

Fakta om äldreomsorgen

I LJUSET AV CORONAPANDEMIN



Innehåll

1. Förord	4
2. Från slutet långvård till en öppen del av samhället	6
2.1 Ädelreformen	6
2.2 Fortsatta reformer efter Ädel	7
2.3 Äldreomsorgen som en del av samhället	8
2.4 En äldreomsorg som hela tiden blir bättre	9
2.5 En bra äldreomsorg kan bli ännu bättre	10
3. Fakta och nyckeltal kring brukare, personal och ekonomi	12
3.1 Struktur, befolkningsdata och insatser	12
3.2 Trygghet och nöjdhet – brukarbedömning särskilt boende och hemtjänst	13
3.3 Särskilt boende - boendetid och väntetider	14
3.4 Förebyggande arbete inom äldreomsorgen	15
3.5 Vård och omsorg för personer med demenssjukdom	19
3.6 Läkemedel till äldre	23
3.7 Äldre och svårläkta sår	24
3.8 Vård i livets slutskede inom äldreomsorgen	26
3.9 Personalen i äldreomsorgen.....	31
3.10 Höjd kompetens inom äldreomsorgen.....	32
3.11 Tidsbegränsat anställda i vård och omsorg.....	35
3.12 Medarbetare per chef	37
3.13 Heltidsarbete som norm	38
3.14 Sjukfrånvaro i kommuner	40
3.15 Personalrörlighet i kommunsektorn	42
3.16 Utvecklingen av antalet anställda	44
3.17 Personalkontinuitet i hemtjänsten.....	45

3.18 Utvecklingen av kostnader inom äldreomsorgen	47
3.19 Digitalisering och välfärdsteknik	51
4. Äldreomsorgen och coronapandemin.....	53
4.1 Äldre och covid-19	54
4.2 Basala hygienrutiner	55
4.3 Utrustning för att skydda både boende och personal.....	59
4.4 Testning av brukare och personal	60
4.5 Vård i livets slutskede vid covid-19.....	62
4.6 Behov av ändringar i regelverken.....	63
4.7 IVO:s tillsyn av äldreomsorgen - utmaningar och framgångsfaktorer.....	64
4.8 Lärdomar och åtgärder	66

1. Förord

Äldreomsorgen i Sverige har under våren 2020 fått utstå hård kritik från bland andra politiker på nationell nivå, fackliga företrädare och debattörer. Trots otroligt tuffa förutsättningar - snabb samhällsspridning av coronaviruset, brist på skyddsutrustning, hög sjukfrånvaro bland personalen och otillräcklig testning - har chefer och medarbetare i äldreomsorgen gjort sitt yttersta för att skydda de äldre och varandra från covid-19. Det finns brister i äldreomsorgen som var kända redan innan pandemins utbrott. Men de utmaningarna kommer inte närmre en lösning om en onyanserad och onödigt överdriven bild får fäste. Det riskerar snarare att skapa otrygghet hos de äldre, anhöriga och anställda.

Mot bakgrund av den onyanserade debatten har vi samlat fakta om äldreomsorgen i ljuset av pandemin. Avsikten är att ge en saklig beskrivning av hur äldreomsorgen fungerar och, utifrån det vi vet så här långt, av hur äldreomsorgen har bekämpat coronaviruset. Rapporten innehåller fakta om hur utvecklingen sett ut över de senaste decennierna, hur de äldre själva ser på den vård och omsorg de får, hur personalsituationen och de ekonomiska förutsättningarna för äldreomsorgens verksamheter ser ut. Det är fakta som förhoppningsvis kan öka kunskapen om svensk äldreomsorg. För Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som arbetsgivarorganisation är det också viktigt att stå upp för äldreomsorgens chefer och medarbetare, som gör enorma insatser varje dag.

Svensk äldreomsorg har utvecklats under lång tid i samverkan mellan nationella och lokala beslutsfattare. Vi har en äldreomsorg som till stor del är integrerad i vårt samhälle. Det är många år sedan vi gick ifrån stängda institutioner där äldre bodde separerade från samhällslivet. Vi har en demografisk utveckling som kommer att kräva ytterligare satsningar på äldreomsorgen, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, på såväl särskilda boenden som stöd och service i det befintliga hemmet. Samhällets kostnader för äldreomsorgen har ökat under de gångna tjugo åren och kommer att behöva öka än mer de kommande tjugo åren.

Det är viktigt och bra att vi har en levande diskussion om hur äldreomsorgen ska utvecklas. Hur vill vi att förutsättningarna ska vara för att leva och bo när vi är äldre? Vad fungerar bäst när det gäller tillgång till både vård och god omsorg? Hur kan det bli ännu mer attraktivt att arbeta i äldreomsorgen? Och hur möter äldreomsorgen kriser av det slag som vi nu är mitt i? Dessa

diskussioner är nödvändiga – med eller utan pandemin – och de måste bygga på fakta och nyanserade bilder av vad svensk äldreomsorg är idag och hur vi kommit dit. Det vill SKR fortsätta att bidra med. Om vi diskuterar och fattar beslut på osaklighet och okunskap, så riskerar ju besluten att bli sämre. Vi vill fortsätta ha en äldreomsorg av hög kvalitet för alla som behöver den.

I juni när detta skrivs är faran inte över. Coronaviruset finns fortfarande mitt i samhället. Under resten av året kommer chefer och medarbetare i äldreomsorgen att fortsätta att lägga all tid och kraft på sitt självklara uppdrag: Att utifrån expertmyndigheternas rekommendationer ge vård och omsorg och skydda liv, minska smittspridningen och säkra det lokala arbetsmiljöarbetet. Kommunerna tar det uppdraget på största allvar och axlar ett mycket stort ansvar i denna svåra kris.

Anders Knappe
Ordförande
Sveriges Kommuner och Regioner

2. Från slutna långvård till en öppen del av samhället

2.1 Ädelreformen

Utgångspunkten i Ädelreformen 1992 var att ha en helhetssyn på äldre personer där sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Genom reformen överfördes större delen av den slutna långtidssjukvården för äldre till kommunerna och kommunerna blev huvudman för hälso- och sjukvård på särskilt boende, på primärvårdsnivå, och ansvarig för legitimerad personal upp till sjuksköterskenivå. Hälften av landets kommuner övertog ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet, på primärvårdsnivå. Reformen syftade till att stödet till och synsättet på den åldrande människan ändrades. Sjukhuset blev därmed inte längre en plats att bo på.

Långvården, där de äldre levde i sjukhusliknande salar, fick duscha på särskilda dagar och lägga sig på särskilda tider, avvecklades eller gjordes om till egna små lägenheter med egna hyreskontrakt. Det skapades gemensamhetsutrymmen där den äldre själv mer fick styra över sitt eget liv. Den äldre fick samtidigt stöd i det hen inte klarade av och även stöd med sina sjukdomstillstånd. Det innebar att den äldre inte var en patient där legitimerad sjukvårdspersonal bestämde vad som var rätt och riktigt. Den äldre blev en person med rättigheter som formulerades i socialtjänstlagens portalparagraf:

”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas, ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.”¹

¹ Socialtjänstlag (2001:453)

Detta innebar ett helt nytt sätt att se på den äldre människan och på äldreomsorgen.

2.2 Fortsatta reformer efter Ädel

I samband med Ädelreformen kommunaliserades hemsjukvården i hälften av landets kommuner. 2003 kom möjligheten att ha en gemensam nämnd mellan landsting och kommuner (SFS 2003:192) och 2004 föreslog utredningen Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) att all hemsjukvård skulle kommunaliseras med undantag för läkarinsatser. 2011 tillsattes en nationell samordnare med uppdrag att stödja landsting och kommuner i processen där kommunerna övertar ansvaret för hemsjukvård på primärvårdsnivå (SOU 2011:55).

Uppdraget syftade till att alla landets kommuner skulle kommunalisera hemsjukvården. Utredningen föreslog dock inte att kommunerna skulle ges befogenheter att anställa läkare - istället underströks vikten av att de (dåvarande) landstingen avsatte nödvändiga resurser i form av läkarmedverkan i hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende för att få till stånd en väl fungerande och samhällsekonomisk effektiv hemsjukvård. Den enskilde har rätt att välja vårdgivare enligt 5 § i hälso- och sjukvårdslagen, detta gäller även patienter/brukare som bor på särskilt boende. 2014 hade alla kommuner utom de i Stockholms län kommunaliserat hemsjukvården – så här ser förutsättningarna fortfarande ut.

Den senaste utredningen om äldreomsorgens utveckling, Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21), beskriver att äldreomsorgen vid en tillbakablick har haft en mycket positiv utveckling. 2018 kom ändrad lagstiftning rörande samverkan vid utskrivning från sjukhus. Det har varit en viktig framgång och det finns omfattande data över hur kommuner och regioner har samverkat och radikalt kortat ned tiden för patienter som är utskrivningsklara från slutenvård.

Vården och omsorgen om äldre har haft en stark utveckling sedan Ädelreformen 1992. Kommunerna har satsat på att modernisera det särskilda boendet. Idag finns inte några flerbäddsrum kvar, och antalet lägenheter med låg standard är få jämfört med för 25 år sedan.

Idag bor cirka 88 000 personer över 65 år i särskilt boende. Antalet lägenheter i särskilda boenden har minskat över åren. Minskningen har flera förklaringar. Avveckling av flerbäddsrum är en. Att behoven hos den äldre befolkningen har förändrats över tid är en annan. Medellivslängden ökar, och det är fortfarande hälsosamma år som läggs till livet. Den medicintekniska utvecklingen gör också att vi kan leva längre med sjukdom, och att behovet av vård och omsorg dygnet runt har flyttats uppåt i åldrarna. Så kallade servicehus, vilka tidigare bedömdes som ett särskilt boende, har i många kommuner omvandlats till senior- eller trygghetsbostäder. Men det behöver byggas fler lägenheter i de olika boendeformerna som riktas till den seniora befolkningen.

2.3 Äldreomsorgen som en del av samhället

Samhällsutvecklingen påverkar förstås också äldreomsorgen. Digitaliseringen och den medicintekniska utvecklingen är två exempel som har haft och kommer att fortsätta ha stor påverkan på äldreomsorgen. Sedan 2009 finns möjligheten för kommunerna att införa valfrihetsmodeller, stödet till anhöriga har fått stöd i lag, en särskild lagstadgad värdegrund för äldreomsorgen tillkom 2010. Medskapande och inflytande är idag självklara i den moderna äldreomsorgen. Omställningen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, från sjukhus till Nära vård kommer att utmana men också förstärka den kommunala vården och omsorgen riktad till äldre.

Ett hälsofrämjande arbete specifikt riktat till äldre personer som främjar fysisk aktivitet och bra kost, underlättar för äldre att vara socialt och kulturellt aktiva och att vara delaktiga i samhällslivet är avgörande för att förebygga risker för ohälsa hos äldre och något många kommuner bedriver. Arbetet sker i stor utsträckning genom kommunernas samverkan med och stöd från civilsamhället.² Äldreomsorgen har under de senaste decennierna blivit en naturlig och integrerad del av samhället.

² Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, SOU 2017:21.

2.4 En äldreomsorg som hela tiden blir bättre

Precis som samhället i övrigt så har äldreomsorgen utvecklats på en mängd områden de senaste årtiondena. Framför allt har synen på omsorgstagaren förändrats. Det finns en ökad förståelse för brukarens behov av delaktighet och inflytande. Socialstyrelsens nationella brukarundersökning visar att brukarna, genom åren, i stor utsträckning är trygga och nöjda med såväl särskilt boende som med hemtjänst. Även personalens kompetens har ökat och det finns fler medarbetare med rätt kompetens i verksamheterna idag jämfört med för 30 år sedan.

Det finns fakta som visar att vård och omsorg om äldre i Sverige blir ständigt bättre:

- Flera viktiga folksjukdomar kan förebyggas. Risken att insjukna i hjärtinfarkt har halverats de senaste 20 åren. Minskningen av stroke i befolkningen är nästan lika stor samtidigt som allvarlighetsgraden i funktionsbortfall efter en genomgången stroke minskat.
- Möjligheten att leva ett tryggt och självständigt liv vid funktionsnedsättning har förbättrats tack vare bättre möjligheter till kompensation. Ett exempel är gps-larm som möjliggör utevistelse för personer med demenssjukdom.
- Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen har sin utgångspunkt i bestämmelser i socialtjänstlagen och handlar om att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.
- Utvecklingen av en kunskapsbaserad vård och omsorg om äldre, bland annat genom registrering och användning av data från nationella kvalitetsregister som Senior Alert och Svenska palliativregistret, är idag självklarheter, jämfört med för 25 år sedan. Detta arbetssätt borgar för en ökad kvalitet i äldreomsorgen.

Nya behandlingsmetoder möjliggör i större utsträckning vård i öppna former. Den förbättrade hälsan tillsammans med förbättrade bostäder och moderna hjälpmedel underlättar kvarboendet i den ordinära bostaden. Av de som är 65 år och äldre bodde 2017 cirka 1,9 miljoner i det ordinära bostadsbeståndet medan cirka 88 000 bodde i särskilt boende.

