenden och biståndsbedömda trygghetsboenden), 2021–2023.



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2023.

Det finns vissa skillnader mellan ordinärt boende och särskilda boendeformer för äldre när det gäller vilken välfärdsteknik som erbjuds, delvis på grund av olika behov hos målgrupperna och verksamheterna. Till exempel är digital natttillsyn betydligt vanligare i ordinärt boende, med 78 procent av kommunerna jämfört med 48 procent. Ett annat exempel är digitalt stöd för fysisk träning och aktivering, vilket 58 procent av kommunerna erbjuder i särskilda boenden och 38 procent av kommunerna i ordinärt boende.

Fortsatt få användare av välfärdsteknik

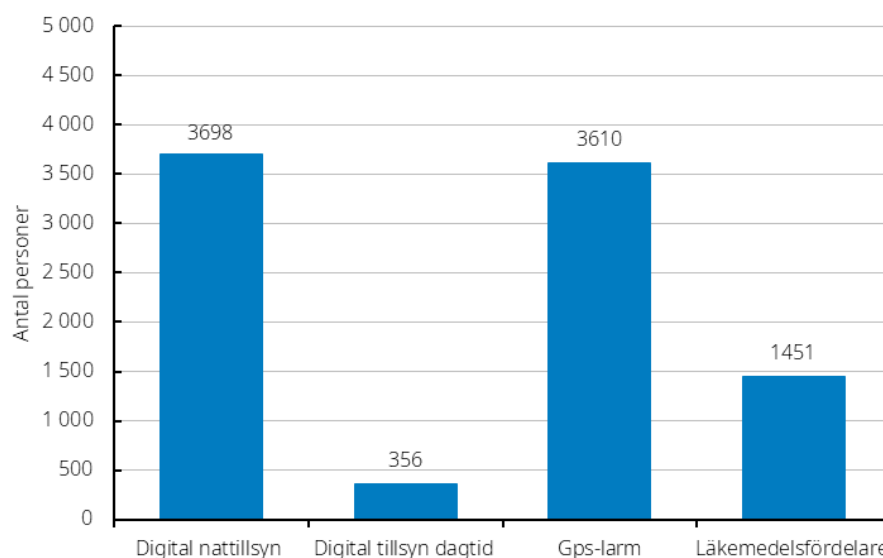
Socialstyrelsen följer upp antalet personer i ordinärt boende som använder digital tillsyn och gps-larm samt antalet som använder läkemedelsfördelare inom kommunal hälso- och sjukvård.⁵⁸ Resultatet av 2023 års uppföljning visar att användarna blir fler inom samtliga av dessa tekniker, men ökningen går från låga nivåer [67]. I många kommuner rör det sig om 0–5 användare. Digital natttillsyn och gps-larm har flest användare, omkring 3 600–3 700 personer, och digital tillsyn dagtid klart minst (figur 43). Vidare har vissa kommuner betydligt högre användning av teknikerna än genomsnittet.

⁵⁸ Både äldre och personer med funktionsnedsättning ingår i statistiken.

Exempelvis står sju kommuner för drygt två tredjedelar av alla personer med gps-larm (2 504 personer).

Figur 43. Antal personer med digital tillsyn och gps-larm i ordinärt boende och läkemedelsfördelare i kommunal hälso- och sjukvård, 2023

Antal personer i ordinärt boende (både äldre och personer med funktionsnedsättning) med digital tillsyn och gps-larm samt antal personer med läkemedelsfördelare i kommunal hälso- och sjukvård, 2023.



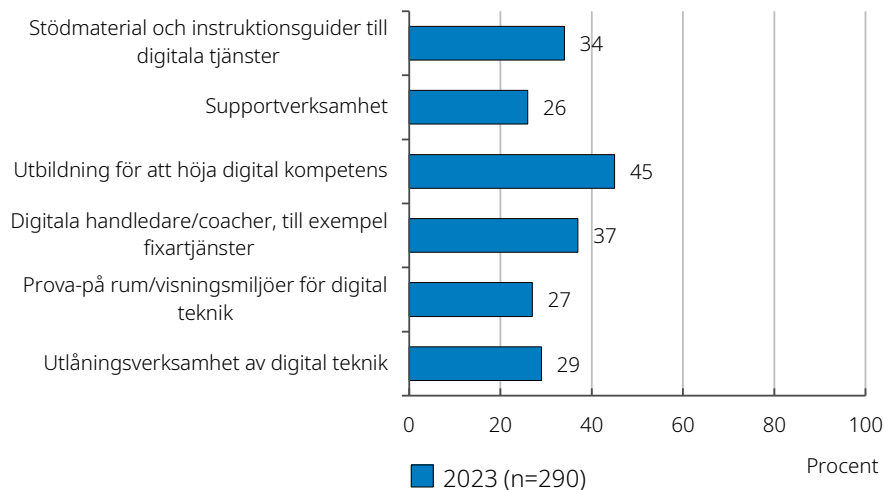
Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2023.

En majoritet av kommunerna erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap

Den ökade digitaliseringen av samhället medför att personer som är begränsade i sin användning av digital teknik riskerar att exkluderas. Att vara digitalt delaktig kan dock vara en utmaning, inte minst för äldre personer, så kommunen har en viktig roll i att främja och stödja digital delaktighet för alla invånare. Resultatet av 2023 års uppföljning visar att 71 procent av kommunerna också erbjuder sådant stöd till enskilda, främst utbildning, digitala handledare och stödmaterial till digitala tjänster, se figur 44. Totalt 29 procent av kommunerna lånar ut digital teknik och 27 procent erbjuder ”prova på”-rum eller visningsmiljöer för digital teknik.

Figur 44. Stöd för att minska digitalt utanförskap, 2023

Andel (%) kommuner som erbjuder olika typer av stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, 2023.

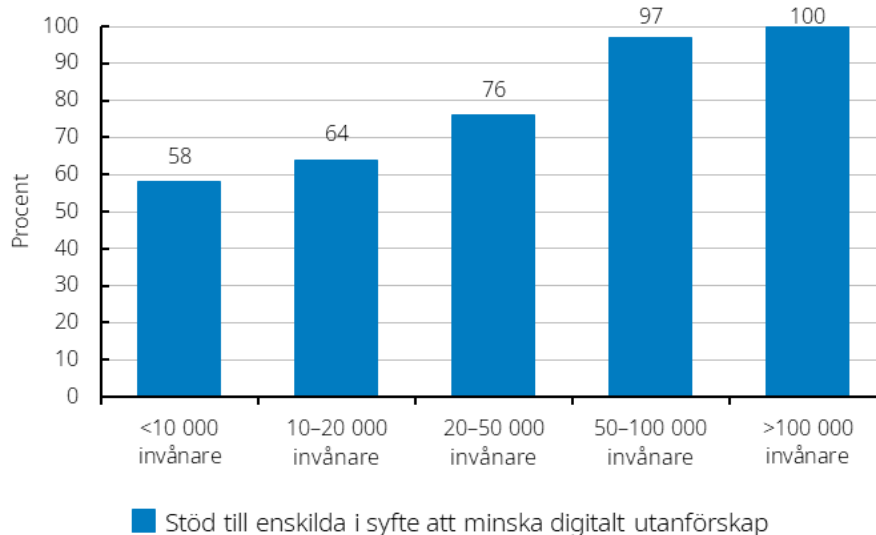


Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2023.

Större kommuner erbjuder denna typ av stöd i betydligt högre utsträckning än mindre kommuner, sett till invånarantal [66]. Figur 45 visar att 58 procent av de minsta kommunerna erbjuder denna typ av stöd, men samtliga av de största. Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap och skapa en jämlik digital omställning.

Figur 45. Stöd för att minska digitalt utanförskap, uppdelat på kommunstorlek, 2023

Andel (%) kommuner som erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, per storleksgrupp för kommunerna, 2023.



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2023.

Personal positiv till digital teknik men ser utmaningar

Personalen i äldreomsorgen använder i hög utsträckning digital teknik som arbetsverktyg i sin vardag. Vård- och omsorgsanalys gjorde 2022 en intervjustudie med medarbetare i äldreomsorgen om deras syn på och erfarenheter av välfärdsteknik, och rapporten *Digital potential* visar att personalen generellt är positiva till digitalisering och välfärdsteknik [65]. Samtidigt varierar inställningen mycket beroende på vilken teknik det handlar om, hur den fungerar och vilken nytta den ger. Överlag upplever personalen att nyttan ofta är både större och tydligare för verksamheterna och brukarna än för dem själva. Enligt intervjuerna kan tekniken leda till ökad transparens, tydlighet och säkerhet, men också till mer stress och högre arbetsbelastning. Vård- och omsorgsanalys konstaterar att personalens erfarenheter och kunskaper inte tas tillvara i tillräckligt hög grad när man inför digital teknik, vilket ökar risken för att kommunerna inför teknik som inte ger nytta.

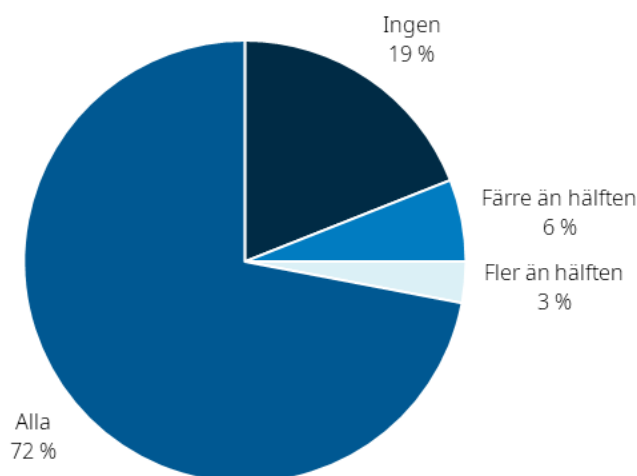
Digitalt stöd till personal ökar

Socialstyrelsens uppföljning av den digitala utvecklingen inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård från 2023 visar att 96 procent av kommunerna erbjuder planeringsverktyg för personalen inom ordinärt boende. Detta är en ökning från 88 procent 2020 [67]. När det gäller

särskilda boendeformer för äldre är det endast 43 procent av kommunerna som erbjuder planeringsverktyg. Ett annat exempel på digitalt 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 tydligt i kommunerna: 2019 erbjöd 44 procent av kommunerna sådan utrustning till all mobil hemtjänstpersonal, och 2023 var andelen 72 procent (figur 46). Trots ökningen är det 19 procent av kommunerna som inte alls erbjuder detta.

Figur 46. Möjlighet att dokumentera mobilt för hemtjänstpersonal

Andel (%) kommuner där mobil hemtjänstpersonal inom äldreomsorg kan dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, 2023 (n=271).



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2023.

Digitaliseringen viktigt för många, men inte alla äldre

Internetstiftelsens undersökning 2020 visar att många äldre personer blir allt mer aktiva på sociala medier och upplever sig vara mer socialt aktiva än yngre generationer i samma situation [68].

I rapporten *Svenskarna och internet 2023* konstateras att över 95 procent av alla över 18 års ålder dagligen använder internet. Resterande cirka 4 procent är främst personer som är 65 år eller äldre, har en funktionsnedsättning eller är utlandsfödda [69].

Utanförskapets omfattning

De allra flesta som inte använder internet är födda på 1950-talet eller tidigare. Bland dessa använder drygt 20 procent inte internet alls medan 20 procent är sällananvändare (använder inte internet dagligen) [69].

Gemensamt för många av dessa personer är att de lämnat arbetslivet, där internet och digitala verktyg ofta är en del av vardagen. Det pekar på vikten av att uppmärksamma övergången från arbetsliv till pension. Vad betyder pensionering för det digitala utanförskapet och finns det skäl för samhället att arbeta för att minska det – och i så fall hur?

Ett annat sätt att illustrera utanförskapet ges i nedanstående tabell 15.

Tabell 15. Äldres användning av e-tjänster jämfört med befolkningen

Andel (%) av befolkningen 18 år och äldre som använder olika e-tjänster 2023.⁵⁹

Använt de senaste 12 månaderna	Befolkningen 18 och äldre	Yngre pensionärer 65–75 år	Äldre pensionärer 76 år och äldre
Digital brevlåda	69 %	59 %	32 %
E-vårdtjänster	81 %	75 %	51 %
Mobilt bank-ID	92 %	89 %	59 %

Källa: Svenskarna och internet 2023.

Tabell 15 visar en tydlig underrepresentation av framför allt personer 75 år och äldre när det gäller tre vanliga e-tjänster. Socialstyrelsen bedömer att detta utanförskap har stor betydelse och det är viktigt att både samhällsinstitutioner och serviceinrättningar är medvetna om det.

Utanförskapet handlar inte bara om att inte vara ansluten till internet, utan det kan också leda till att människor exkluderas från samhället. För att motverka detta behöver det finnas motivation och stöd för att fler ska kunna ta del av internet, samt väl fungerande alternativ för de som står utanför.

I rapporten betonas också att många äldre och personer med funktionsnedsättningar inte skulle kunna läsa alls om det inte vore för digitala böckers funktioner

⁵⁹ Metodbeskrivning; Majoriteten av data är insamlad i Studie 1 (n=2 954) och Studie 2 (n=3 503) i Novus slumpmässigt rekryterade Sverigepanel, med en deltagarfrekvens på 63 procent respektive 62 procent. Resultatet är viktat mot SCB vad gäller kön, ålder, utbildning och geografi. <https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2023/metodbeskrivning/>

Resurser för vård och omsorg

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

Sammanfattande iakttagelser

- Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2022 till 146,6 miljarder kronor, vilket är en ökning i fasta priser med 1,8 procent jämfört med året innan. Särskilt boende för äldre (säbo) stod för 57 procent och hemtjänst för personer i ordinärt boende för 42 procent av de totala kostnaderna.
- 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 ökade under 2022 jämfört med året innan, i fasta priser, men har minskat under de senaste fem åren.
- Kostnaden per person på säbo har varit förhållandevis hög efter pandemin. Kostnaden för säbo är över fyra gånger högre än medianinkomsten för äldre i Sverige och bland de högsta i Europa. Offentliga trygghetssystem gör att hela kostnaden inte belastar individen.
- År 2021 fanns 119 000 anställda undersköterskor inom äldreomsorgen, varav 79 200 arbetade på säbo. Det fanns även 63 000 vårdbiträden, varav 29 500 på säbo.
- Under 2021 ökade antalet sjuksköterskor från cirka 13 700 till 14 000, vilket innebär en ökning jämfört med föregående år. Antalet fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter är konstant. De flesta arbetar i verksamheter som drivs av kommuner.
- Nöjdheten bland äldre personer på säbo varierar med fyra procentenheter och kan kopplas till andelen omsorgspersonal som har adekvat utbildning. På boenden med högst andel utbildad personal är 79 procent av de äldre mycket eller ganska nöjda, jämfört med 75 procent på boenden med lägst andel utbildad personal.
- På boenden med regelbundna aktiviteter upplever 41 procent av de äldre färre besvär av ångslan, oro eller ångest jämfört med äldre på boenden som sällan eller aldrig erbjuder aktiviteter.

Kostnader för kommunernas vård och omsorg för äldre

I det här kapitlet beskrivs kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre. Det bygger främst på kostnadsuppgifter från SCB som kommer med en viss eftersläpning [70]. Därför presenteras här kostnader till och med 2022, vilket är i enlighet med tidigare års rapporter. Som kostnadsmått används kostnader för det egna åtagandet.⁶⁰ För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2022 års priser. I avsnittet används ett konsumentprisindex för kommunala omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning.⁶¹ I bilaga 4 redovisas även kostnaderna i löpande priser.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre ökar

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre var 147 miljarder kronor 2022 (tabell 16). Det är en ökning med cirka 8 miljarder kronor jämfört med året före, men korregerat till 2022 års priser blir realkostnadsökningen cirka 3 miljarder kronor. Prisnivåerna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning ökade med 4 procent under 2022, medan den underliggande inflationen i Sverige var cirka 10 procent.⁶² Under de senaste fem åren har kostnaderna för vård och omsorg för äldre ökat med 20 miljarder kronor, men eftersom prisnivåerna under samma period har ökat med 12 procent blir realkostnadsökningen 5 miljarder kronor i 2022 års priser.

I förhållande till BNP har kostnaderna minskat något, från 2,6 procent 2018 till 2,5 procent 2022 (tabell 16). Däremot ökar kostnaderna som del av kommunernas totala kostnader för egentlig verksamhet,⁶³ från 19,1 procent 2018 till 19,7 procent 2022. Under de senaste fem åren avviker 2020 då kostnaderna som andel av BNP ökade, på grund av att BNP tillfälligt sjönk samtidigt som kommunernas kostnader ökade till följd av coronapandemin. Vård och omsorg för äldre står för lite mer än hälften av kommunernas kostnader för socialtjänsten. Insatser till personer med funktionsnedsättning

⁶⁰ Kostnad avser här löpande kostnader för driften av verksamhet som riktar sig till kommunens egen befolkning (kostnader för eget åtagande = bruttokostnad – försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting – interna intäkter). I kostnaderna ingår verksamhetens samtliga kostnader inklusive central och lokal administration, lokalkostnader, kapitalkostnader, löner och personalkostnader. De hämtas från kommunernas räkenskapsammandrag.

⁶¹ Beställt från SCB.

⁶² Enligt KPIF (konsumentprisindex med fast ränta) i december 2022 jämfört med motsvarande månad året innan.

⁶³ Egentlig verksamhet är den skattefinansierade verksamheten som omfattar bland annat politisk verksamhet, infrastruktur, fritid och kultur, pedagogisk verksamhet, vård och omsorg och särskilt riktade insatser samt kommungemensamma kostnader för administration och lokaler.

står för strax under en tredjedel och individ- och familjeomsorgen står för en femtedel av kommunernas kostnader för socialtjänst.

Tabell 16. Kostnader för vård och omsorg för äldre i förhållande till övriga kostnader i kommunen och BNP

Miljarder kronor

	2018	2019	2020	2021	2022
Total kostnad för vård och omsorg för äldre	142	140	143	144	147
Andel av kostnader för socialtjänst, (%)	51,6 %	51,2 %	51,4 %	51,3 %	51,7 %
Andel av kommunernas kostnader för egentlig verksamhet, (%)	19,1 %	19,1 %	19,6 %	19,5 %	19,7 %
Andel av BNP, (%)	2,6 %	2,6 %	2,7 %	2,5 %	2,5 %

Not: Totala kostnader presenteras i fasta priser. Andelar i övriga rader i tabellen baseras på löpande priser.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2018–2022, SCB.

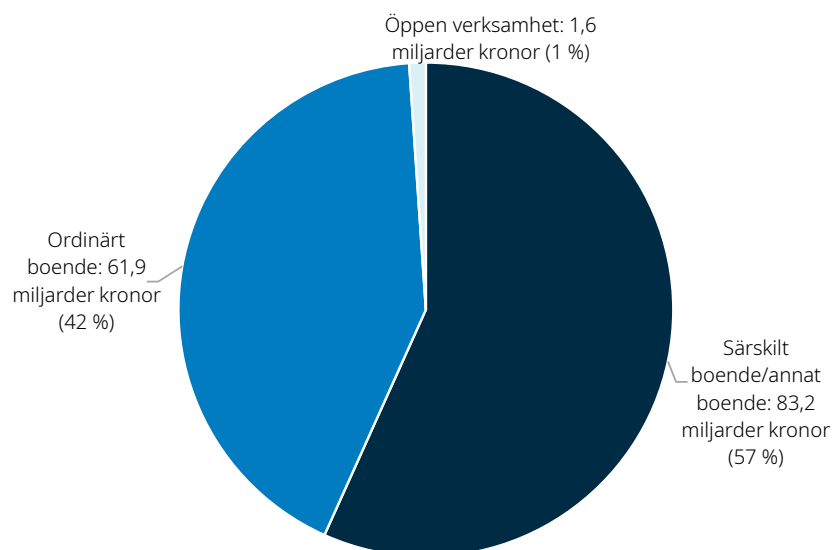
Ökade kostnader för hemtjänst och särskilt boende driver kostnadsutvecklingen

Särskilt boende står för den största delen av kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre⁶⁴ med 83,2 miljarder kronor 2022, motsvarande 57 procent. Under samma år uppgick kostnaden för personer i ordinärt boende till 61,9 miljarder kronor (42 procent) och öppen verksamhet till cirka 1,6 miljarder kronor (1 procent), figur 47. Kostnaderna för särskilt boende och ordinärt boende inkluderar även kommunal hälso- och sjukvård utöver de insatser som ges enligt socialtjänstlagen.