I 2017 års utredning Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) framgår det att utvecklingen av vården och

omsorgen om äldre personer har varit mycket positivt sedan Ädel-reformen 1992. ”På goda grunder kan vi anta att vi inte tidigare har haft en lika bra vård och omsorg om äldre personer som vi har i dag.”³

2.5 En bra äldreomsorg kan bli ännu bättre

Det pågår förbättringsarbeten i hela landet för att ställa om vårdens och omsorgens tjänster så att de möter dagens och morgondagens behov. Att bidra till att människor kan leva ett tryggt och självständigt liv trots skörhet och kronisk sjukdom är en viktig strategisk fråga för samhället. Samarbete kommer att krävas mellan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst, men också med regionernas primärvård och specialiserade vård för ett optimalt resultat.

Det finns en samsyn på alla nivåer om vikten av förebyggande arbete. Att arbeta proaktivt innebär att främja hälsa, identifiera risker och åtgärda dem, tidig ställa diagnos, snabbt upptäcka försämringar, erbjuda rehabilitering efter sjukdom och skada samt att använda kunskapsbaserade arbetssätt och ny teknik som stöd för bästa möjliga funktionsförmåga. Forskning finns kring effektiva förebyggande arbetssätt men följsamheten till dessa behöver förbättras. Det handlar till exempel om möjligheter att förebygga fallskador, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Men också om att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion eller risk för våld och annan utsatthet.

Idag kan fler äldre åka hem samma dag som de blir utskrivningsklara efter en sjukhusvistelse. De parallella förändringarna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har lett till att behovet av vårdplatser på sjukhus och i särskilt boende minskat kraftigt samtidigt som vård- och omsorgsbehoven i hemmet utvecklats. Behoven är ofta komplexa, men med moderna teambaserade arbetssätt kan både vård och omsorg ges på ett säkert sätt i den äldres bostad. För de flesta äldre betyder det bättre förutsättningar att återfå sina funktioner och möjligheten att bo kvar med stöd från hemtjänsten.

Ett viktigt problem är bristen på läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen. Det finns goda exempel där det fungerar bra, men brister rapporteras från hela landet. Medarbetare i vården och omsorgen om den äldre efterfrågar tillgänglighet, kontinuitet, medicinsk kunskap,

³ Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, SOU 2017:21, sid. 31.

helhetsperspektiv, samordning och planering.⁴ Exempel på områden som behöver förbättras är:

- Fler individuella planer för personer som behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård
- Förutsättningarna att få dela individbaserad information mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård måste moderniseras i form av ny lagstiftning
- Stabila samverkanstrukturer mellan vårdcentral och kommunens vård och omsorg

Att ha ett tydligt och nära ledarskap och att satsa på kompetensutveckling kommer att bli än viktigare. Att leda handlar om att formulera en målbild för arbetet och att följa upp måluppfyllelsen genom dialoger. Själva utförandet (vad och hur) har medarbetarna vanligtvis bäst förutsättningar att ansvara för på egen hand.

I den kommunala hälso- och sjukvården finns idag sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i alla kommuner. Dietister, farmaceuter, logopedier och tandhygienister är professioner som finns i vissa kommuner och som är viktiga att beakta i ett framtidsperspektiv. Större tillgång på omvårdnadspersonal med specialisering inom rehabilitering, demens och vård i livets slut är andra exempel på framtidsutveckling. Socionomer, kuratorer, socialpedagoger, hälsopedagoger och teknikstödjande yrkesgrupper är ytterligare några professioner som kommer att behövas i utvecklingen av den framtida vården och omsorgen.

⁴ Vård och omsorg i hemmet 2019 - svårigheter och framgångsfaktorer, Sveriges Kommuner och Regioner

3. Fakta och nyckeltal kring brukare, personal och ekonomi

Det finns en mängd olika data kring äldreomsorgen. I det här kapitlet presenteras, bland annat, fakta och nyckeltal kring hur trygga och nöjda brukare är, personalstatistik kring antal tillsvidare och tidsbegränsat anställda, heltidsanställda, sjukfrånvaron i kommuner samt hur kostnaderna för äldreomsorgen har utvecklats över tid.

3.1 Struktur, befolkningsdata och insatser

Under 2000-talet har antalet personer över 80 år ökat med 19 procent, från 452 000 till 536 000 personer år 2019. Vi vet också att vi kommer att ha en mycket snabb ökning av antalet äldre kommande år. De närmaste tio åren kommer antalet personer som är 80 år eller äldre att öka med knappt 50 procent till drygt 750 000 personer. Även andelen äldre bland de äldre ökar. Andelen personer över 90 år har ökat från 14 procent år 2000 till 19 procent år 2019. En fantastisk utveckling som med stor sannolikhet är ett tecken på förbättrad hälsa.

2018 hade nästan 410 000 personer minst en insats inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa fick 43 procent insatser varje månad under året. Många insatser inom hemsjukvård är av mer kortvarig karaktär. Majoriteten (340 000) av de som får insatser från hemsjukvården är 65 år eller äldre, kvinnor är i majoritet. För personer under 65 år (ca 69 000 personer) är det ingen skillnad mellan män och kvinnor.

Av de personer 65 år och äldre som hade insatser från hemtjänsten hade 67 procent också samtidigt insatser från hemsjukvården. 85 procent av personer 65 år och äldre som har hemtjänst använder förskrivna hjälpmedel. Medelålder för äldre i ordinärt boende med hemtjänst är 83,4 år. Medelåldern för inflyttning i särskilt boende är 86 år. Det är även 10 000 personer under 65 år som har hemtjänst.

Antal personer som får ta del av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2018.

Insats	Antal 2018
Kommunal hälso- och sjukvård	410 000 personer
Särskilt boende	88 000 personer
Hemtjänst	246 000 personer
Trygghetslarm	193 000 personer

Källa: Socialstyrelsen, statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2018.

Kommunal hälso- och sjukvård innefattar alla inrapporterade hälso- och sjukvårdsinsatser och inkluderar insatser som görs i särskilt boende och vid korttidsenhet. Enstaka insatser i hemmet ingår liksom rehabilitering. Regional hemsjukvård på specialiserad nivå ingår inte och inte heller den regionala basala hemsjukvård som utförs i Stockholms län. 265 kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvård. 25 kommuner i Stockholms län har fortfarande Region Stockholm som huvudman för hemsjukvård på primärvårdsnivå.

Antalet särskilda boenden och hemtjänstenheter förändras kontinuerligt. 2019 fanns i Sverige cirka 1 700 enheter inom särskilt boende och cirka 3 000 hemtjänstenheter. Vård i särskilt boende minskar samtidigt som insatser i hemtjänst är oförändrade.

3.2 Trygghet och nöjdhet – brukarbedömning särskilt boende och hemtjänst

Andelen trygga äldre i särskilt boende har legat stabilt de senaste åtta åren. År 2013 svarade 90 procent av de äldre i särskilt boende att de var mycket eller ganska trygga med att bo i särskilt boende.⁵ Motsvarande siffra för 2019 var 88 procent. Även om det är en minskning på ett par procentenheter ligger brukares bedömning av trygghet på en fortsatt hög nivå. Det finns variation mellan kommuner och även mellan enheter inom en kommun, men de flesta äldre är trygga eller mycket trygga i särskilt boende. I fem kommuner svarade

⁵ Socialstyrelsens brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*

samtliga personer, 100 procent, över 65 år i särskilt boende att de var mycket eller ganska trygga, och i den kommun med lägst andel var 62 procent trygga.

Andelen trygga äldre med hemtjänst har legat stabilt de senaste 10 åren. År 2013 svarande 87 procent av äldre personer med hemtjänst att de var trygga, och 2019 var motsvarande siffra 86 procent.⁶ Även om det är en minskning på en procentenhet ligger brukares bedömning av nöjdhet på en fortsatt hög nivå. Det finns även här en variation mellan kommuner och mellan enheter inom en kommun. I kommunen med högst andel svarade 98 procent av personer över 65 år med hemtjänst att de var mycket eller ganska trygga. I kommunen med lägst andel svarade 59 procent att de var trygga.

När det gäller nöjdhet får ett stort antal enheter inom särskilt boende toppbetyg av brukarna. Alla som har svarat är mycket nöjda eller nöjda. En majoritet av landets cirka 1 700 enheter inom särskilt boende har ett värde där 80 procent eller fler av de äldre är mycket nöjda eller nöjda med sitt äldreboende. Även hemtjänsten får goda betyg av de äldre som har hemtjänst. Även här får ett antal enheter toppbetyg, det vill säga att alla som svarat är mycket nöjda eller nöjda. En majoritet av landets cirka 3 000 enheter hemtjänst har ett värde där 80 procent eller fler av de äldre är mycket nöjda eller nöjda med sin hemtjänst.

Även om de flesta är nöjda, visar siffrorna också att många känner sig ensamma. Av de som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst upplever 40 procent att de har besvär av ensamhet då och då och 13 procent uppper att de ofta har besvär av ensamhet. Motsvarande siffror hos de som bor på särskilt boende är 47 procent respektive 18 procent. Detta är i stort sett oförändrat de senaste tre åren.⁷

3.3 Särskilt boende - boendetid och väntetider

Det finns en uppfattning att de äldre i särskilt boende bara bor där i ett halvår och sedan avlider, och att detta är det ”vanliga”. Statistiken visar dock något annat, och utvecklingen över åren är oförändrad. Mediantiden för boende i särskilt boende för äldre är 730 dagar, eller exakt två år både 2013 och 2018.

⁶ Se not 5.

⁷ Socialstyrelsens brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*

Måttet medianvårdtid är hämtat från Svenska palliativregistret. Socialstyrelsens Lägesrapport 2020 Vård och omsorg om äldre, visar samma stabila medianvårdtid.

Antal dagar från ansökan till erbjudande om att flytta till särskilt boende har för riket legat ganska stabilt de senaste 13 åren. Det tar drygt 50 dagar från ansökan till erbjudande om inflyttning. Spridningen mellan kommunerna har under årens lopp varit stor. I den senaste mätningen, hösten 2019, hade antalet dagar från ansökan till inflyttning ökat till 67 dagar. Spridningen var mellan 4 och 250 dagar för de kommuner med lägst respektive högst antal dagar i väntan på erbjudande om inflyttning till särskilt boende.

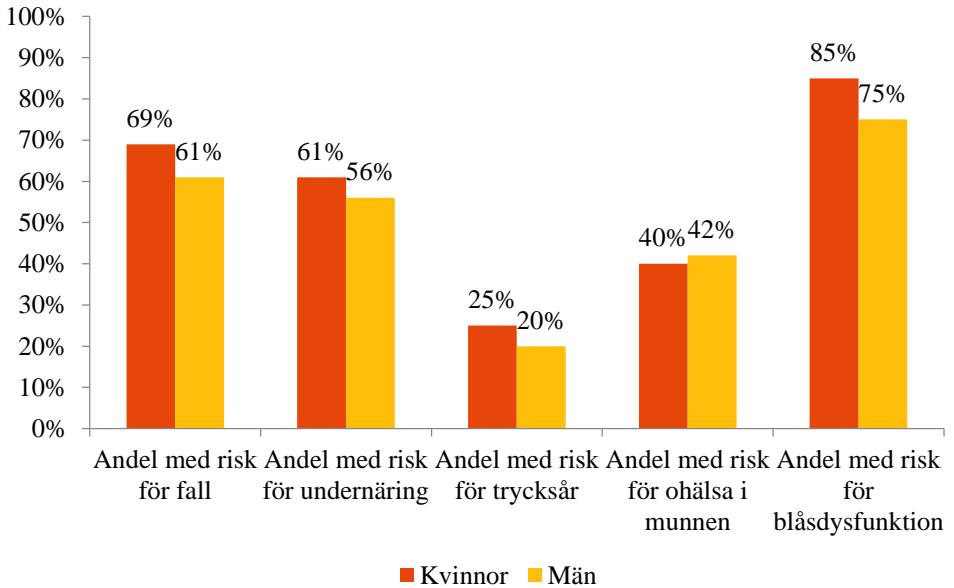
3.4 Förebyggande arbete inom äldreomsorgen

Genom att arbeta förebyggande ökas livskvaliteten för den äldre personen samtidigt som skador minskas. Tidigt insatta förebyggande åtgärder ger möjlighet att skjuta fram tidpunkten då den äldre blir beroende av vård och omsorg. Den systematiska, förebyggande processen innehåller tre steg:

1. Identifiera risker och analysera orsaker bakom fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
2. Planera och genomföra förebyggande åtgärder
3. Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Kvalitetsregistret Senior alert är ett stöd i arbetet och erbjuder möjligheter att följa resultat för individ, enhet och system.

Nästan alla individer som har äldreomsorg har också någon risk. Genom förebyggande åtgärder kan skador minska.

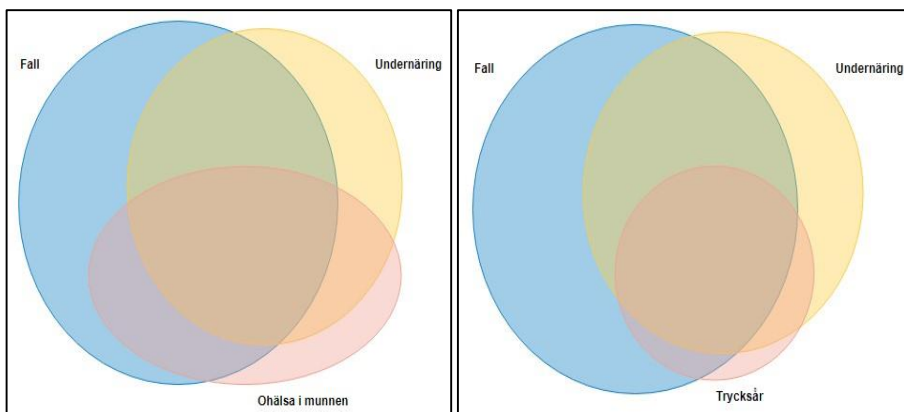


Andel med olika risker vid bedömning i Senior alert, alla bedömningar

Under 2019 riskbedömdes 53 407 unika personer i vård- och omsorgsboende i Senior Alert, med totalt 80 568 riskbedömningar. 91 procent av riskbedömningarna visade risk för trycksår, undernäring, fall eller ohälsa i munnen. För 93 procent av riskbedömningarna med risk sattes planerade förebyggande insatser in.