⁶⁴ I kostnadsposten ingår även vård- och omsorgskostnader för äldre i annat boende, exempelvis LSS-boende och biståndsbedömt trygghetsboende.

Figur 47. Fördelning av kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre 2022

Fördelning av totalt 146,6 miljarder kronor.



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

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2022, SCB.

Kostnadsutvecklingen 2018–2022 drevs framför allt av ökade kostnader för hemtjänst i ordinärt boende och för särskilt boende (tabell 17). Kostnaderna för hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende ökade med 3,5 miljarder kronor (7,2 procent ökning) från 2018 till 2022, och särskilt boende ökade med 2,5 miljarder kronor (3,1 procents ökning), räknat i fasta priser. Under denna period var antalet personer med hemtjänst⁶⁵ i ordinärt boende förhållandevis konstant, liksom antalet personer i säbo [71]. Antalet personer på särskilt boende minskade dock under pandemiåren 2020 och 2021, men ökade igen 2022. Kostnaderna omfattar även kommunal hälso- och sjukvård för äldre. I landet är det endast kommuner i Stockholms län (förutom Norrtälje kommun) som inte har kommunaliserat hemsjukvården. Hemsjukvårdens andel i kostnadsposten för hemtjänst i ordinärt boende framgår dock inte av tillgängliga uppgifter. Socialstyrelsens statistik visar att antalet insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården för äldre ökar.

Kostnaderna för korttidsboende, dagverksamhet och öppen verksamhet var högre 2022 jämfört med 2021, men sett över en femårsperiod har de minskat. Dessa verksamheter begränsades till viss del under pandemin, så

⁶⁵*Antal med hemtjänstbeslut som inte uteslutande består av följande insatser: trygghetslarm, matdistribution, avlösning och ledsagning.

ökningen under 2022 kan vara en återhämtning från eventuella sådana nerdragningar.

Tabell 17. Kostnader för vård och omsorg för äldre

Miljarder kronor, fastprisberäknade till 2022 års priser.

	2018	2019	2020	2021	2022	Förändring 2018–2022 (%)
Total kostnad vård och omsorg om äldre	141,9	140,3	143,0	144,0	146,6	4,7 (3,3 %)
Årlig förändring	3,5 %	-1,2 %	1,9 %	0,7 %	1,8 %	
Verksamhetsområde						
Särskilt boende**	80,7	79,6	81,4	81,7	83,2	2,5 (3,1 %)
Ordinärt boende	59,3	58,8	59,9	60,8	61,9	2,5 (4,3 %)
Hemtjänst	48,2	48,4	50,0	50,8	51,6	3,5 (7,2 %)
Korttidsboende	7,6	7,3	7,1	7,1	7,1	-0,5 (-6,4 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	3,6	3,1	2,9	3,0	3,2	-0,4 (-12,2 %)
Öppen verksamhet	1,9	1,8	1,6	1,5	1,6	-0,3 (-17,9 %)

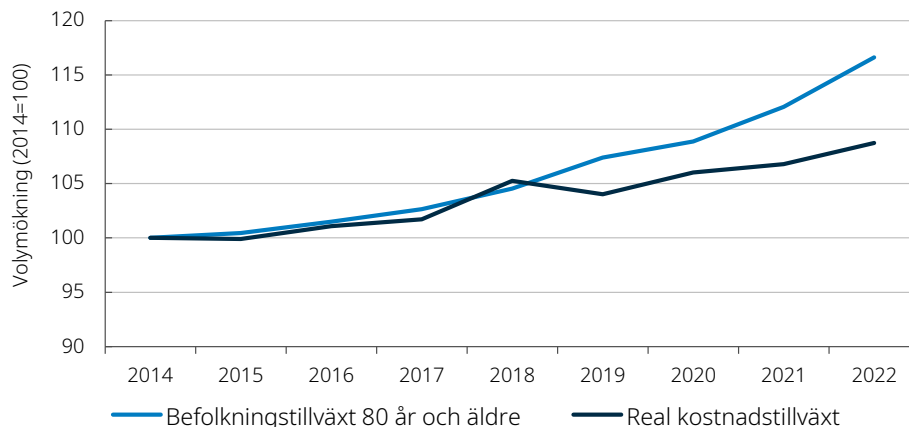
Not: Kostnaderna avser kommunernas insatser enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen och inkluderar myndighetsutövning och både biståndsbeslutade och icke-biståndsbeslutande insatser.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2018–2022, SCB.

Vård- och omsorgsbehovet ökar med åldern, och gruppen 80 år och äldre blir allt större. Kostnaderna för vård och omsorg för äldre ökar också, men i långsammare takt än befolkningstillväxten i åldersgruppen (figur 48). Äldre får också i allt större utsträckning vård- och omsorgsinsatser i ordinärt boende snarare än på särskilt boende, vilket kan bidra till att kostnaderna inte ökar i samma takt som befolkningstillväxten för äldre.

Figur 48. Volymökningar för befolkningen 80 år och äldre, och kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre i fasta priser jämfört med basåret 2014

Basår 2014 = 100.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag och befolkningsstatistik SCB.

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

Kostnad per person och år på säbo uppskattas till drygt 1 miljon kronor 2022 (tabell 18), vilket är något lägre än året före och cirka 5 procent högre än 2018. Störst var ökningen 2020 och 2021. Då minskade antalet personer i säbo samtidigt som kostnaderna ökade, vilket tyder på att ökade kostnader per boende ligger bakom de totala kostnadsökningarna under dessa år. Antalet boende och kostnaderna ökade i ungefär samma takt under 2022, så kostnaden per boende låg kvar på en högre nivå än 2018 och 2019.

Tabell 18. Antal personer i särskilt boende för äldre och uppskattad kostnad per person och år

Kronor i fasta priser, 2022 års priser.

	2018	2019	2020	2021	2022
Antal personer i särskilt boende för äldre*	82 526	82 819	79 869	78 760	80 991
Kostnad per person i särskilt boende för äldre (tkr) **	978	962	1 020	1 038	1 027

*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.

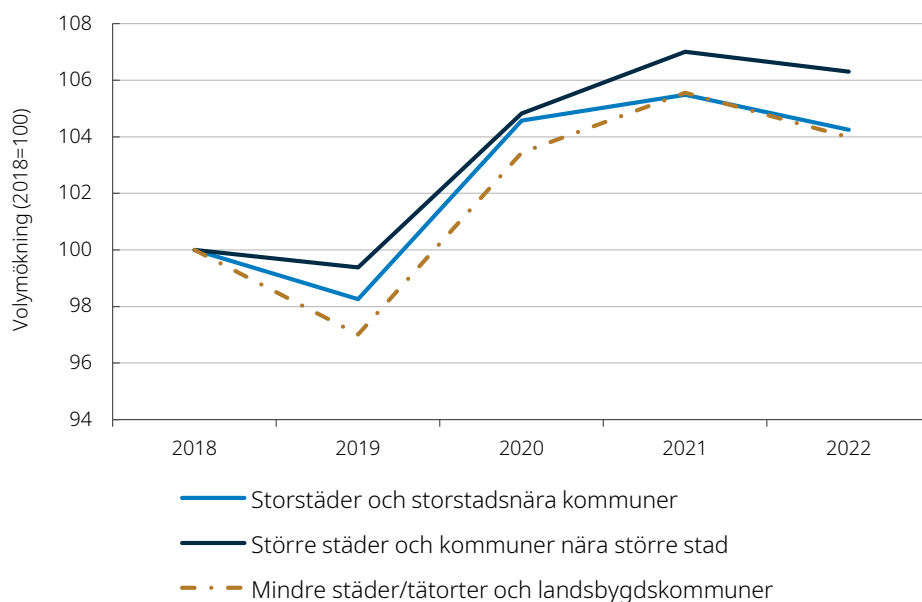
Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2018–2022. Statistiska centralbyrån Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Figur 49 visar hur kostnaden per person i särskilt boende utvecklades 2018–2022 för de tre huvudkommungrupperna (även kallade kommungrupper) enligt SKR:s kommungruppsindelning från 2023 [72]:

- *storstäder*: storstäder och stadsnära kommuner
 - *mellanstora städer*: större städer och kommuner nära större stad
 - *mindre städer/landsbygd*: mindre städer och tätorter samt landsbygdskommuner.
- Kostnad per person i säbo har ökat i alla kommungrupper sedan 2018.⁶⁶ Det följer samma mönster som för riket; kostnaden för en genomsnittlig person i särskilt boende i de tre kommungrupperna ökade framför allt under 2020 och 2021, och var 2022 kvar på en högre nivå än före pandemin. Mellan 2018 och 2022 ökade kostnaden per person i särskilt boende mest i mellanstora städer (cirka 6 procent). I kommungrupperna storstäder och mindre städer/landsbygd var ökningen cirka 4 procent.

Figur 49. Volymökningar för kostnad för vård och omsorg per person i särskilt boende för äldre, per huvudkommungrupp 2018–2022

Basår 2018=100, i fasta priser.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2018–2022, Statistiska centralbyrån Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Jämfört med övriga OECD-länder hade Sverige 2022 bland de högsta kostnaderna för långtidsvård mätt som andel av BNP (3,4 procent) [73]. För Norge och Danmark var andelen ungefär densamma (3,5 procent respektive 3,2 procent) och endast Nederländerna spenderade mer än de nordiska länderna (4,4 procent). Kostnaderna för långtidsvård omfattar vård och omsorg för personer med varaktigt behov, och utförs på bland annat vård- och omsorgsboenden och sjukhus och i hemmet. Kostnaderna inkluderar därför även andra typer av vård- och omsorgskostnader än särskilt boende för äldre.