Totalt genomfördes i hemsjukvården under samma period 16 730 riskbedömningar, varav det i 83 procent fanns någon risk för trycksår, undernäring, fall eller ohälsa i munnen. 86 procent av riskbedömningarna följdes av planerade förebyggande insatser för att undvika negativa händelser.

En stor andel av de äldre med risk har inte bara risk inom ett område. En person som har problem med munhälsa åter mindre, vilket ökar risken för ofrivillig viktminskning med ökad risk för att falla och få trycksår. Nedanstående bild visar hur de olika riskområdena överlappar och påverkar varandra. Där färgerna överlappar varandra finns de personer som har risk inom två eller tre områden.

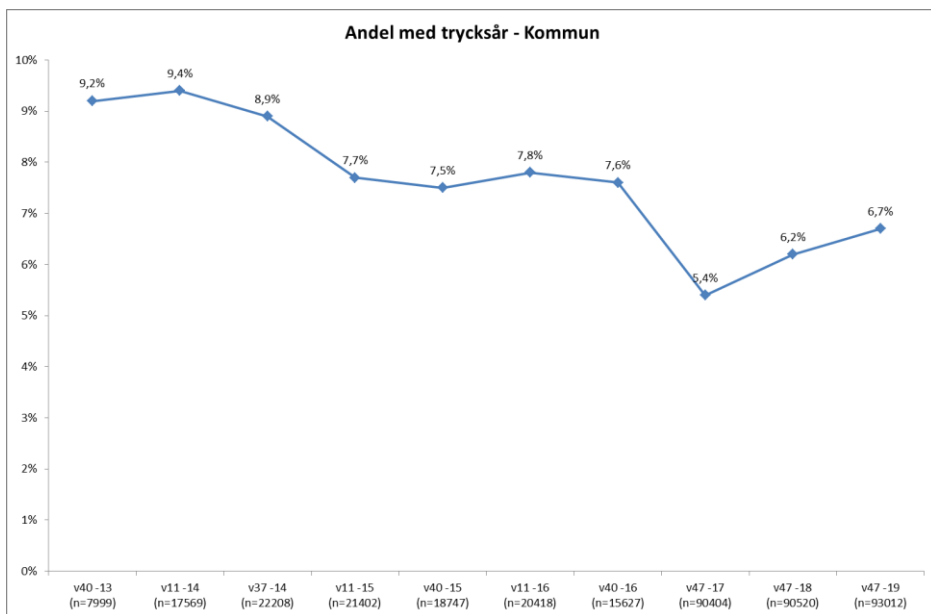


Källa: Senior alert 2018.

Riskområden i Senior alert där riskområdena överlappar varandra.

Med tanke på hur olika risker påverkar och påverkas av varandra är det viktigt att genomföra samlade bedömningar av hela personen. Åtgärder för att förebygga negativa utfall är ofta sociala, exempelvis promenader och god mat i trivsamt sammanhang – det krävs inte alltid medicinska åtgärder för att minimera riskerna för medicinska problem.

Ett strukturerat arbete för att minska risker ger utdelning. Förekomst av trycksår i äldreomsorgen var 27 procent lägre vid mätningen 2019 jämfört med mätningarnas start 2013.



Jämförelse Punktprevalensmätning Trycksår 2013–2019

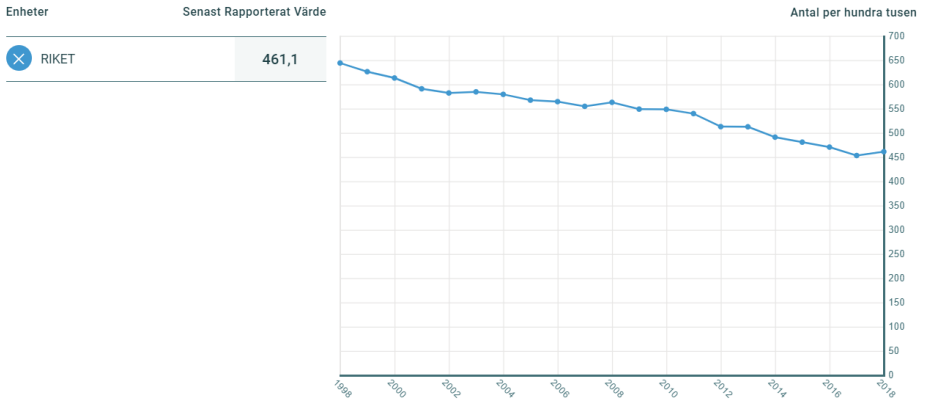
Risken att drabbas av trycksår är större på sjukhus än i äldreomsorgen, men minskar även där. Trycksårsmätningen på sjukhus 2020 visade att sjukhusförvärvade trycksår har minskat till 7,6 procent jämfört med 9,3 procent 2019.

Fallskador i äldreomsorgen är dessvärre fortfarande vanliga men det finns en stor variation. År 2016 drabbades 16 565 personer 65 år och äldre av en höftfraktur. 10 545 personer hade insatser från både socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård när de drabbades av frakturen. Av dessa bodde cirka 6 800 personer i ordinärt boende.

Antal personer 80 år och äldre som vårdats i slutenvård för fallskada varierar mellan länen. På kommunnivå är skillnaderna stora och antalet varierar mellan 33 och 83 fallskador per 1 000 invånare 80 år och äldre. Det finns evidens för att det är möjligt att minska fallskador genom att arbeta förebyggande på ett systematiskt sätt.

Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med benskörhet. Höftfrakturer leder ofta till försämrad livskvalitet, bland annat till

följd av försämrad gångförmåga. Detta kan göra det svårt för en person att återgå till eget boende och även påverka det sociala livet negativt. Därutöver är dödligheten inom det första året efter höftfraktur hög. Förekomsten av höftfraktur i befolkningen har minskat med 28 procent under perioden 1998 till 2018.



Antal personer 50 år och äldre med höftfraktur per 100 000 invånare

3.5 Vård och omsorg för personer med demenssjukdom

I Sverige beräknas mellan 130 000 och 150 000 personer ha en demenssjukdom. Varje år insjuknar mellan 20 000 och 25 000 personer. Alzheimers sjukdom är den vanligaste orsaken. Trots att människor blir äldre förefaller inte antalet demenssjuka öka i landet just nu. Det beror på att risken för att insjukna har minskat något. Risken ökar dock med stigande ålder, och när många fler i samhället är äldre om tio år kommer vård och omsorg att sättas på stora prov.

SveDem är ett kvalitetsregister som ger stöd till primärvården för tidigt upptäckt, utredning, diagnostik och omvårdnad vid demenssjukdom. Samtliga 58 specialistenheter, 909 vårdcentraler och 1 003 enheter i 85 kommuner är i juni 2020 anslutna till SveDem.

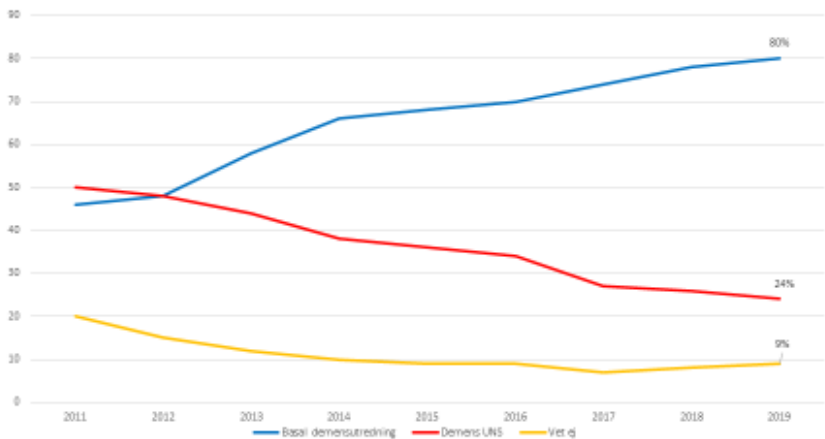
Vid kognitiva symptom är det viktigt med tidig utredning och korrekt diagnos för att kunna erbjuda en god vård och omsorg. Andelen som fått en

basal demensutredning har ökat från 46 procent 2011 till 80 procent 2019. Under samma period har andelen som fått en ospecifik diagnos minskat från 50 procent till 24 procent.



Primärvårdsresultat 2011-2019

Bättre utredning ger mer specificerad diagnos



www.svedem.se

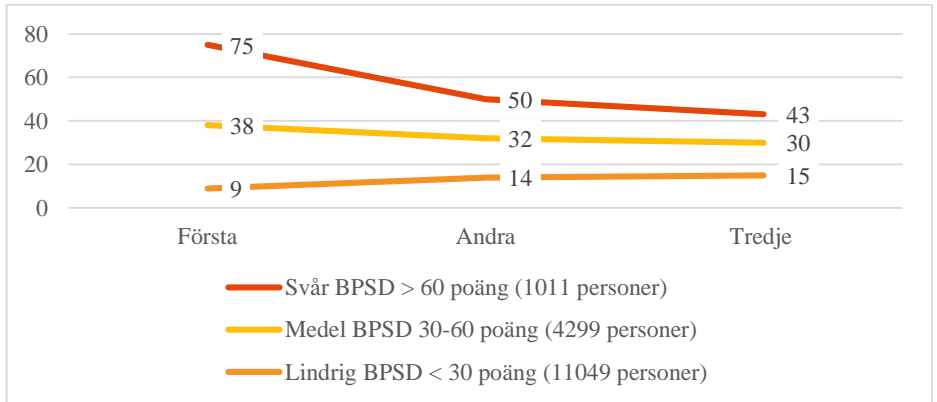
Vid diagnosen demenssjukdom:

- är medelåldern 80 år
- är 29 procent av patienterna 85 år eller äldre
- bor 90 procent i ordinärt boende varav 48 procent bor ensamma
- är majoriteten kvinnor, 58 procent
- är majoriteten i en tidig/mild fas av demenssjukdomen (MMSE poäng 22/30)
- behandlas 74 procent med hjärt-kärl-läkemedel
- behandlas 26 procent med antidepressiva, varav fler är kvinnor
- behandlas 4 procent med antipsykotiska läkemedel

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) drabbar någon gång cirka 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symptom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

BPSD-registret, där upprepade symptomsbedömningar är basen, ger personalen stöd till ett evidensbaserat arbetssätt. Genom ett interdisciplinärt teamarbete och med stöd av checklistor sätts åtgärder in för att minska symptomen. Från BPSD-registrets start i november 2010 till sista december 2019 har 230 635 registreringar genomförts på totalt 73 585 personer. Antalet registreringar fortsätter att öka.

I takt med att demenssjukdomen fortskrider ökar oftast även förekomsten av BPSD, men med hjälp av arbetssättet i BPSD-registret sker en annan utveckling. Hos personer med svår (över 60 poäng) och måttlig (30 – 60 poäng) BPSD minskar istället dessa symptom över tid. Hos personer med lindrig BPSD sker en måttlig ökning över tid.

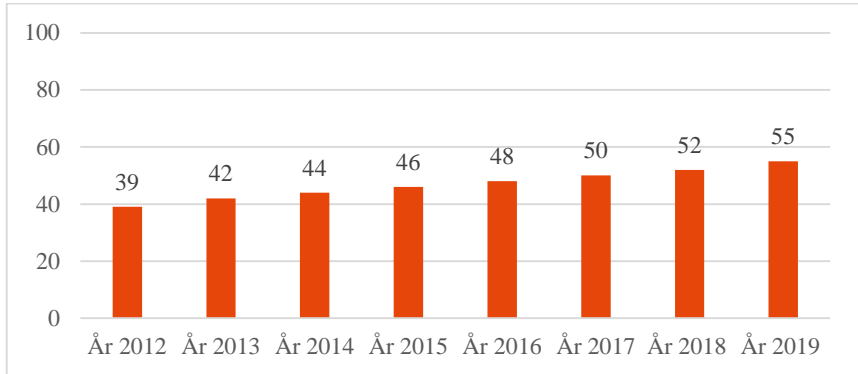


Medelvärden på NPI-skalan (grad av BPSD) hos personer med lindrig, medel eller svår BPSD, följer över tid med grund registrering och därefter två uppföljningar

Det finns idag ingen botande behandling vid demenssjukdom. Däremot finns det två typer av läkemedel som kan lindra symptomen och bidra till att personer med Alzheimers sjukdom under en period upprätthåller eller försämras långsammare i sin intellektuella förmåga och funktionsförmåga. Läkemedlen kan också ha en positiv effekt på beteendemässiga och psykiska

symptom vid demenssjukdom (BPSD).

Fler och fler får behandling, men det är en bit kvar till målnivån som satts till att 75 procent av de som diagnostiseras med Alzheimers ska erhålla symptomlindrande behandling.



Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande läkemedel i riket

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom.⁸ För att behandla BPSD krävs det ofta olika kompetenser och det är därför viktigt med teamarbete. Sedan mätningar av teambaserades arbetssätt initierades 2016 har teamarbetet ökat från 24 procent till 33 procent, en tydlig förbättring.

Personer med långt framskriden demenssjukdom passar inte i akutsjukvården. De behöver få så stor del av sin vård och omsorg som möjligt i hemmet. Ett utvecklat samarbete mellan primärvårdens läkare och den kommunala hemsjukvården gör detta möjligt. Mobila team är ett arbetssätt som kan komplettera ordinarie samverkan i akuta situationer. Den nödvändiga samverkan mellan regionernas primärvård och kommunens äldreomsorg har succesivt förbättrats, men det finns fortsatt mycket kvar att göra för att optimera omhändertagandet av personer med demenssjukdom.

⁸ Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen, 2017.

3.6 Läkemedel till äldre

Läkemedelsförskrivningen till personer 75 år och äldre under de senaste 25 åren ökat med 60 procent. Den ökade läkemedelsförskrivningen har bidragit till den förbättrade hälsan bland äldre men innebär också risker. Det är viktigt att en läkare minst en gång årligen omprövar den samlade läkemedelsbehandlingen och gör nödvändiga justeringar.

Andelen äldre personer 75 år och äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt varierar mellan kommunerna. Inom hemtjänst har mellan 9,1 och 45,7 procent av de äldre tio eller fler läkemedel. I särskilt boende är det mellan noll och 50,4 procent.⁹

Andelen äldre med olämpliga läkemedel har minskat de senaste åren. Olämpliga läkemedel utgörs framför allt av lugnande mediciner, vissa smärtstillande och sömnmediciner som bland annat riskerar att ge förvirring och risk för fall. Sedan januari 2014 har andelen 75 år och äldre som får läkemedel som bör undvikas minskat något spridningen är dock stor mellan kommuner. Spridningen inom olika boende former är också stor; inom hemtjänst har mellan 3,5 till 21,3 procent av de äldre läkemedel som bör undvikas, jämfört med 0 till 28,2 procent i särskilt boende.¹⁰



⁹ Socialstyrelsen, 2020

¹⁰ Se not 9.

Andel 75 år och äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre. (Ny definition av indikatorn från 2018.)

Användningen av psykofarmaka och antipsykotiska läkemedel är betydligt högre i särskilt boende än i hemtjänst beroende på att dessa läkemedel framför allt används vid allvarliga demenssymptom. Mer överraskande är att användningen av olämpliga läkemedel till äldre är högre i hemtjänst än i särskilt boende trots att totala antalet läkemedel är högre i särskilt boende. Medelvärde för olämpliga läkemedel till personer 75 år och äldre för Sverige var 8,1 procent 2019. Ett fortsatt fokus på att optimera läkemedelsbehandlingen hos äldre är en viktig patientsäkerhetsfråga.

3.7 Äldre och svårläkta sår

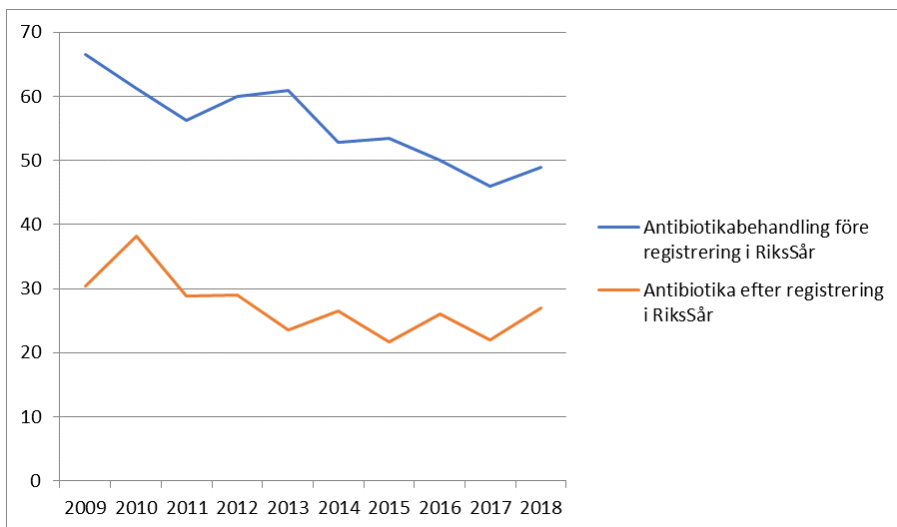
I Sverige finns ungefär 30 000 personer som har svårläkta sår. De allra flesta behandlas inom den kommunala hemsjukvården. Många äldre människor lider i det tysta med sår som är smärtsamma, illaluktande och kräver täta omläggningar.

Data från kvalitetsregistret RiksSår visar att systematiskt och strukturerat arbete med svårläkta sår leder till minskad sår läkningstid (64 procent) minskad antibiotikabehandling (60 procent), minskade behandlingskostnader (46 procent) och som följd av detta en ökad hälsorelaterad livskvalitet.



Minskning av sår läkningstid mellan 2009 – 2019

Det sker en stor överförskrivning av antibiotika till patienter med svårläkta sår. Antibiotikaanvändning är därför en viktig kvalitetsindikator. Med systematiskt och standardiserat arbete kan antibiotikaanvändningen minska.



Skillnad i andel antibiotikabehandlade patienter innan registrering i RikSår jämfört med efter registrering i registret 2009-2018.

Omläggningar av sår är personalkrävande. Sjukvårdens kostnader för bensårsbehandling har beräknats till 2,3 miljarder kronor årligen. 87 procent av kostnaderna utgörs av kostnader för personal medan förbandsmaterialet endast utgör 13 procent av totalkostnaden.

Systematiskt arbete för att uppnå snabbare läkning av svårläkta sår frigör personal och leder till minskade kostnader. På riksnivå uppskattas de möjliga kostnadsbesparingarna till 950 miljoner kronor för behandlingstid och 106 miljoner kronor för omläggingsmaterial. Ytterligare besparingar kan uppnås genom minskat antal läkarbesök/uppföljningsbesök, färre felbehandlingar som exempelvis minskat antal amputationer, färre sjukresor och minskat antal remisser till specialister inom slutenvården.

Ett fortsatt strukturerat förbättringsarbete kring svårläkta sår ger alltså både ökad livskvalitet för den enskilde och stora besparingar för samhället. Sårbehandling utgör i viss mån högspecialiserad vård till patienter som finns i äldreomsorgen. Vårdens tjänster behöver utvecklas för att specialistnivån ska nå ut till patienten i hemmet – digitala sätt finns idag men behöver beställas och göras tillgängliga för kommunernas personal.

3.8 Vård i livets slutskede inom äldreomsorgen

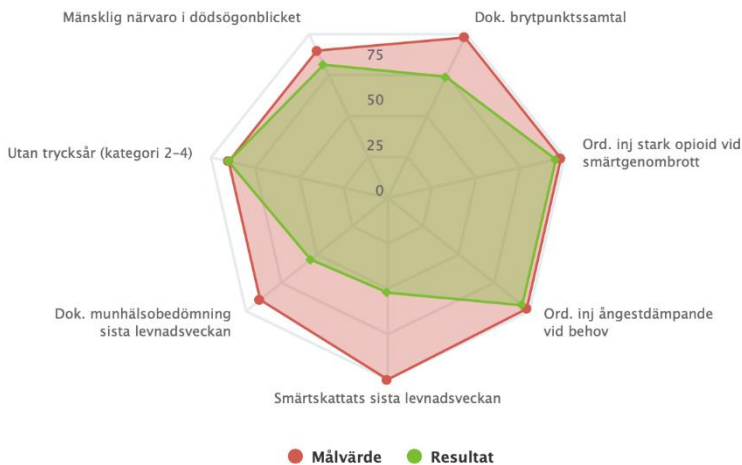
Vård i livets slutskede, palliativ vård, bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande, icke-botbar sjukdom. Syftet är varken att påskynda eller fördröja döden. I stället erbjuds patienter bästa möjliga symptomlindring och stöd för att kunna leva ett värdigt liv tills döden inträffar.

I Svenska palliativregistret finns uppgifter om 57 procent av alla dödsfall i landet. Mer än hälften av rapporterna kommer från kommunala boenden, vilka är bättre på att registrera än sjukhusen.

Vid en jämförelse av kvalitetsindikatorer mellan sjukhus och kommunala boenden som dödsplats kan man konstatera att:

- ordinationer av läkemedel mot ångest, smärta och andra symptom nästan alltid finns på plats, särskilt i de kommunala boendena
- fler har erhållit brytpunktsamtal i särskilt boende än på sjukhus
- färre dör ensamma i särskilt boende än på sjukhus

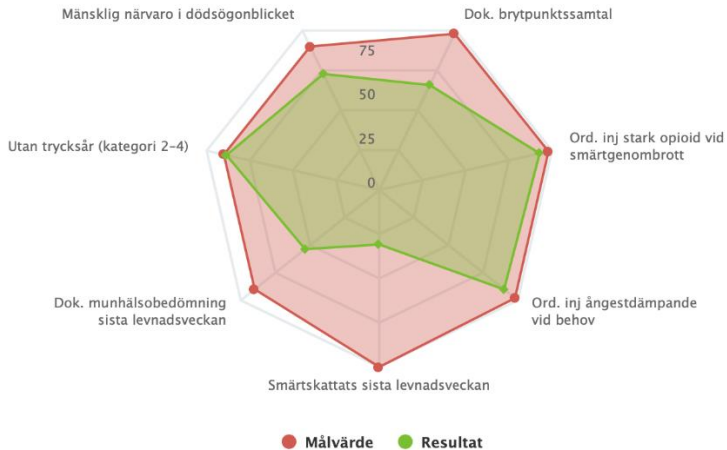
Avliden på SÄBO, period 2019-06 – 2020-06



Avliden på sjukhus, period 2019-06 – 2020-06

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-06 – 2020-06



Sedan många år pågår ett förbättringsarbete för att arbeta mer systematiskt och standardiserat kring vissa viktiga områden. Att utföra smärtskattningar regelbundet har visat sig vara kopplat till förbättrad smärtlindring i livets slut. Sedan 2012 har det skett en ökning av systematisk smärtskattning från 20 till 52 procent av dödsfallen. Kommunerna har hunnit något längre än sjukhusen i detta arbete.

Smärtskattning utförd sista levnadsveckan



Period 2012-06 - 2020-06

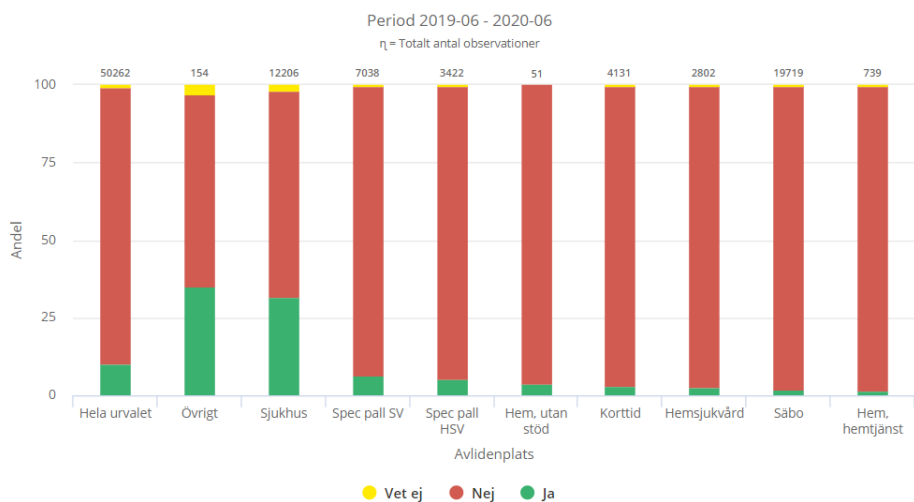
η = Totalt antal observationer



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Det sista levnadsdygnet börjar alla funktioner i kroppen släckas ner som förberedelse för döden. Det medför att personen inte kan äta och dricka, sover allt mer och ofta är medvetandesänkt. I detta skede gör dropp mer skada än nytta då kroppen inte längre kan tillgodogöra sig näring och vätska. De som dör på sjukhus får fortfarande dropp i 32 procent av de registrerade fallen medan andelen som dör i särskilt boende som fortfarande får dropp endast är 2 procent, en avsevärt bättre siffra.