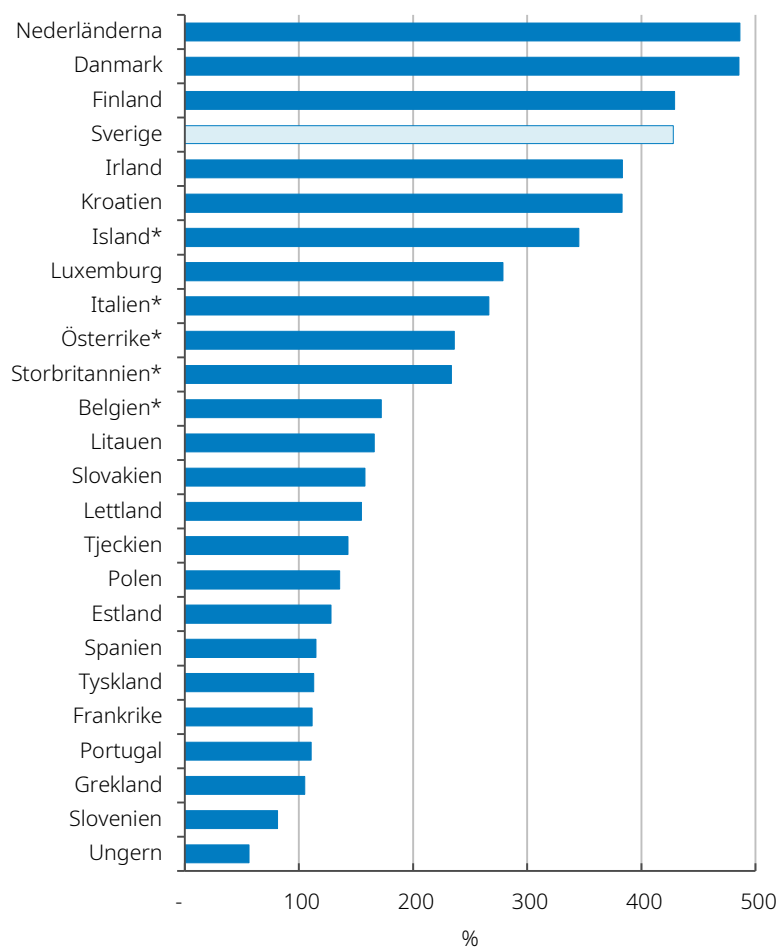
⁶⁶ Kommungruppsindelningen för 2023 har använts vilket kan ge vissa skillnader jämfört med tidigare lägesrapporter då indelningen från 2017 användes.

När kostnaderna för vård och omsorg i säbo jämförs med medianinkomsten för äldre placerar sig Sverige också högt jämfört med andra länder i Europa. Kostnaderna för institutionell⁶⁷ långtidsvård (LTC)⁶⁸ och omsorg för personer 65 år och äldre med stora behov har uppskattats till mer än fyra gånger medianinkomsten i Sverige, Finland, Danmark och Nederländerna (figur 50) [73]. Bland de länder som bidragit med data var det endast i Ungern och Slovenien som medianlönen översteg kostnaden. Det visar vikten av offentliga trygghetssystem (eller andra finansiella lösningar) för att äldre ska få tillgång till vård och omsorg utan att hamna i fattigdom.

⁶⁷ I Sverige särskilt boende för äldre.

⁶⁸ Översättning av long-term care (LTC) enligt Svensk Mesh
<https://mesh.kib.ki.se/term/D008134/long-term-care>

Figur 50. Kostnader för institutionaliserad¹ långtidsvård (LTC)² och omsorg för äldre med stora behov, som andel av medianinkomsten 2022 (eller närmsta tillgängliga år).



¹ I Sverige särskilt boende för äldre.

² Översättning av long-term care (LTC) enligt Svensk Mesh <https://mesh.kib.ki.se/term/D008134/long-term-care>.

* Data för Belgien refererar till Flandern, för Island refererar till Reykjavik, för Österrike refererar till Wien, för Italien refererar till Sydtyrolen och för Storbritannien refererar till England.

Källa: OECD, Health at Glance 2023.

Personal inom vård och omsorg för äldre

Ökat behov av personal med rätt kompetens i äldreomsorgen

Många verksamheter har svårt att rekrytera personal, och det finns risk för att svårigheterna ökar framöver. Inom äldreomsorgen arbetar främst undersköterskor och vårdbiträden, samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Undersköterskor blev under 2023 ett yrke med skyddad yrkestitel. Detta är ett led i att fastställa standardiserade kompetensnivåer för att främja patientsäkerheten, samt öppna upp för bättre karriärmöjligheter inom yrket [74]. Enligt SCB:s Arbetskraftsbarometer 2023 bedömer cirka 62 procent av arbetsgivarna att det kommer vara brist på arbetssökande med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå om tre år [75]. Detta är en ökning jämfört med 2018 då andelen var 41 procent. Det behövs alltså fler anställda inom äldreomsorgen, men ungefär 18 procent av arbetsgivarna uppskattar att antalet anställda med vård- och omsorgsutbildning kommer att minska under de närmaste tre åren. Cirka hälften av arbetsgivarna tror att antalet kommer att öka, medan resten anser att det kommer vara oförändrat.

År 2021 fanns 119 000 anställda undersköterskor inom äldreomsorgen, varav 79 200 personer arbetade på säbo. Det fanns även 63 000 vårdbiträden, varav 29 500 arbetade på säbo.⁶⁹

Legitimerad personal inom vård och omsorg för äldre

Många sjuksköterskor arbetar inom kommunens äldreomsorg. Förutom sjuksköterskor finns det andra legitimationsyrken, såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. Av Socialstyrelsens arbetsmarknaskät 2022 framgår att kommunerna har arbetat på många olika sätt under året för att förbättra arbetssituationen för den befintliga personalen inom legitimationsyrkena [76]. Över 70 procent av kommunerna uppgav att de har erbjudit möjligheter till kompetensutveckling, till exempel via fortbildning. Drygt hälften av kommunerna svarade att de har arbetat med att höja löner och andra ersättningar, till exempel tillägg för obekväm arbetstid. 50 procent eller fler av kommunerna som hade legitimerad personal anställd inom sina verksamheter eller genom upphandlade tjänster uppgav att de har personalbrist inom legitimationsyrkena specialistsjuksköterska, grundutbildad sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och psykolog. En majoritet av kommunerna uppgav att personalbristen är oförändrad eller förvärrad jämfört med oktober 2021 [76].

Tillgång till sjuksköterskor på särskilda boenden för äldre

En sjuksköterska har ansvar för att dokumentera alla vårdåtgärder som utförs. På särskilda boenden för äldre har kommunerna ansvar för att det finns sjuksköterskor tillgängliga i den omfattning som de boende behöver. I IVO:s rapport *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre* [77] undersöktes hur många sjuksköterskor som

⁶⁹ Hälso- och sjukvårdspersonal sysselsatta inom äldreomsorgen efter typ av verksamhet och yrke, nov. 2021; https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0208

dokumenterat i en patients journal under en månad, och enligt resultaten var två olika sjuksköterskor det vanligaste, med 29,5 procent. För 24,4 procent av journalerna hade endast en sjuksköterska dokumenterat insatser. För 32,7 procent av journalerna hade insatser dokumenterats av tre till fem olika sjuksköterskor under en månad, medan 8,6 procent av de undersökta journalerna innehöll dokumentation från sex eller fler sjuksköterskor. I 4,9 procent av journalerna fanns ingen dokumentation, vilket tyder på att dessa patienter inte träffade någon sjuksköterska.

I Socialstyrelsens enkätundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* från 2023 [34] uppgav 72 procent av de som bor på säbo att det var mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska när de behöver det, 17 procent ansåg att det var varken lätt eller svårt och 11 procent ansåg att det var mycket eller ganska svårt. Resultaten visade en liten förbättring från 2022 [32, 34].

Tillgången till läkare på särskilda boenden för äldre

Enligt enkätundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* 2023 upplever 49 procent av de som bor på säbo att det är mycket eller ganska lätt att få träffa en läkare vid behov [34]. Det är en ökning med fyra procentenheter jämfört med 2022, men fem procentenheter färre än 2019 och elva procentenheter färre än 2013.

År 2022 publicerade Socialstyrelsen riktvärdet på 1 100 invånare per fast läkarkontakt [78]. Behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt kan vara särskilt stort för personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre och personer med kroniska sjukdomar. Andelen personer på säbo och personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende som har en fast läkarkontakt kommer därför vara ett viktigt mått att följa framöver.

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) finns ett mål om att andelen med fast läkarkontakt bland dem som bor på ett säbo och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska vara minst 80 procent vid utgången av 2022 [79]. Flertalet regioner kan inte följa detta andelstal i sina verksamhetssystem och kan därför inte redovisa aktuella uppgifter [28]. Inspektionen för vård och omsorgs tillsynsgranskning av säbo tyder dock på brister i kontinuiteten [80].

Ökat antal sjuksköterskor och specialistläkare inom äldreomsorgen och geriatriken

Tabell 19 redovisar antalet anställda legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister inom äldreomsorgen 2017–2021. Sjuksköterskorna var fler 2021 jämfört med föregående år, medan antalet fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter var oförändrat. En klar majoritet av dessa yrkesgrupper arbetar inom kommunal äldreomsorg.

Under de senaste åren har äldreomsorgen prioriterat att öka antalet sjuksköterskor. Flera statsbidrag har bidragit till att öka bemanningen inom äldreomsorgen och minska antalet timanställningar, som till exempel *Prestationsbaserade stöd för att utöka sjuksköterskebemanningen och minska andelen timanställningar inom äldreomsorgen och Äldreomsorgslyftet* [81]. Detta är positivt eftersom sjuksköterskor har en viktig roll inom äldreomsorgen och kan bidra till att säkerställa en god vård och omsorg för de äldre.