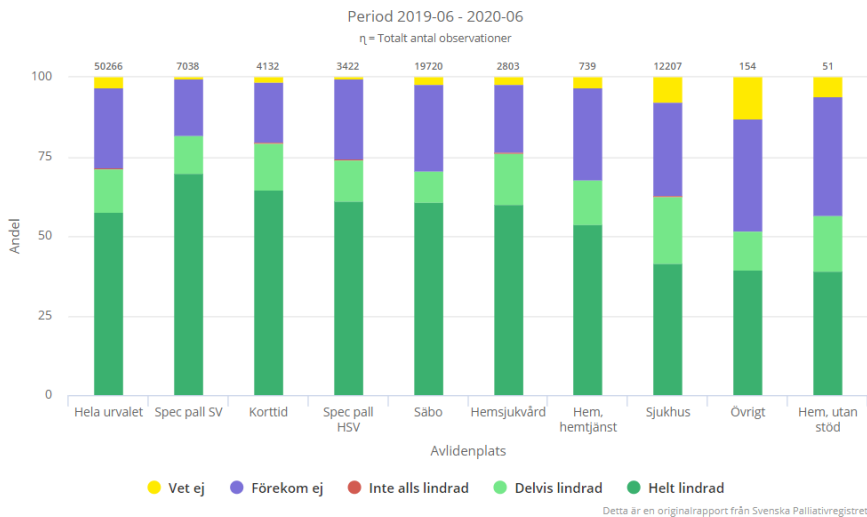
Förekomst av dropp/sondtillförsel av vätska/näring sista levnadsdygnet



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Morfin i symptomlindrande syfte påskyndar inte döden. Morfin används både som smärtlindring och för att lindra upplevelsen av andnöd. Att kunna få morfin vid smärta och/eller andnöd i livets slutskede är ett av Socialstyrelsens kriterier för god palliativ vård. Behandlingen är väl beprövad och internationellt vedertagen. Nästan alla som dör gör det med god smärtlindring. Det är vanligare med smärtproblematik vid vård på sjukhus än i särskilt boende.

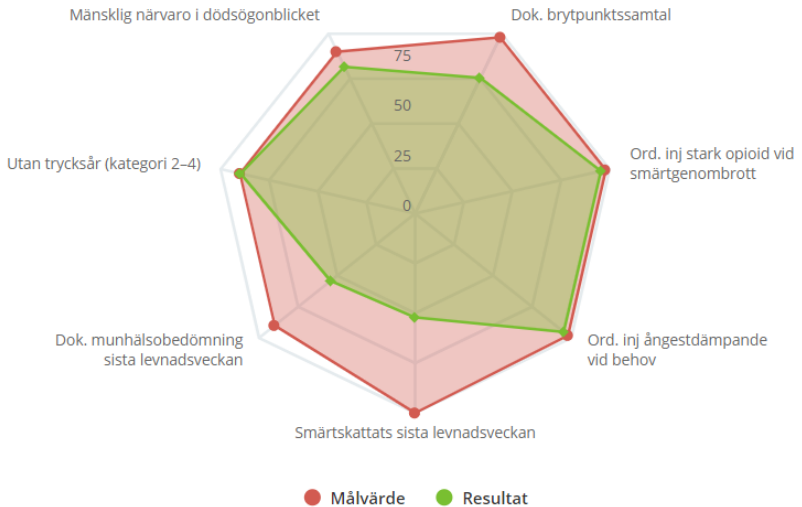
Förekomst och lindring av smärta



Senior Alert och Svenska palliativregistret är två av fem kvalitetsregister som används i stor utsträckning i den kommunala hälso- och sjukvården. Nyckeltalen nedan kommer från Svenska palliativregistret och avser avlidna i särskilt boende för äldre.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-06 - 2020-06

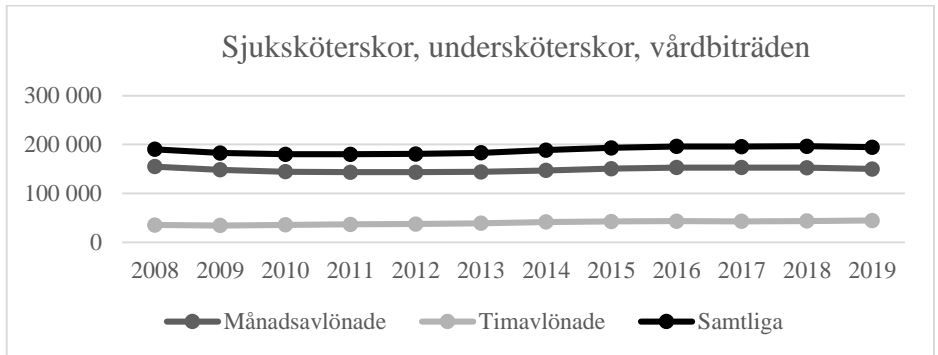


3.9 Personalen i äldreomsorgen

Samhällets, och därmed också äldreomsorgens, förutsättningar fortsätter att förändras. De närmaste tio åren kommer antalet personer som är 80 år eller äldre att öka med knappt 50 procent till drygt 750 000 personer. Även om äldres hälsa har förbättrats så kommer äldre personers behov av vård och omsorg att öka de kommande åren. Samtidigt väntas konkurrensen om arbetskraften bli ännu tuffare. SKR:s bedömning är att nyrekryteringar inte kommer att räcka till för att möta de ökade behoven av äldreomsorg.

De tre största personalgrupperna inom äldreomsorgen i kommunerna är undersköterskor, vårdbiträden och sjuksköterskor. Genomgående används dessa tre personalgrupper för att beskriva äldreomsorgen. Undersköterskor är den överlägset största gruppen och utgör 7 av 10 av alla månadsavlönade och 6 av 10 av samtliga anställda. Som framgår av figuren nedan minskade

antalet anställda något mellan 2008 och 2012 för att sedan öka från och med 2013 fram till och med 2018. Under 2019 minskade antalet anställda något. Samtidigt ökade den genomsnittliga sysselsättningsgraden, det vill säga de anställda arbetade fler timmar.



Antal anställda totalt samt efter löneform 2008-2019. Population: Kommuner inklusive kommunalförbund, Huvudöverenskommelsen (HÖK), månads- respektive timavlönade, anställda (unika individer) inklusive helt lediga. Personalgrupper: Sjuksköterskor exklusive skol-/företagssköterskor, Undersköterskor och skötare samt Vårdbiträden.

3.10 Höjd kompetens inom äldreomsorgen

Vårdens värde skapas i mötet mellan patienter/brukare och personal. Tillgång till personal med rätt kompetens är avgörande för en god och säker vård och omsorg. En högre andel medarbetare inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre bör ha minst yrkesutbildning på gymnasial nivå och en ökad andel bör ha eftergymnasial utbildning.

Det finns ett säkerställt samband mellan yrkeskompetent personal och god kvalitet i vård och omsorg, vilket gör att kompetensnivån hela tiden måste säkerställas och på sikt höjas.¹¹ Möjligheterna till utbildning och vidareutbildning till de yrken som finns i kommunal vård och omsorg, främst undersköterska och vårdbiträde, måste vara goda, tillgängliga och flexibla.

¹¹ Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, SOU 2017:21.

Det största inflödet till arbete i vård och omsorg som undersköterska eller vårdbiträde sker via den kommunala vuxenutbildningen. Från gymnasiet examineras knappt 3 000 personer per år. Med en utbildningsvolym på dagens nivå blir tillskottet från komvux därutöver uppskattningsvis cirka 10 000 personer årligen¹². Vuxenutbildningens utformning, kvalitet och volym har således en avgörande betydelse för kompetensförsörjning av såväl undersköterskor som vårdbiträden. Stor vikt bör därför läggas vid att säkra förutsättningar för kvaliteten i denna utbildningsform.

SKR och de fackliga organisationerna har en stor samsyn och har genom åren tillsammans lagt fram flera avsiktsförklaringar, överenskommelser och avtal som syftar till att stärka kompetensförsörjningen i kommunal vård och omsorg. Ett sådant exempel är det kompetenslyft för äldreomsorgen som regeringen presenterade i maj 2020. Satsningen bygger på ett förslag från SKR och Kommunal, och tanken är dels att höja kompetensnivån hos den befintliga personalen, dels att attrahera permitterade och uppsagda personer från andra branscher att ta steget och yrkesväxla till ett arbete inom äldreomsorgen. Satsningen siktar också mot att fler tidsbegränsat anställda ska få relevant utbildning och bli tillsvidareanställda.

Andra exempel på kompetenshöjande insatser för personalen inom äldreomsorgen är:

- **Vård- och omsorgscollege.** SKR driver tillsammans med Kommunal, Vårdföretagarna, KFO och Sobona Vård- och omsorgscollege som finns på nationell, regional och lokal nivå i hela landet (utom Gotland och Blekinge). Syftet är bland annat att säkra kvaliteten i utbildningen till undersköterska och vårdbiträde genom samverkan mellan arbetsliv och utbildning. Inom ramarna för Vård- och omsorgscollege togs ”yrkespaket” till först undersköterska och sedan vårdbiträde fram för att skapa en enhetlig och kvalitativ utbildning som rimmar med arbetslivets behov. När Skolverket på uppdrag av regeringen tog fram nationella yrkespaket till alla yrkesutbildningar inom komvux utformades de i enlighet med dessa. Även arbetsmarknadsutbildningen till vård och omsorg överensstämmer numera med yrkespaketet till vårdbiträde. Från parterna har syftet varit att skapa en strukturerad och kvalitativ väg

¹² Vård- och omsorgscollege

in till arbete i vård- och omsorg.

- **Avsiktsförklaring med Kommunal.** SKR och Kommunal har en avsiktsförklaring om kompetenshöjning inom vård- och omsorg. Parterna har bland annat definierat en modell för karriärutveckling och yrkesutveckling (vårdbiträde, undersköterska, specialistundersköterska) och gemensamt drivit frågor om ökad kvalitet och enhetlighet i vuxenutbildningen, yrkeshögskoleutbildningen, metod för validering osv. En avsiktsförklaring 2.0 kommer troligtvis tas fram parallellt med avtalsförhandlingarna hösten 2020.
- **Språkkompetens.** SKR arbetar med frågan om språkutvecklande arbetsplatser både enskilt och inom ramarna för Vård- och omsorgscollege. Exempel är framtagande av en webbplattform, särskilt stöd till chefer att arbeta språkutvecklande och ”språkbudskonceptet”. SKR vill också öka möjligheterna för personer i arbetslivet att kombinera jobb och språkundervisning. Idag är det oklart hur personer ska kunna ta del av språkundervisning när de är i arbetslivet, särskilt om de redan har fått godkända betyg från svenska för invandrare (sfi) och svenska som andraspråk (sva). SKR vill också att möjligheterna för kombinationsutbildningar ska öka, till exempel att språkundervisning integreras med vård- och omsorgsutbildning.

Fler anställda med rätt kompetens i äldreomsorgen, färre tidsbegränsat anställda och fler heltidsanställda kommer att ge tryggare anställningar och därmed bättre villkor. Genom en stabilare bemanning kommer arbetsmiljön att förbättras för den befintliga personalen. Allt detta kommer att bidra till en stärkt kvalitet i äldreomsorgen.

3.11 Tidsbegränsat anställda i vård och omsorg

Verksamheterna i kommuner består i hög grad av kontaktyrken, vilket medför att korttidsfrånvaro oftare måste ersättas än i verksamheter med yrken som inte arbetar med människor. Enligt SCB:s Arbetsmiljöundersökning 2017 hade 70 procent av de kommunanställda ett arbete som innebär kontakt med andra minst hälften av tiden (ett kontaktyrke). Motsvarande siffra för samtliga sysselsatta på arbetsmarknaden är 58 procent. Det finns även olika typer av kontaktyrken, i kommuner och regioner handlar det främst om människovårdande yrken.

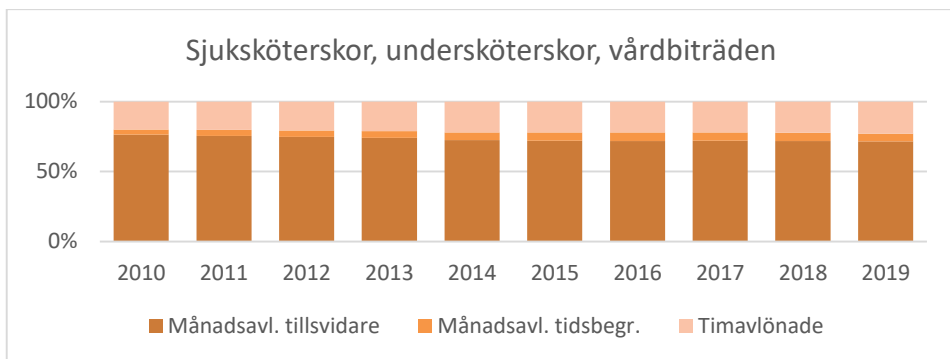
SKR:s grunduppfattning är att arbetsgivarna ska anställa på heltid och i första hand som tillsvidareanställning. I och med coronapandemin kan det på grund av ökad sjukfrånvaro snabbt uppstå personalbrist, och det kan finnas behov av att anställa under begränsad tid. För att underlätta personalförsörjningen och undanröja frågetecken kring rätten till sjuklön kan anställning på 15 dagar eller längre användas.

Tidsbegränsade anställningar kan ha olika karaktär. Inom gruppen tidsbegränsade anställningar finns därför både sådana anställningar som pågår under viss tid och så kallade intermittenta anställningar (anställda vid behov). Anställningar som pågår under viss tid kan vara av olika omfattning och längd, det kan exempelvis röra sig om ett vikariat som pågår under 1 år. Förutom vikariat finns även exempelvis allmän visstidsanställning (AVA) och säsongsanställning.

SCB:s Arbetskraftsundersökning (AKU) visar att andelen tidsbegränsat anställda inom kommunal vård och omsorg är något högre än snittet för hela arbetsmarknaden.¹³ SKR:s personalstatistik visar att 72 procent av de anställda inom vård och omsorg i kommunerna är tillsvidareanställda, medan månadsavlönat tidsbegränsade anställda står för 6 procent och timavlönade för 23 procent (se diagram nedan). Sett till arbetad tid står tillsvidareanställda för 78 procent av den arbetade tiden, medan månadsavlönat tidsbegränsade anställda står för 6 procent och timavlönade för 16 procent.¹⁴

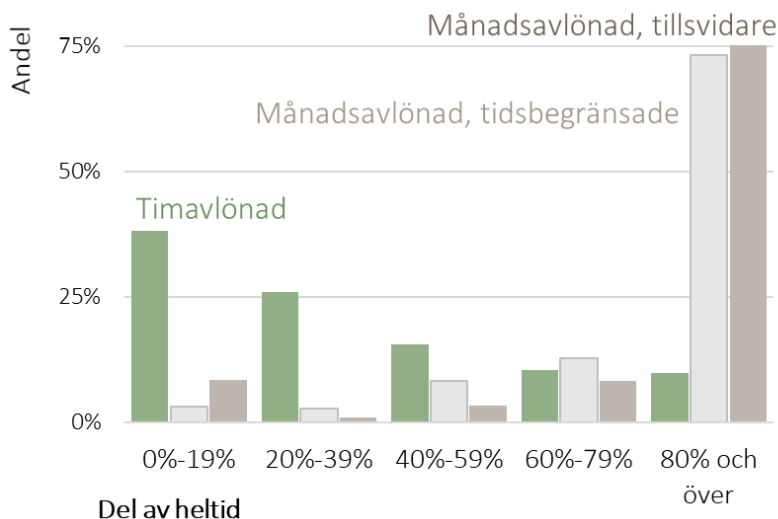
¹³ 18 procent inom Vård och omsorg jämfört med 16 procent för hela arbetsmarknaden. Eftersom AKU är en urvalsundersökning och mäter på annat sätt än SKR:s personalstatistik är uppgifterna inte direkt jämförbara.

¹⁴ SKR:s personalstatistik 2019.



Antal anställda per löne- och anställningsform 2010-2019. Population: Kommuner inklusive kommunalförbund, Huvudöverenskommelsen (HÖK), månads- respektive timavlönade, anställda (unika individer) inklusive helt lediga. Personalgrupper: Sjuksköterskor exklusive skol-/företagssköterskor, Undersköterskor och skötare samt Vårdbiträden.

Timavlönade har ett annorlunda arbetstidsmönster än månadsavlönade. Månadsavlönade (både tillsvidare och tidsbegränsade) arbetar i genomsnitt dubbelt så mycket som timavlönade. Hur mycket timavlönade arbetar varierar dessutom över året. Att dela upp de tidsbegränsat anställda i månads- och timavlönade ger därför en bättre bild av hur det ser ut.



Källa: SKR, personalstatistik, nov 2019. Population: Månads- och timavlönade, Huvudöverenskommelsen (HÖK).

För timavlönade är arbetad tid den mest relevanta enheten. Arbetad tid säger mer om en organisations beroende av timavlönade än antal anställda, eftersom de timavlönade är relativt många jämfört med hur stor andel av verksamhetens arbetstid de utför.

Tidsbegränsade anställningar är vanligast bland yngre och äldre medarbetare. Antalet 65 år och äldre som arbetar kvar, eller kommer tillbaka efter pensionering, har ökat kraftigt på senare år. Sedan år 2005 har antalet anställda i kommuner ökat från 7 000 till 34 000 personer för denna grupp. Detta avser både månads- och timavlönade.

3.12 Medarbetare per chef

Enligt de grova analyser SKR i dagsläget kan göra rörande antalet medarbetare per chef går det inte att skönja någon egentlig förändring på detta område under senare år. Detta gäller även inom verksamhetsområdet vård och omsorg, där äldreomsorgen utgör större delen. Det är dock svårt att uttala sig om exakta nivåer, på grund av svårigheter att klassificera chefer utifrån verksamhetsområde. En anställd kan i praktiken vara sysselsatt inom

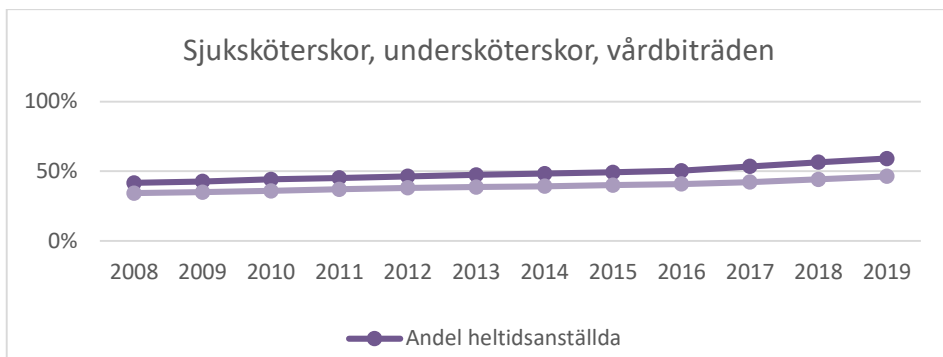
flera verksamheter, men det är endast möjligt att koda en av dessa i SKR:s löne- och personalstatistik, vilket leder till både under- och överskattning av antalet anställda per verksamhet. Det gäller i hög grad bland chefer, då det är vanligt att framförallt högre chefer ansvarar för flera verksamheter.

3.13 Heltidsarbete som norm

SKR har tillsammans med Kommunal sedan flera år tillbaka arbetat för att heltidsarbete ska bli norm i kommuner och regioner (Heltidsresan). För detta krävs en grundläggande förändring av verksamhetens organisering. Det behövs en dialog om kulturen på arbetsplatsen och de förändringar som är nödvändiga för att organisera och bemanna en heltidsorganisation. En bra arbetsmiljö, vikten av återhämtning och en långsiktigt hållbar arbetstidsförläggning är viktiga faktorer i omställningen till en heltidsorganisation.

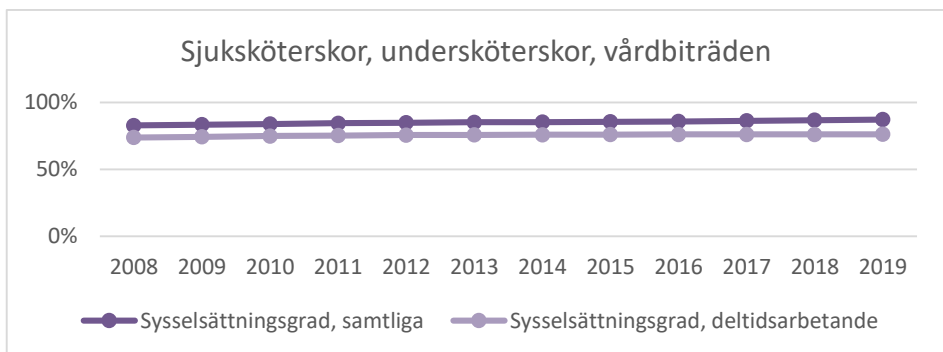
Att fler inom välfärdens yrken arbetar heltid innebär att den kompetens som redan finns tas tillvara på ett bättre sätt, samtidigt som den enskilde medarbetarens ekonomiska trygghet och självständighet ökar. Om en större andel av de anställda arbetar heltid behöver inte lika många nya medarbetare rekryteras. När fler arbetar heltid skapas bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet i verksamheten. Att göra heltidsarbete till norm också för kvinnor är förmodligen den viktigaste jämställdhetsinsatsen som kan göras på svensk arbetsmarknad.

Andelen som är heltidsanställda och heltidsarbetande i de tre personalgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden är betydligt lägre än i övriga personalgrupper i kommunerna. 59 procent är anställda på heltid och 46 procent arbetar heltid. Genomsnittet för samtliga anställda i kommunen ligger på 81 respektive 69 procent. Ökningen går dock i en något snabbare takt i dessa tre grupper än övriga. Ökningen beror både på att många av de nyanställda arbetar heltid och att redan anställda som arbetar deltid går upp till heltid.



Andel heltidsanställda respektive heltidsarbetande 2008-2019. Population: Kommuner inklusive kommunalförbund, Huvudöverenskommelsen (HÖK). Heltidsanställda: månadsavlönade, anställda (unika individer) inklusive helt lediga. Heltidsarbetande: månadsavlönade, sysselsatta (anställda exklusive helt lediga). Personalgrupper: Sjuksköterskor exklusive skol-/företagssköterskor, Undersköterskor och skötare samt Vårdbiträden.

Ett annat mått som relaterar till heltid är sysselsättningsgrad. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden har också ökat, precis som andelen heltidsarbetande, men inte i lika hög grad. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden för samtliga (både heltids- och deltidarbetande) var 92 procent i kommuner år 2019. I dessa tre personalgrupper var den 87 procent. Bland deltidarbetande i kommuner var den genomsnittliga sysselsättningsgraden 74 procent och i dessa tre personalgrupper 76 procent.



Genomsnittlig sysselsättningsgrad i procent av heltid 2008-2019. Population:

Kommuner inklusive kommunalförbund, Huvudöverenskommelsen (HÖK), månadsavlönade, sysselsatta (anställda exklusive helt lediga).

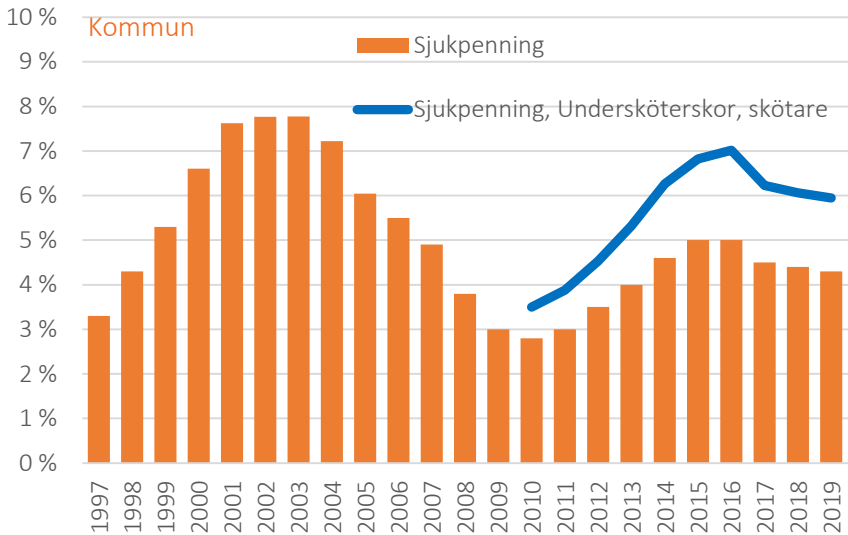
Personalgrupper: Sjuksköterskor exklusive. skol-/företagssköterskor, Undersköterskor och skötare samt Vårdbiträden.

Att den genomsnittliga sysselsättningsgraden bland samtliga i kommuner har ökat mer än bland deltidsarbetande förklaras av att antalet heltidsarbetande har ökat (de som arbetar 100 procent). Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är betydligt högre än andelen heltidsarbetande i både kommuner och regioner. Detta beror dels på att omkring 70 procent arbetar heltid (arbetar 100 procent), dels på att de som arbetar deltid ofta arbetar relativt mycket.

3.14 Sjukfrånvaro i kommuner

Utvecklingen av sjukfrånvaron i kommun och region följer samma mönster som arbetsmarknaden i övrigt. Det finns långa cykler av ökning och minskningar. Ökningen sedan 2010 övergick under 2017 till en minskning. På sikt eftersträvas att komma bort från dessa svängningar och istället hitta former för att hålla sjukfrånvaron på en låg och stabil nivå.

För den till antalet största personalgruppen i äldreomsorgen - undersköterskor, skötare - är andelen som har sjukpenning lite högre än snittet för samtliga kommunanställda. Undersköterskors sjukfrånvaro följer samma utvecklingsmönster som övriga kommunanställda, som i sin tur följer mönstret på arbetsmarknaden i övrigt.



Sjukfrånvaro som varar längre än 30 dagar, oavsett hel- eller deltid. Andel i procent av samtliga anställningar. Källa: SKR, personalstatistik, nov 1997-2019. Population: Månadsavlönade, Huvudöverenskommelsen (HÖK).

Kvinnor har ungefär dubbelt så hög sjukfrånvaro som män i samtliga sektorer. Kommuner följt av regioner är de sektorer som har högst sjukfrånvaro. En stor del av skillnaden mellan sektorerna förklaras av skillnader i arbetsplatsens storlek, geografi och typ av verksamhet. Det senare beror i stor utsträckning på den betydande delen kontaktyrken inom kommuner och regioner.

Arbetsmiljöverket har under tre års tid inspekterat kommunala och privata arbetsgivare i äldreomsorgen. I mars 2020 publicerade myndigheten sin slutrapport av satsningen. Kommunerna upplevde i stort inspektionerna som konstruktiva och ett välkommet bidrag i verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Inspektionerna ger vägledning till vilka åtgärder och insatser som krävs för att förbättra arbetsmiljön ute på arbetsplatserna. Arbetsmiljöverkets rapport visar också att verksamheterna har varit bra på att åtgärda och hantera de brister och risker som har pekats ut. Enbart i en

mycket liten andel av inspektionerna har Arbetsmiljöverket gått vidare med krav i form av vitesförelägganden.¹⁵

Från kommunernas sida råder det ingen tvekan om att brister och risker ska identifieras, hanteras och åtgärdas. Varje arbetsplats inom äldreomsorgen ska ha ett bra och långsiktigt systematiskt arbetsmiljöarbete, och det ska bedrivas tillsammans med medarbetare och skyddsombud. Alla medarbetare och allt arbete som utförs på arbetsplatsen måste omfattas.