Tabell 19. Legitimerad personal inom vården och omsorgen för äldre

Antal legitimerade personer inom vården och omsorgen för äldre 2017–2021, samt andelen (%) anställda inom ordinärt och särskilt boende för äldre (säbo) fördelat på kön och verksamhetsområde.

Yrke	Antal personer					Andel personer (procent) år 2021					
	År					Kön		Boendeform		Verksamhetsområde	
	2017	2018	2019	2020	2021	Män	Kvinnor	Säbo	Ordinärt boende	Privat	Kommunal
Sjuksköterskor	14 134	13 918	13 995	13 678	13 978	9 %	91 %	53 %	47 %	16 %	84 %
Arbetsterapeuter	2 665	2 706	2 716	2 744	2 774	8 %	92 %	54 %	46 %	10 %	90 %
Fysioterapeuter	1 917	1 941	1 969	2 053	2 043	22 %	78 %	55 %	45 %	14 %	86 %
Dietister	37	40	38	34	35	14 %	86 %	54 %	46 %	23 %	77 %

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

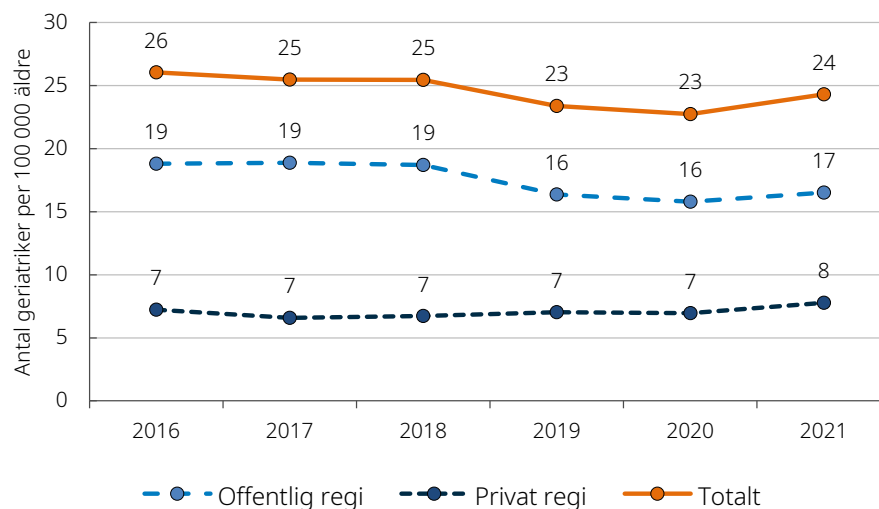
Med anställd avses alla som utfört ett lönearbete i Sverige minst fyra timmar i november.

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

Antalet specialistläkare inom geriatrik inom hälso- och sjukvården har ökat efter flera år av nedgång (figur 51). År 2021 fanns det 24 läkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare som var 65 år och äldre jämfört med 23 året innan. Ökningen under 2021 syns bland geriatriker i både offentlig och privat regi. En möjlig anledning varför ökningen av specialistläkare inom geriatrik inte är större kan vara att gruppen av personer över 65 år blir större, samtidigt som antalet specialistläkare inom geriatrik inte har ökat i samma omfattning.

Figur 51. 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 2016–2021.



Källa: Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA). Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik, SCB.

Samband mellan de äldres uppfattning om äldreomsorgen och verksamheternas personalresurser

Socialstyrelsens undersökningar *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* 2023 och *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. 2023* använder samma verksamhetsförteckning, [19, 34]. Därför har Socialstyrelsen möjlighet att analysera sambandet mellan hur de äldre uppfattar äldreomsorgen och verksamheternas svar på vad de har för arbetsrutiner, arbetssätt och personalresurser. I detta avsnitt lyfter Socialstyrelsen några av dessa analyser.

Samband mellan personalens utbildning och äldres nöjdhet på särskilt boende för äldre

Definition för omsorgspersonal med adekvat utbildning

Omsorgspersonal med adekvat utbildning definieras på följande sätt i Enhetsundersökningen:

Med omsorgspersonal avses all den personal som utför vård- och omsorgsuppgifter inom socialtjänstens äldreomsorg, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Till exempel undersköterskor, vårdbiträden, äldrepedagoger eller silviasystrar.

Här inkluderas även personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal.

Med adekvat utbildning avses:

- Utbildning enligt den äldre studieordningen avser den äldre undersköterskeutbildningen om 32 eller 40 veckor, 31 veckors specialkurs, utbildning till skötare i psykiatrisk vård, vårdinriktad kompletteringskurs, tvåårig vårdlinje, mentalskötartutbildning två eller tre terminer.
- Den äldre gymnasieutbildningen, dvs. treårig omvårdnadslinje eller omvårdnadsprogrammet (kurser om minst 1350 gymnasiepoäng i karaktärsämnen).
- Den nya studieordningen enligt Vård- och omsorgsprogrammet GY 2011 (kurser om minst 1400 gymnasiepoäng i programgemensamma karaktärsämnen samt programfördjupning inom geriatrik/gerontologi).
- Vissa specialistkompetenser som t.ex. äldrepedagog, silviasysstrar eller personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal.

De äldre personernas sammantagna nöjdhet med säbo varierar med fyra procentenheter beroende på andelen omsorgspersonal med adekvat utbildning. På de boenden som har högst andel omsorgspersonal med adekvat utbildning är det 79 procent som sammantaget är mycket eller ganska nöjda, och på boenden med lägst andel omsorgspersonal är andelen mycket eller ganska nöjda 75 procent (tabell 20).

Tabell 20. Sammantagen nöjdhet och andel personal med adekvat utbildning

Andel (%) personer som svarat att de sammantaget är mycket eller ganska nöjda med sitt äldreboende fördelat på andel omsorgspersonal med adekvat utbildning grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall - särskilt boende för äldre, vardagar 2023.

Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?	Andel (%) omsorgspersonal med adekvat utbildning grupperat i kvartiler* utifrån resultatintervall			
	1: a kvartil Medelvärde: 55 % med adekvat utbildning n= 6 241	2: a kvartil Medelvärde: 74 % med adekvat utbildning n= 6 968	3:e kvartil Medelvärde: 85 % med adekvat utbildning n= 6 478	4:e kvartil Medelvärde: 95 % med adekvat utbildning n= 6 823
Mycket nöjd	32 %	36 %	36 %	37 %
Ganska nöjd	43 %	43 %	43 %	42 %
Mycket eller ganska nöjd	75 %	79 %	79 %	79 %

* Med grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall menas att alla verksamheters resultat delas upp i fyra lika stora grupper där de bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 75—100 procent, näst bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 50—74 procent och så vidare.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Personer på säbo med högst andel omsorgspersonal med adekvat utbildning svarar i något högre utsträckning att de känner förtroende för alla eller de flesta i personalen. Skillnaden är fyra procentenheter mot boenden med lägst andel omsorgspersonal med adekvat utbildning (tabell 21).

Tabell 21. Förtroende för personal och andel omsorgspersonal med adekvat utbildning

Andel (%) personer som svarat att de har förtroende för alla eller flertalet av personalen fördelat på andel omsorgspersonal med adekvat utbildning grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall - särskilt boende för äldre, vardagar 2023.

Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?	Andel (%) omsorgspersonal med adekvat utbildning grupperat i kvartiler* utifrån resultatintervall			
	1: a kvartil Medelvärde: 55 % med adekvat utbildning n= 6 418	2: a kvartil Medelvärde: 74 % med adekvat utbildning n= 7 184	3:e kvartil Medelvärde: 85 % med adekvat utbildning n= 6 684	4:e kvartil Medelvärde: 95 % med adekvat utbildning n= 6 988
Ja, för alla i personalen	33 %	36 %	37 %	38 %
Ja, för flertalet av personalen	47 %	46 %	46 %	46 %
Ja, för alla eller flertalet av personalen	80 %	82 %	83 %	84 %

* Med grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall menas att alla verksamheters resultat delas upp i fyra lika stora grupper där de bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 75—100 procent, näst bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 50—74 procent och så vidare.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Koppling mellan sjukskötersketäthet och hur tillgängliga de anses vara

Personer på säbo med flest sjuksköterskor i förhållande till antalet boende tycker i högre utsträckning att det är mycket eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska när de behöver det. Skillnaden är fyra procentenheter mot säbo med lägst sjukskötersketäthet (tabell 22).

Tabell 22. Tillgänglighet till sjuksköterskor och sjukskötersketäthet

Andel (%) personer som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska när de behöver det fördelat på sjukskötersketäthet grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall - särskilt boende för äldre, vardagar 2023.

Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?	Sjukskötersketäthet grupperat i kvartiler* utifrån resultatintervall			
	1: a kvartil	2: a kvartil	3:e kvartil	4:e kvartil
	Medelvärde: i 32 personer per sjuksköterska n= 5 137	Medelvärde: i 24 personer per sjuksköterska n= 6 234	Medelvärde: i 20 personer per sjuksköterska n= 5 764	Medelvärde: i 14 personer per sjuksköterska n= 5 997
Mycket lätt	25 %	27 %	27 %	27 %
Ganska lätt	45 %	44 %	46 %	47 %
Mycket eller ganska lätt	70 %	71 %	73 %	74 %

* Med grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall menas att alla verksamheters resultat delas upp i fyra lika stora grupper där de bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 75—100 procent, näst bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 50—74 procent och så vidare.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Koppling mellan personaltäthet och hur tillgängliga omsorgspersonalen anses vara

Antalet omsorgspersonal i förhållande till antalet boende har samband med hur lätt de äldre tycker att det är att få kontakt med personalen. Skillnaden är tre procentenheter mellan de säbo med högst kontra lägst personaltäthet: 81 respektive 78 procent av de äldre personerna tycker att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt med personalen (tabell 23).

Tabell 23. Tillgänglighet till omsorgspersonal och täthet av omsorgspersonal

Andel (%) personer som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få kontakt med personal fördelat på omsorgspersonalens täthet grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall - särskilt boende för äldre, vardagar 2023.

Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende, vid behov?	Omsorgspersonalens täthet grupperat i kvartiler* utifrån resultatintervall			
	1: a kvartil	2: a kvartil	3:e kvartil	4:e kvartil
	Medelvärde: 4,3 personer per omsorgspersonal n = 6 528	Medelvärde: 3,7 personer per omsorgspersonal n = 6 572	Medelvärde: 3,3 personer per omsorgspersonal n = 6 525	Medelvärde: 2,5 personer per omsorgspersonal n = 6 562
Mycket lätt	38 %	39 %	40 %	41 %
Ganska lätt	40 %	41 %	42 %	40 %
Mycket eller ganska lätt	78 %	80 %	82 %	81 %

* Med grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall menas att alla verksamheters resultat delas upp i fyra lika stora grupper där de bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 75—100 procent, näst bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 50—74 procent och så vidare.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

På de säbo med högst personaltäthet svarar 72 procent av de äldre att personalen alltid eller oftast har tid att utföra sitt arbete, jämfört med 69 procent på boenden med lägst täthet (tabell 24).

Tabell 24. Tid för att utföra sitt arbete och täthet av omsorgspersonal

Andel (%) personer som svarat att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete fördelat på omsorgspersonalens täthet grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall - särskilt boende för äldre, vardagar 2023.

Omsorgspersonalens täthet grupperat i kvartiler* utifrån resultatintervall				
Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	1:a kvartil Medelvärde: 4,3 personer per omsorgspersonal n = 6 320	2:a kvartil Medelvärde: 3,7 personer per omsorgspersonal n = 6 399	3:e kvartil Medelvärde: 3,3 personer per omsorgspersonal n = 6 334	4:e kvartil Medelvärde: 2,5 personer per omsorgspersonal n = 6 364
Ja, alltid	22 %	23 %	25 %	24 %
Oftast	47 %	48 %	47 %	48 %
Ja, alltid eller oftast	69 %	71 %	72 %	72 %

* Med grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall menas att alla verksamheters resultat delas upp i fyra lika stora grupper där de bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 75—100 procent, näst bästa 25 procenten hamnar i kvartilen 50—74 procent och så vidare.

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Färre upplever ensamhet, ångslan, oro och ångest på särskilda boenden för äldre som oftare erbjuder aktiviteter

På de säbo som erbjuder aktiviteter för de äldre sju gånger i veckan eller oftare svarar 38 procent att de inte besväras av ensamhet. Andelen är 29 procent på de boenden som erbjuder aktiviteter mer sällan än en gång i månaden eller inte alls (tabell 25). Dessa säbo är dock få och antalet svarande personer (n) är också litet.

Tabell 25. Besvär av ensamhet och erbjudna aktiviteter

Andel personer som svarat att de inte besväras av ensamhet fördelat på hur ofta det särskilda boendet för äldre erbjuder aktiviteter, grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall - särskilt boende för äldre, 2023.

Händer det att du besväras av ensamhet?	Gruppering av hur ofta det särskilda boendet erbjuder aktiviteter				
	Mer sällan än en gång i månaden eller inte alls	Minst en gång i månaden	En till två gånger per vecka	Tre till sex gånger per vecka	Sju gånger i veckan eller oftare
	n = 28	n = 336	n = 2 865	n = 11 528	n = 11 270
Nej	29 %	32 %	34 %	36 %	38 %

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Aktiviteter har också samband med besvär av ängslan, oro eller ångest. På de säbo där de äldre erbjuds aktiviteter minst sju gånger i veckan svarar 41 procent att de inte har sådana besvär, jämfört med 26 procent på de säbo som sällan eller aldrig erbjuder aktiviteter (tabell 26). Dessa säbo är dock få och därför är antalet svarande personer (n) också litet.

Tabell 26. Besvär av ängslan, oro eller ångest och erbjudna aktiviteter

Andel (%) personer som svarat att de inte besväras av ängslan, oro eller ångest fördelat på hur ofta det särskilda boendet för äldre erbjuder aktiviteter, grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall - särskilt boende för äldre, 2023.

Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?	Gruppering utifrån hur ofta aktiviteter erbjuds				
	Mer sällan än en gång i månaden eller inte alls	Minst en gång i månaden	En till två gånger per vecka	Tre till sex gånger per vecka	Sju gånger i veckan eller oftare
	n = 31	n = 375	n = 3 204	n = 13 053	n = 12 885
Nej	26 %	40 %	40 %	41 %	41 %

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Det varierar stort hur nöjda eller missnöjda personer på säbo är med de aktiviteter som erbjuds (tabell 27). Ju oftare särskilda boenden erbjuder aktiviteter, desto större andel uppger att de är ganska eller mycket nöjda med aktiviteterna.

Tabell 27. Nöjdhet med aktiviteter fördelat på hur ofta de erbjuds

Andel (%) personer som svarat att de är mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds på det särskilda boendet för äldre fördelat på hur ofta boendet erbjuder aktiviteter grupperat i kvartiler utifrån resultatintervall - särskilt boende för äldre, 2023.

Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?	Gruppering utifrån hur ofta aktiviteter erbjuds				
	Mer sällan än en gång i månaden eller inte alls	Minst en gång i månaden	En till två gånger per vecka	Tre till sex gånger per vecka	Sju gånger i veckan eller oftare
	n = 22	n = 293	n = 2 490	n = 10 340	n = 10 277
Mycket nöjd	9 %	14 %	13 %	20 %	25 %
Ganska nöjd	18 %	28 %	32 %	37 %	39 %
Mycket eller ganska nöjd	27 %	42 %	45 %	57 %	64 %

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Fler upplever att de har möjlighet att komma ut på särskilda boenden som erbjuder utevistelse

En del verksamheter har svarat att de erbjuder utevistelse när de boende så önskar, och på de verksamheterna svarar 58 procent av de äldre att de har mycket eller ganska goda möjligheter att komma utomhus. Andelen är 46 procent på såbo som inte erbjuder tillgång till utevistelse när de boende så önskar (tabell 28).

Tabell 28. Möjligheterna till och erbjudande om att komma utomhus

Andel (%) personer som svarat att möjligheterna att komma utomhus är mycket eller ganska bra, fördelat på om det särskilda boendet för äldre erbjuder de äldre personerna utevistelse när de så önskar, 2023.

Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga?	Gruppering utifrån om särskilda boenden för äldre erbjuder utevistelse när de äldre personerna så önskar	
	Nej n = 4 371	Ja n = 21 600
Mycket bra	16 %	24 %
Ganska bra	30 %	34 %
Mycket eller ganska bra	46 %	58 %

Källa: Vad tycker äldre om äldreomsorgen? 2023 samt Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård 2023, Socialstyrelsen.

Personalkontinuitet – en viktig kvalitetsaspekt

Kontinuitet är nära sammanflätad med den upplevda tryggheten hos vård- och omsorgstagare [82]. Kontinuitet i äldreomsorgen handlar om flera aspekter som är viktiga för att de äldre ska få möjlighet till sammanhang mellan insatser utifrån sina samlade behov, och vid utförandet av insatserna. För personer med komplexa vård- och omsorgsbehov eller demenssjukdomar är kontinuitet och individuellt anpassade insatser särskilt viktiga.

Personalkontinuiteten i hemtjänsten kan utvärderas med måttet ”antal personal som en hemtjänsttagare med minst två besök dagligen möter under 14 dagar”. Uppgifterna, som bygger på kommunernas frivilliga redovisning i Kolada [83], gäller personer 65 år eller äldre med behov av minst två insatser under tiden 07.00–22.00 veckans alla dagar. Personalkontinuiteten försämrades nationellt under perioden 2013–2023, från 14 till 16 olika individer från hemtjänsten som en äldre person möter under en 14-dagarsperiod, vilket visas i figur 52. Utvecklingen har stabiliserats de senaste åren, men det finns betydande variationer i personalkontinuitet mellan kommunerna.

Statsbidrag för att öka kompetensen i äldreomsorgen

I syfte att förbättra äldreomsorgen och öka kompetensen inom området har Socialstyrelsen fördelat statsbidrag till regioner och kommuner under 2022. Totalt 298,5 miljoner kronor har avsatts för att möjliggöra en ökad tillgång till läkare inom äldreomsorgen, medan ytterligare statsbidrag har använts för att stärka specialistundersköterskekompetensen inom vård och omsorg om äldre och personer med demenssjukdom. Genom att finansiera studier vid

sidan av arbete som undersköterska har statsbidraget bidragit till att öka kompetensen hos dessa vårdgivare.

Statsbidrag till regionerna

Under 2022 fördelade Socialstyrelsen 298,5 miljoner kronor i statsbidrag till regionerna i syfte att utöka tillgången till läkare inom äldreomsorgen [84]. Cirka 259 miljoner kronor användes, motsvarande cirka 87 procent av det totalt rekviderade beloppet

Satsningarna handlar framför allt om att regionerna förstärker eller inför nya arbetssätt för att kunna använda de befintliga läkarresurserna mer effektivt. Fokus ligger på att läkarkompetensen ska motsvara behoven inom äldreomsorgen, exempelvis genom att primärvården ska avsätta fler av läkarnas arbetstimmar till kommunens äldreomsorg och att läkarna ges förutsättningar att arbeta mer med konsultation och medicinska bedömningar, gentemot både kommunens personal och de äldre.

Statsbidrag till kommunerna

Socialstyrelsen har under 2022 fördelat statsbidrag till kommuner med syfte att öka specialistundersköterskekompetensen inom vården och omsorgen om äldre och personer med demenssjukdom [85].

Totalt 156 av landets kommuner valde att rekquirera de 45,6 miljoner kronor som myndigheten hade att fördela under året. Av dessa använde totalt 78 kommuner statsbidraget till att öka specialistundersköterskekompetensen inom äldreomsorgen. Detta resulterade i att totalt 237 undersköterskor påbörjade och 86 undersköterskor avslutade specialistundersköterskeutbildning inom vården och omsorgen om äldre under 2022. De flesta undersköterskorna påbörjade eller avslutade en specialistutbildning inom demensområdet. Därefter var de vanligaste utbildningarna inom palliativ vård, multisjukdom hos äldre och äldrepsykiatri.