I dialog med kommunerna har SKR pekat ut tre områden som är särskilt angelägna att fokusera på för att skapa en hållbar arbetsmiljö i äldreomsorgen: det systematiska arbetsmiljöarbetet, den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, och arbetsanpassning. SKR har en kontinuerlig dialog med Arbetsmiljöverket om hur erfarenheter och kunskap kan föras tillbaka till verksamheterna. Det är genom ett bra och långsiktigt systematiskt arbetsmiljöarbete som risker för ohälsa och olyckor kan upptäckas, hanteras och åtgärdas.

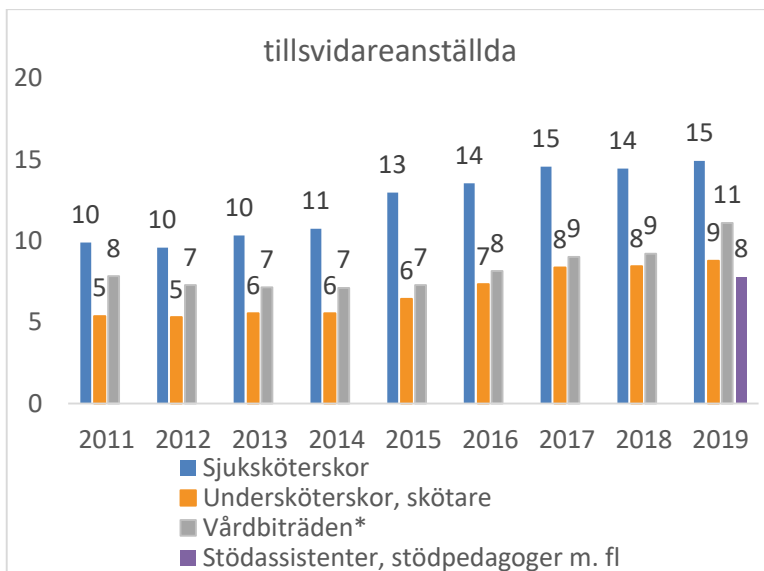
3.15 Personalrörlighet i kommunsektorn

Personalrörligheten inom kommunal vård och omsorg är något högre (18 procent) än genomsnittet på arbetsmarknaden (16 procent) och något lägre än vård och omsorg i privat sektor (20 procent).¹⁶

Andelen tillsvidareanställda som lämnat kommunsektorn var i genomsnitt åtta procent 2019. Avgångarna består av pensionsavgångar, byte av jobb till annan sektor samt personer som lämnar arbetet av andra skäl. Drygt en tredjedel av avgångarna består av personer som är 60 år och äldre.

¹⁵ Arbetsmiljöverkets Projektrapport äldreomsorgen 2017-2019.

¹⁶ SCB, registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS), 2018.



*Andel som lämnat sektorn, 2011-2019. Population: Månadsavlönade, tillsvidareanställda, Huvudöverenskommelsen (HÖK). * Vårdbiträden, vårdare (t.o.m. 2017), Vårdbiträden (fr.o.m. 2018)*

Inom gruppen undersköterskor var andelen tillsvidareanställda som lämnat år 2019 ungefär lika stor som snittet för kommunerna (9 procent). Andelen är något högre bland vårdbiträden (11 procent). I gruppen sjuksköterskor är det en högre andel som lämnar kommunsektorn (15 procent), och en tredjedel av sjuksköterskorna som lämnar går till regionerna. Personalgruppen Stödassistenter, stödpedagoger med flera skapades 2018 och påverkar jämförelsen med tidigare år.¹⁷ Detta kan förklara ökningen bland vårdbiträden 2019.

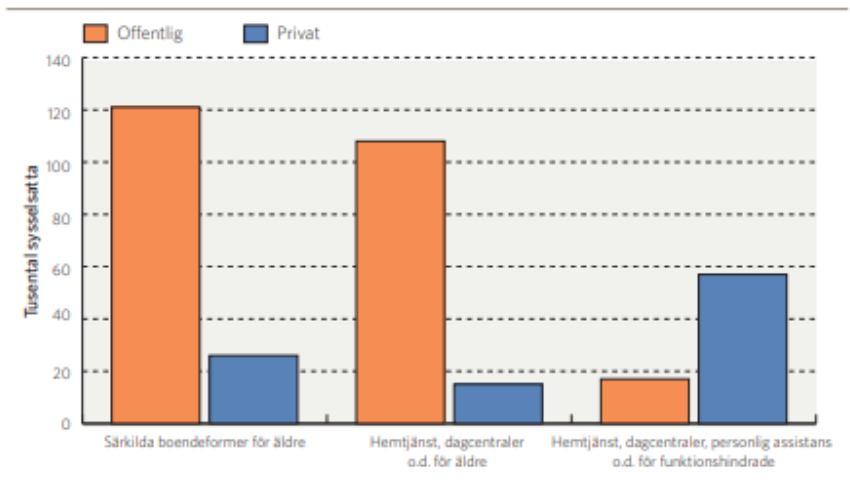
¹⁷ Dessa redovisades tidigare främst inom gruppen vårdbiträden, vårdare men även inom gruppen undersköterskor, skötare.

3.16 Utvecklingen av antalet anställda

Under de senaste 10 till 15 åren har en allt större andel av den kommunala verksamheten överförs till att utföras av externa (privata och ideella) anordnare på uppdrag av kommuner och regioner. 15 procent av äldreomsorgen utfördes av externa anordnare år 2018, att jämföra med 9 procent år 2008. I vissa kommuner har utförandet av äldreomsorg även flyttats över från kommunen till kommunala bolag. Vid en uppföljning av antalet anställda per person över 80 år inom äldreomsorgen måste även sådana som arbetar hos privata och ideella organisationer samt i kommunala bolag medräknas.

I rapporten ”Köp av verksamhet” som SKR årligen publicerar tydliggörs hur fördelningen ser ut mellan offentligt och privat anställda inom särskilt boende, hemtjänst och verksamhet inom funktionshinderområdet. 2018 arbetade 41 000 anställda hos privata utförare och 229 000 anställda i kommuner och kommunala bolag. Sammantaget fanns år 2018 totalt cirka 270 000 anställda inom äldreomsorgen.

Fördelning anställda inom äldreomsorgen i tusental år 2018



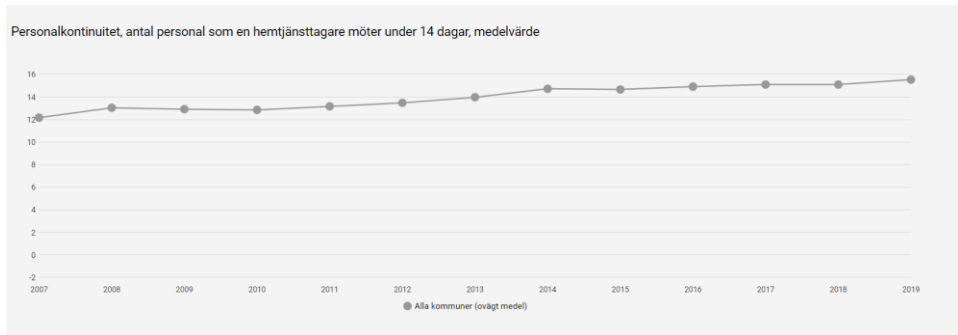
Källa: SCB, RAMS SNI (Femsiffrig nivå) Från ”Köp av Verksamhet 2019” SKR

År 2007 arbetade 227 000 offentligt anställda i kommuner och kommunala bolag inom äldreomsorgen. Andelen äldreomsorg som utfördes hos privata anordnare var då endast 9 procent av den totala äldreomsorgen. Antalet anställda hos privata anordnare var då 22 000. Det innebär att det år 2007 totalt sett arbetade cirka 250 000 anställda inom äldreomsorgen.

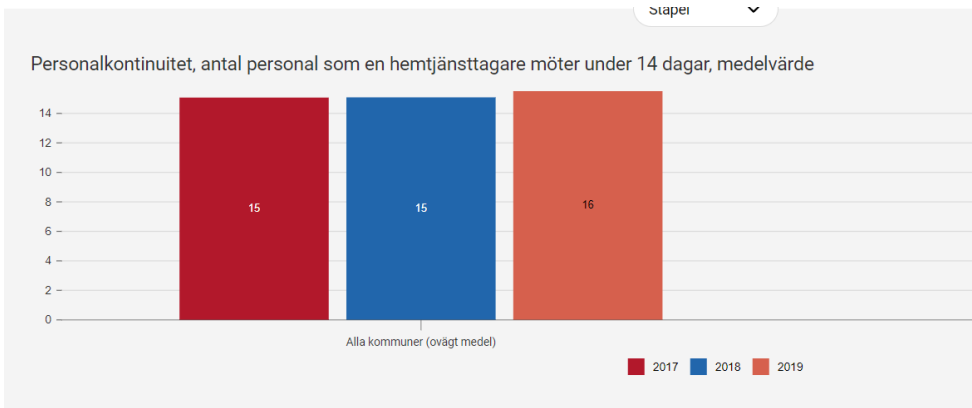
Hur har då utvecklingen sett ut per person över 80 år? 2008 fanns det 493 000 personer över 80 år i Sverige och år 2018 hade dessa ökat till 522 000 personer. Detta innebär att antalet anställda inom äldreomsorgen per person över 80 år har ökat från 0,51 till 0,52 mellan år 2007 och 2018. Samtidigt har antalet sysselsatta per brukare kunnat öka både för de personer som beviljats hemtjänst och de som bor i särskilt boende. Hur detta har kunnat fungera beskrivs i avsnitt 3.18 Utveckling av kostnader inom äldreomsorgen.

3.17 Personalkontinuitet i hemtjänsten

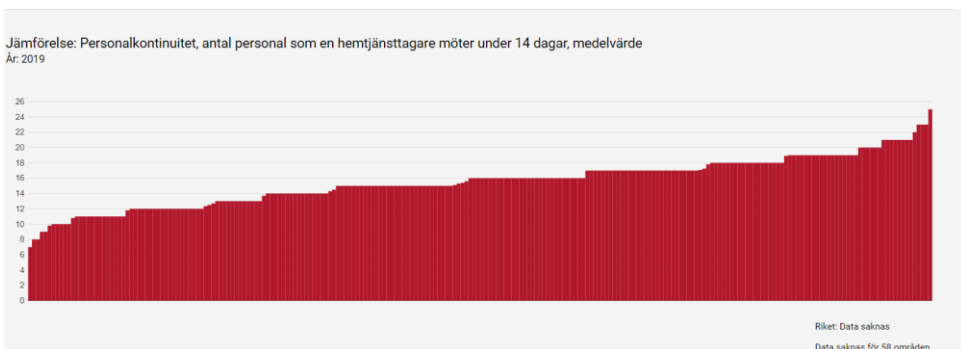
Antal personal som en äldre med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod har ökat under de senaste 13 åren, från 12 personer år 2007 till 16 personer i den senaste mätningen från hösten 2019. Även här är variationen mellan kommunerna stor, och har varit det över tid.



Staplarna nedan visar utvecklingen för riket de senaste tre åren. Antalet personer som en hemtjänstmottagare möter under en 14-dagarsperiod har ökat från 15 till 16 i den senaste mätningen, hösten 2019.



Variationen är stor mellan kommunerna. Figuren nedan visar spridningen för kommunerna för år 2019. I kommunen med lägst värde (bästa värde) mötte den äldre sju personal under en 14-dagarsperiod, och i den kommun med högst värde mötte den äldre med hemtjänst 26 personal under en 14-dagarsperiod.



3.18 Utvecklingen av kostnader inom äldreomsorgen

Kostnaden för äldreomsorg har sedan 2000 ökat med 45 procent i löpande priser per invånare över 65 år. Den gruppen är dock inte så relevant att jämföra med, då få brukare inom äldreomsorgen är yngre än 80 år. I åldersgruppen 80 år och äldre är kostnadsökningen 60 procent. Den genomsnittliga kostnaden per hemtjänsttagare för alla kommuner, när dessa inte vägts samman utifrån storlek, uppgick 2018 till 253 000 kronor per år. Kostnaden per brukare i särskilt boende var 945 000 kronor per år. Det är dock stora variationer mellan olika kommuner.

Ökning av kostnader för Äldreomsorg, år 2000 jämfört med 2018.