Äldreomsorgslyftet

Äldreomsorgslyftet syftar till att öka kompetensen inom den kommunalt finansierade omsorgen om äldre genom att göra det möjligt för kommunerna att låta anställda utbilda sig på arbetstid. Statsbidraget ges som ersättning för personalkostnaderna för arbetstiden då de anställda studerar.

Under åren 2020-2022 har 46 175 anställda inom den kommunalt finansierade äldreomsorgen påbörjat en utbildning inom *Äldreomsorgslyftet* (tabell 29) [86]. Totalt 6 621 anställda har avslutat en utbildning med godkänt betyg (tabell 30).

Tabell 29. Totalt antal anställda som påbörjat utbildning inom ramen för Äldreomsorgslyftet 2020–2022

Antal anställda som har utbildat sig under 2020–2022 inom utbildningskategorierna vårdbiträde, undersköterska, specialistundersköterska, ledarskapsutbildning och kortare kurser för omsorgspersonal.

Bidragsår	2020	2021	2022	Total
Utbildning till vårdbiträde	590	1 048	650	2 288
Utbildning till undersköterska	2 310	5 235	5 141	12 686
Utbildning till specialist-undersköterska	0	1 027	893	1 920
Ledarskapsutbildning (gäller första linjens chefer)	0	565	339	904
Kurs inom Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) eller enligt Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor	0	16 787	13 900	30 687
Totalt antal som påbörjat utbildning	2 900	24 662	20 923	46 175

Källa: Kommunernas återrapportering av statsbidraget åren 2020–2022.

Tabell 30. Totalt antal anställda som avslutat utbildning med godkänt betyg 2020–2022

Antal anställda som fullföljt de längre utbildningarna under 2020–2022, medan antalet som gått kortare kurser inte redovisas.

Bidragsår	2020	2021	2022	Total
Utbildning till vårdbiträde	76	203	386	665
Utbildning till undersköterska	200	1 951	2 857	5 008
Utbildning till specialistundersköterska	0	221	339	560
Ledarskapsutbildning (gäller första linjens chefer)	0	188	200	388
Totalt antal som avslutat utbildning med godkänt betyg	276	2 563	3 782	6 621

Källa: Kommunernas återrapportering av statsbidraget åren 2020–2022.

För 2022 fördelade Socialstyrelsen cirka 1,7 miljarder kronor till sammanlagt 287 kommuner som rekviderade medel. Kommunerna använde cirka 1,3 miljarder kronor eller 76 procent av medlen. Totalt 20 923 anställda påbörjade studier inom Äldreomsorgslyftet under 2022 (tabell 29).

Socialstyrelsen konstaterar att kvinnors deltagande har varit avsevärt högre än mäns under alla tre åren som Äldreomsorgslyftet pågått.⁷⁰ Anställda hos kommunala utförare har i högre utsträckning omfattats av statsbidragets satsningar jämfört med personal hos enskilda utförare. Under 2022 tog enskilda utförare del av medlen i sammanlagt 80 av de 153 kommuner som

⁷⁰ Samtliga uppgifter om användningen av statsbidraget återfinns i Socialstyrelsens redovisning av Äldreomsorgslyftet för respektive år 2020, 2021 och 2022.

rapporterade att de haft avtal med enskilda utförare att bedriva äldreomsorg. Anledningar till att medel inte hade förbrukats var framförallt personalbrist, både underbemanning i ordinarie personalstyrka och svårigheter att rekrytera vikarier för personal som skulle studera på arbetstid.

Differentierade arbetsuppgifter i äldreomsorgen

Äldreomsorgens utmaningar med kompetensförsörjning behöver hanteras med många olika lösningar och infallsvinklar. En lösning som prövas i allt fler kommuner är att differentiera arbetsuppgifter. Det innebär att man delar upp arbetet mer, så att viss personal exempelvis utför serviceinsatser såsom städ, tvätt, inköp och matdistribution, medan annan personal ansvarar för mer kvalificerade omvårdnadsinsatser.

Vård- och omsorgsanalys gjorde 2023 en kartläggning som visar att 35 procent av kommunerna har fattat beslut om att differentiera hela eller delar av sin hemtjänst och att många fler utreder möjligheten. Utöver dessa beslut på kommunal nivå är det flera hemtjänstverksamheter i både privat och offentlig regi som fattat egna beslut om differentiering [87].

Ett syfte med arbetsdelning är att göra omvårdnadsyrket mer attraktivt för utbildad personal. Ett annat är att den mer renodlade servicedelen kopplas till lägre krav på utbildning och språkkunskaper, vilket kan göra det lättare att rekrytera utbildad personal. Samtidigt finns farhågor om negativa effekter, exempelvis ökad risk för fragmentisering av arbetet runt den äldre, mindre helhetssyn på den äldres behov och minskat utrymme för rehabiliterande arbetssätt.

Både Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Vård- och omsorgsanalys har visat att det saknas forskning om differentieringens effekter i äldreomsorgen [88, 89]. Det är alltså många kommuner som arbetar med differentiering samtidigt som det saknas systematisk kunskap på området. Det behövs därför mer forskning, men också lokala uppföljningar och utvärderingar för att stärka kunskapsläget.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete : handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
2. Regeringskansliet. Globala målen och Agenda 2030. 2021. Hämtad 2021-01-03 från: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
3. Pensionsmyndigheten. Hur ser inkomsterna ut för utrikes födda pensionärer? Rapport nr 5: En jämförelse mellan ut- och inrikes födda pensionärers inkomster; 2022.
4. Socialstyrelsen. Rasism och bemötande i vården. Stockholm; 2023.
5. Socialstyrelsen. Kommunal vård och omsorg för äldre hbtqi-personer [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2023.
6. Janne Bromseth och Anna Siverskog. ”Han gick in i garderoben igen” Äldre LGBTI-personers möte med vård och omsorg i Norden; 2023.
7. Lundberg T, Malmquist A, Wurm M. HBTQ+ : psykologiska perspektiv och bemötande. [Stockholm]: Natur & kultur; 2017.
8. Socialstyrelsen. Situationen för nationella minoriteter inom den kommunala äldreomsorgen 2021. Stockholm; 2022. Report No.: 2022-5-7899
9. Socialstyrelsen. Redovisning av 2022 års statsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre och ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom (S/2021/08111). Stockholm; 2023.
10. Socialstyrelsen. Redovisning av 2022 års statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre personer (2019:474). Stockholm; 2023.
11. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022 [Elektronisk resurs]; 2023.
12. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022; 2023.
13. Socialstyrelsen. Kartläggning och analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre Stockholm; 2023.
14. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. JAMA Psychiatry. 2013; 70(10):1100-6.
15. Djukanović I, Sorjonen K, Peterson U. Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. Aging & mental health. 2015; 19(6):560-8.
16. Socialstyrelsen. Användning av antidepressiva medel hos utrikes födda äldre. Stockholm; 2024.
17. Guttormsson U. Alkoholvanor hos äldre 2004–2021. Ett kunskapsunderlag med Monitormätningarna som bas: CAN.-Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.; 2022.
18. CAN. Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2022; 2023.
19. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hemtjänst och särskilt boende. Enhetsundersökning äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2023.

- Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/alldreomsorg/hemtjanst-och-sarskilt-boende/>
20. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023. Stockholm; 2023.
 21. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård: stöd för styrning och ledning 2022. Stockholm; 2022.
 22. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
 23. Socialstyrelsen. Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 3 av 3. Stockholm; 2024.
 24. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 25. Socialstyrelsen. Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård Stockholm; 2006.
 26. Schmidt Ingrid, Lundholm Peter, Fastbom Johan, Nyman Frida. De nordiska ländernas arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg; 2022.
 27. Socialstyrelsen. Vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom Stockholm; 2021.
 28. Socialstyrelsen. Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022. Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm; 2023.
 29. 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/>
 30. Socialstyrelsen. Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/alldre-och-personer-med-funktionsnedsattning/>
 31. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård i hemmet. Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering Stockholm; 2023.
 32. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
 33. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling; 2021.
 34. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2023. Hämtad 2023-01-24 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/alldreomsorg/vad-tycker-de-aldre-om-alldreomsorgen/>
 35. Socialstyrelsen. Fallprevention - en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre. Stockholm; 2022.
 36. Socialstyrelsen. Statistik om dödsorsaker 2021. Stockholm; 2021.
 37. Svenska Palliativ registret. Svenska palliativregistret. 2023. Hämtad 2023-11-22 från: <https://utdata.palliativregistret.org/sv/home>
 38. Socialstyrelsen. Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2020.

39. Riksrevisionen. Riksrevisionens rapport om lex Maria och lex Sarah [Elektronisk resurs]. Stockholm; 2023.
40. SKR. Markörbaserad journalgranskning 2013-2022 inom somatisk vård. Stockholm; 2023.
41. Folkhälsomyndigheten. Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2022 [Elektronisk resurs]; 2023.
42. Socialstyrelsen. Basala hygienrutiner. Hämtad 2024-01-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/varldhygien/basala-hygienrutiner/>
43. Socialstyrelsen. Webbutbildning: Basic hygiene routines in healthcare and care. 2023. Hämtad 2024-01-27 från: <https://socialstyrelsen.onlineacademy.se/external/play/19458>
44. Senior alert. PPM-Punktprevalensmätning trycksår. 2023. Hämtad 2023-01-16 från: <https://www.senioralert.se/resultat/punktprevalensmatning/#nyheter-ppm-2023>
45. SKR. Resultat av mätning av trycksår. 2023. Hämtad 2023-11-13 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar/resultatmatningtrycksar.2125.html>
46. IVO. Lex Sarah-anmälningar 2023. Hämtad 2024-01-30 från: <https://www.ivo.se/statistik/lex-sarah-anmalningar/>
47. IVO. Lex Maria-anmälningar 2023. Hämtad 2024-01-19 från: <https://www.ivo.se/statistik/lex-maria-anmalningar/>
48. SKR. Resultatmätning av följsamhet hygienrutiner och klädregler. 2023. Hämtad 2023-11-20 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner/resultatmatningbkh.2277.html>
49. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
50. Socialstyrelsen. Säker läkemedelshantering – med fokus på delegering inom kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm; 2023.
51. Socialstyrelsen. Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre. Stockholm; 2021.
52. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
53. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser socialtjänst 2016 - 2023 Äldreomsorg 2023. Hämtad 2023-10-31 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>
54. Socialstyrelsen. Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
55. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2022. 2022. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
56. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten 2023. 2023. Hämtad 2023-05-15 från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten/>

57. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022. Stockholm; 2022.
58. Socialdepartementet. Uppdrag om bostadsanpassningsbidrag. 2021; S2021/06045 (delvis)(<https://www.regeringen.se/contentassets/69097976c17c4553b9b1724bff58b174/uppdrag-om-bostadsanpassningsbidrag.pdf>).
59. Boverket. Utvärdering av lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag; 2023.
60. SCB. Flyttar inom Sverige. 2023. Hämtad 2024-01-07 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/flyttar-inom-sverige/>
61. Livsmedelsverket. Nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorgen. Uppsala; 2023.
62. Livsmedelsverket. Kartläggning av måltider i kommunalt drivna förskolor, skolor och omsorgsverksamheter 2021. Uppsala; 2022. Report No.: L – 2022 nr 01
63. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
64. Livsmedelsverket. Matsvinn i kommunala äldreboenden. Kartläggning av matsvinnet 2022. Uppsala; 2023. Report No.: L – 2023 nr 11.
65. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Digital potential. Utvärdering av satsningen på digital teknik inom äldreomsorgen [Elektronisk resurs]: Vård- och omsorgsanalys; 2023.
66. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm; 2023.
67. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022 : uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
68. Internetstiftelsen, Andersson J, Bäck J, Ernbrandt T. Svenskarna och internet 2020. 2020.
69. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2023. En årlig studie om Svenska folkets internetvanor; 2023.
70. Statistiska centralbyrån (SCB). Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner. Hämtad 2023-11-29 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/>. 2022.
71. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2022: Bilaga Tabeller - Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2022. Hämtad 2023-12-09 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/socialtjanstinsatser-till-alldre/>. 2022.
72. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Kommungruppsindelning. Hämtad 2023-12-07 från: <https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning>. 2023.
73. OECD. Health at glance 2023. 2023.

74. Socialstyrelsen. Resurs- och kapacitetskarta för hälso- och sjukvårdens personalförsörjning. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 2 av 3. Stockholm; 2024.
75. SCB. Arbetskraftsbarometern 2023. 2023. Hämtad 2024-01-14 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/analyser-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/arbetskraftsbarometern/pong/statistiknyhet/arbetskraftsbarometern-2023/>
76. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023. Stockholm; 2023.
77. 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.
78. Socialstyrelsen. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Stockholm; 2022.
79. SKR. Överenskommelse om en God och nära vård. 2023. Hämtad 2024-01-21 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/overenskomelseomengodochnaravard.28402.html>
80. Vård- och omsorgsanalys. Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård; 2023; 2023.
81. Socialstyrelsen. Redovisning av 2022 års statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg (SFS 2021:313). Stockholm; 2023.
82. SOU. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm; 2017:21.
83. RKA. KOLADA. 2023. Hämtad 2024-02-14 från: <https://www.kolada.se/>
84. Socialstyrelsen. Redovisning av 2022 års statsbidrag till regionerna för stöd att utöka läkarkompetens i äldreomsorgen. Stockholm; 2023.
85. Socialstyrelsen. Redovisning av 2022 års statsbidrag till kommuner för att öka specialistundersköterskekompetens inom vård och omsorg om äldre och inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom (S2022/03886, S2021/04604 (delvis)). Stockholm; 2023.
86. Socialstyrelsen. Redovisning av Äldreomsorgslyftet 2022 (S2021/08234 (delvis)). Stockholm; 2023.
87. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Dela på arbetet. Om differentierade arbetsuppgifter i hemtjänsten [Elektronisk resurs]; 2023.
88. Dela på arbetet. Om differentierade arbetsuppgifter i hemtjänsten [Elektronisk resurs]. 2023.
89. SBU. Förstudie: effekter och upplevelser vid differentiering av arbetsuppgifter för omvårdnads- och servicepersonal inom äldreomsorgen. 2023. Hämtad 2024-01-28 från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/forstudie-effekter-och-upplevelser-vid-differentiering-av-arbetsuppgifter-for-omvardnads--och-servicepersonal-inom-aldreomsorgen/>

Bilaga 1. Metodbeskrivning: Från trygghetslarm till andra socialtjänstinsatser

Studiepopulation: Personer, 65 år och äldre, som fick trygghetslarm som första och enda socialtjänstinsats 2015. Dessa samkördes med demenspopulationen (se bilaga 2. Demenspopulationen) för att skapa en undergrupp bestående av personer med demenssjukdom.

Uppföljning: Från januari 2015 till december 2022, alternativt till månad för dödsfall.

Utfall: 1) Resväg, d.v.s. vilka socialtjänstinsatser som följde på trygghetslarm, 2) Tandvårdskontakt, baserad på tiden mellan basundersökningar under uppföljningsperioden, och klassad som god (≤ 2 år) eller mindre god (> 2 år), 3) Tid till insats i antal månader.

Statistisk analys: Chi-2-test för association mellan andel personer per utfall (utfall 1–2), Wilcoxon's signifikanstest för mediantid till insats (utfall 3).

Datakällor: Socialstyrelsen (Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, patientregistret, läkemedelsregistret, tandhälsoregistret, dödsorsaksregistret, befolkningsregistret). SveDem⁷¹.

⁷¹ Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar

Bilaga 2. Demenspopulationen

Personer med demenssjukdom identifierades under 2007–2022 genom minst ett av följande kriterier:

- Huvud- eller bidiagnos i specialistvården med rapportering i patientregistret (ICD-10: F00-F03, F05.1, G30)
- Registrerat uttag av läkemedel i läkemedelsregistret (ATC: N06D)
- Inkluderad i kvalitetsregistret SveDem⁷¹

Förutom ovan nämnda datakällor användes även dödsorsaksregistret för att fastställa den prevalenta demenspopulationen för varje år.

Bilaga 3. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen

Tabell 31. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 65–79 år

Antal personer 65–79 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, oktober 2016–2023.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hemtjänst	45 251	45 965	46 648	47 612	45 888	46 384	46 808	46 544
Kvinnor	25 934	26 130	26 289	26 719	25 419	25 451	25 537	25 297
Män	19 317	19 835	20 359	20 893	20 469	20 933	21 271	21 247
Särskilt boende	17 952	18 433	18 747	19 324	19 267	19 659	20 237	20 561
Kvinnor	9 358	9 459	9 578	9 851	9 837	10 104	10 394	10 576
Män	8 594	8 974	9 169	9 473	9 430	9 555	9 843	9 985
Dagverksamhet	4 043	4 161	4 173	4 130	3 395	3 388	3 854	4 021
Kvinnor	2 042	2 077	2 085	2 047	1 698	1 698	1 918	2 032
Män	2 001	2 084	2 088	2 083	1 697	1 690	1 936	1 989
Korttidsplats	3 392	3 331	3 442	3 321	2 775	2 916	2 890	2 688
Kvinnor	1 348	1 330	1 323	1 299	1 101	1 188	1 175	1 044
Män	2 044	2 001	2 119	2 022	1 674	1 728	1 715	1 644

* 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: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, december 2023.

Nämnaren är totalbefolkningen den sista december föregående år (SCB).

Tabell 32. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 80 år och äldre

Antal personer 80 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, oktober 2016–2023.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hemtjänst	104 655	104 875	104 114	106 245	102 389	100 975	101 420	103 268
Kvinnor	72 865	72 670	71 756	72 635	70 135	68 741	68 389	69 010
Män	31 790	32 205	32 358	33 610	32 254	32 234	33 031	34 258
Särskilt boende	65 544	64 565	63 988	63 582	60 082	60 173	61 710	62 445
Kvinnor	47 578	46 694	45 912	45 458	43 095	42 901	43 653	43 911
Män	17 966	17 871	18 076	18 124	16 987	17 272	18 057	18 534
Dagverksamhet	6 431	6 532	6 555	6 776	5 422	5 212	6 165	6 657
Kvinnor	4 005	3 988	4 002	4 072	3 289	3 070	3 556	3 817
Män	2 426	2 544	2 553	2 704	2 133	2 142	2 609	2 840
Korttidsplats	5 716	5 591	5 589	5 570	4 520	4 648	4 730	4 624
Kvinnor	2 828	2 728	2 721	2 658	2 227	2 228	2 323	2 189
Män	2 888	2 863	2 868	2 912	2 293	2 420	2 407	2 435

* 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: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta, Socialstyrelsen, december 2023. Nämnaren är totalbefolkningen den sista december föregående år (SCB).

Bilaga 4. Kompletterande kostnadstabeller

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

Tabell 33. Kostnader för vård och omsorg för äldre

Miljarder kronor, löpande priser.

	2018	2019	2020	2021	2022	Förändring 2018—2022 (%)
Total kostnad vård och omsorg om äldre	126,3	129,4	135,3	138,8	146,6	20,3 (16,1 %)
Årlig förändring	3,8 %	2,4 %	4,6 %	2,6 %	5,6 %	
Verksamhetsområde						
Särskilt boende**	71,8	73,4	77,1	78,7	83,2	11,4 (15,9 %)
Ordinärt boende	52,8	54,3	56,7	58,6	61,9	9,1 (17,2 %)
Hemtjänst	42,9	44,7	47,3	48,9	51,6	8,8 (20,5 %)
Korttidsboende	6,7	6,8	6,7	6,8	7,1	0,3 (5,2 %)
Dagverksamhet och övriga insatser	3,2	2,8	2,7	2,9	3,2	0,0 (-1,3 %)
Öppen verksamhet	1,7	1,7	1,5	1,4	1,6	-0,1 (-7,7 %)

Not: Kostnaderna inkluderar kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen samt öppen verksamhet som inte kräver individuellt biståndsbeslut samt kostnader för myndighetsutövandet.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2018–2022, SCB.



Vård och omsorg för äldre (artikelnr 2024-3-8991) kan laddas ner från
socialstyrelsen.se/publikationer.