	År 2000	År 2018
Kostnad för Äldreomsorg/ invånare 65 år och äldre	44 412 kronor	64 749 kronor
Kostnad för Äldreomsorg/ invånare 80 och äldre	155 089 kronor	249 532 kronor

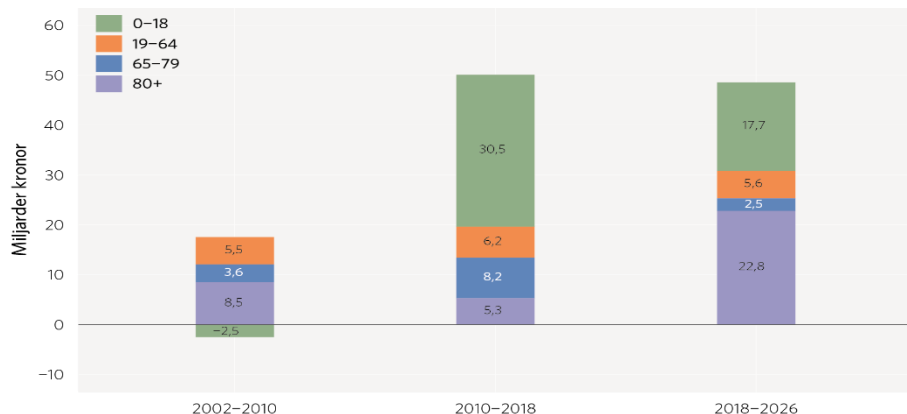
Källa: KOLADA.

Äldreomsorgen står för en stor del av kommunernas kostnader. Under 2018 uppgick kostnaderna till 126 miljarder kronor, eller 18,4 procent av kommunernas totala kostnader. I den offentliga debatten påstås ofta att kommunerna har dragit ned inom äldreomsorgen, vilket är felaktigt. Ibland bottnar sådana påståenden i jämförelser med andra verksamhetsområden i kommunerna, där kostnaderna ökat snabbare. Men kostnadsutvecklingen inom olika verksamheter behöver relateras till demografin.

Bilden nedan visar att om kostnaderna skulle ha följt ökningen av befolkningsgruppen 80+ skulle de ha ökat ytterst beskedligt under 2000-talet. De stora demografiska behovsökningarna i kommunerna har främst gällt barn och unga. Att det skett en kostnadsandelsförändring mot verksamheter som skola och barn- och ungdomsvård är därför naturligt. Om kostnaderna skulle ha utvecklats exakt i takt med demografin skulle den pedagogiska verksamheten ha ökat kraftigt under 2000-talet. Inom äldreomsorgen har trycket från demografin varit betydligt långsammare då antalet i befolkningen 80+ ökat långsamt. Det blir därför inte rimligt att jämföra

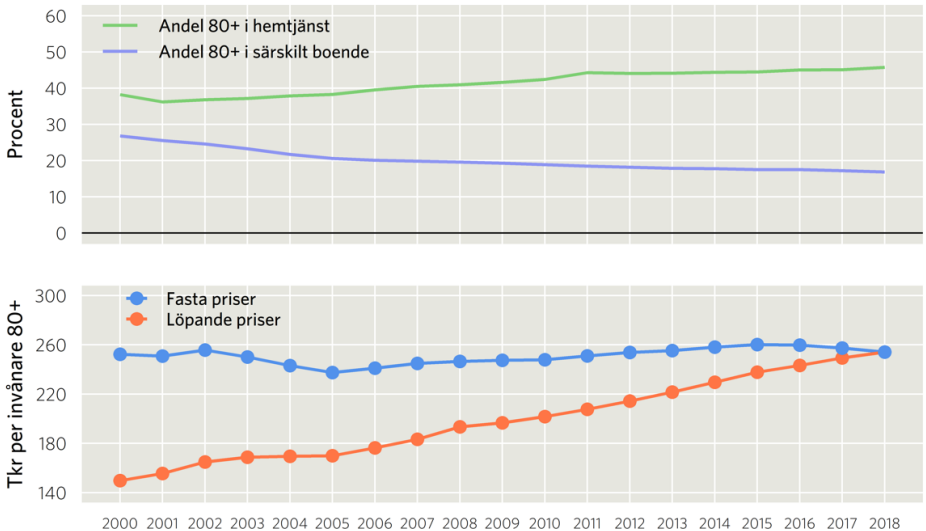
kostnadsutvecklingen mellan olika områden med varandra då utvecklingen av befolkningen i olika åldersgrupper varit så ojämn. Kommande år kommer dock befolkningen över 80 år att öka mycket snabbt. Det är därför viktigt att det framöver finns resurser till gruppen över 80 år.

Beräknade kostnader för demografiska förändringar under olika tidsperioder i miljarder kronor fasta priser



Källa: SCB och SKR (Ekonomirapporten maj 2020)

Kostnadsutveckling och fördelning hemtjänst och äldreboenden äldreomsorg per invånare 80+



Källa: SCB och SKR

Den övre bilden visar den omställning som skett inom äldreomsorgen. Andelen personer 80+ som får hemtjänst har ökat från cirka 40 procent år 2000 till drygt 45 procent 2018. Andelen som får särskilt boende har i stället minskat från drygt 25 procent till knappt 17 procent. Det innebär att cirka 62 procent av personerna över 80 år idag får stöd via hemtjänst eller särskilt boende, jämfört med 65 procent år 2000.

Det har alltså både skett en svag minskning av personer som får insatser och en successiv omfördelning mellan hemtjänst och särskilt boende, där en större andel personer över 80 år får hemtjänst och en mindre andel av personer över 80 år får särskilt boende. Att ge stöd inom hemtjänst kostar i genomsnitt cirka 250 000 kr per person och år och en plats på äldreboende kostar i genomsnitt 870 000 kr per år (där alla kommuners genomsnittliga kostnad vägts ihop utifrån storlek). På detta sätt används resurserna inom äldreomsorgen mer effektivt.

Om fördelningen och andelen som fick hemtjänst och särskilt boende låg kvar på samma nivå som år 2000 skulle de totala kostnaderna för boende och hemtjänst vara drygt 30 miljarder högre än de är idag. Att ställa om sättet att bedriva äldreomsorg på, och ge en större andel äldre hemtjänst i stället för särskilt boende, har inneburit att mer resurser har kunnat läggas per brukare både inom hemtjänsten och på de särskilda boendena.

Ett skäl till att en totalt sett mindre andel äldre får stöd, och att fler får hemtjänst i stället för särskilt boende, kan också vara att hälsan hos den äldre delen av befolkningen har ökat de senaste 20 åren. En person över 80 år har bättre hälsa i dag än en person i befolkningsgruppen 80+ hade år 2000. Detta kan också avläsas i den ökade medellivslängden. År 2000 var medellivslängden för män 77,4 år, 2019 hade den ökat till 81,3 år. Motsvarande ökning för kvinnor är från 82 till 84,7 år.

Som en följd av att äldreomsorgen ställts om har kommunerna alltså kunnat lägga mer resurser per brukare både inom hemtjänsten och inom särskilda boenden. Kostnaden per brukare och år inom ordinärt boende (hemtjänst) har ökat med 39 000 kronor i fasta priser, eller 21 procent. Inom särskilt boende är ökningen 24 procent, vilket motsvarar en ökning av kostnaderna i fasta priser med 160 000 kronor per brukare och år under 2000-talet. Mer än 75 procent av kostnaderna inom äldreomsorgen är personalkostnader, vilket också innebär att personaltätheten per brukare har ökat under perioden.

Kostnadsutveckling äldreomsorg i fasta priser 80+



Källa: SCB och SKR (Ekonomirapporten maj 2020)

3.19 Digitalisering och välfärdsteknik

Digital teknik har stor potential att bidra till att äldre personer ska kunna bo kvar hemma, känna sig trygga och vara delaktiga i samhället. Med rätt stöd kan äldre leva mer självständigt och behovet av omsorg minska. Digital teknik kan också bidra till mer social samvaro för att bryta upplevd ensamhet och isolering. Den välfärdsteknik som införs i äldreomsorgen ska gynna både personalen och de äldre. Nya tekniska lösningar ska tillgodose äldres behov på nya sätt samtidigt som mer tid kan frigöras för möten mellan den äldre och omsorgspersonalen.

I Socialstyrelsens rapport ”E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020”, med redovisning av den senaste E-hälsoenkäten, framkommer att införandet av välfärdsteknik har ökat under senare år men att det fortfarande oftast sker via testverksamhet. Även där välfärdsteknik är en del av den ordinarie driften är det ett fåtal personer som får ta del av tekniken.

2018 hade 246 000 personer hemtjänstinsatser. En uppskattning är att minst 10 procent, 25 000, av dessa har behov av tillsyn och insatser även på natten. I Socialstyrelsens rapport framkommer att 66 procent av kommunerna erbjuder digital tillsyn på natten, men det är endast 2 148 personer som omfattas av tekniken. En annan digital insats som erbjuder ökad trygghet och frihet att röra sig fritt utanför hemmet är positioneringslarm, gps-larm. 68 procent av kommunerna erbjuder gps-larm men bara 1 299 personer omfattas av dem. Det är dessutom tre kommuner som ensamma svarar för mer än hälften av dessa larm. Båda dessa exempel visar att det finns utrymme för att digitala insatser ska kunna erbjudas betydligt fler.

Regeringen och SKR har av den anledningen under februari 2020 träffat en överenskommelse för åren 2020-2022 om ”Äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus”. Överenskommelsen syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla genom digitalisering inom äldreomsorgen.

Genom att stödja kommunerna både ekonomiskt och i frågor om förändringsledning, upphandling, informationssäkerhet, infrastruktur m.m. ska kommunerna ges bättre förutsättning att utveckla och implementera nya arbetssätt med adekvata tekniska verktyg. Överenskommelsen består av dels ett riktat statsbidrag till alla kommuner och särskilda medel till tio modellkommuner vilka ska ha kommit lite längre med införandet av välfärdsteknik, dels medel till SKR för att kunna utforma och tillhandahålla ett kommunövergripande stöd.

SKR har nyligen inrättat ett nationellt kompetenscenter och utsett de tio modellkommunerna. Kompetenscentret ska tillsammans med modellkommunerna ge stöd till andra kommuner och de regionala samverkans- och stödstrukturerna för digitalisering av olika tjänster. Modellkommunerna ska även implementera ytterligare digitala lösningar i den egna kommunen, för att generera ytterligare kunskap och erfarenhet som i nästa skede ska komma hela landet till del.

4. Äldreomsorgen och coronapandemin

Coronaviruset har drabbat Sverige hårt under våren 2020. I början av april blev det tydligt att många äldre hade insjuknat i covid-19 och att det fanns ökad smittspridning på äldreboenden. Det ledde till en ökad oro bland såväl brukare och anhöriga som bland personal. Det är tyvärr inte konstigt att den snabba samhällsspridningen även nådde äldreomsorgen.

En av flera förklaringar är att de som bor på äldreboenden, precis som vi andra, är en del av samhället. På äldreboenden bor och lever människor sina liv, umgås med varandra, träffar vänner, familj och personal. Äldreboenden är inte isolerade sjukhusavdelningar, det är äldre människors hem.

Begränsningar i socialtjänstlagen medför att äldreomsorgen, till skillnad från hälso- och sjukvården, inte får prioritera de mest akuta behoven. Det betyder att promenader och städning hos en pigg äldre har samma prioritet som omvårdnad hos en som är mycket sjuk. Äldreomsorgen får heller inte flytta runt de äldre till särskilda avdelningar utan deras medgivande. Det är viktigt att vi har det så. Det har vi valt genom demokratiska beslut i riksdag och regering och i stor politisk enighet. Men det gör det också svårt när boendena behöver skilja smittade från friska och skydda de äldre under pandemin. Särskilt utmanande är det inom demensvården.

Exempel från kommunerna - Vingåker

Vingåkers kommun drabbades tidigt av coronasmitta i samhället som spred sig in i äldreomsorgen. Efter ett hårt arbete har verksamheterna i mitten av juni varit fria från smitta i sex veckor.

”Erfarenheter vi gjort är att det nära ledarskapet är viktigt. Det är viktigt att finnas på plats med information och stöd till personal, brukare och närstående som är oroliga. Och att inte glömma helhetsperspektivet att även se till personal som jobbar med mat, städ, vaktmästeri och transporter. Vi är medvetna om att smittan kan komma tillbaka men nu är vi bättre rustade och vet hur vi ska göra”, säger Karina Mattsson, äldreomsorgschef i Vingåker.

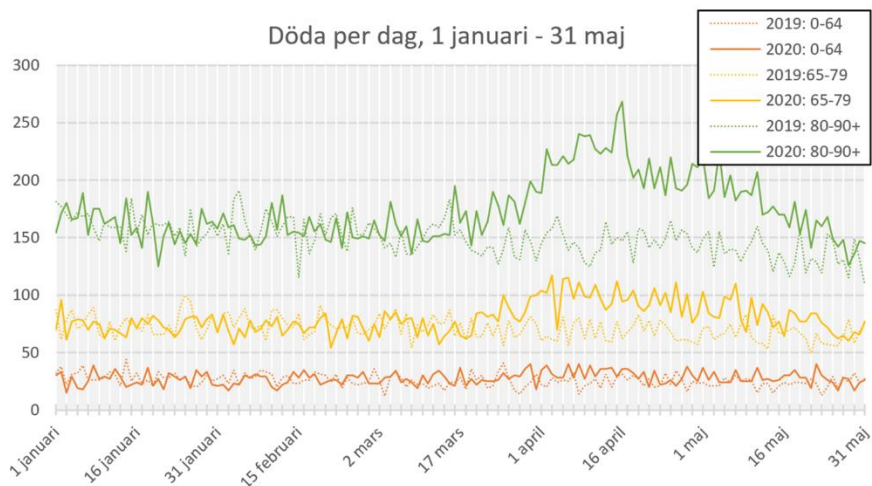
4.1 Äldre och covid-19

När äldre drabbas av covid-19 är riskerna större än för den yngre befolkningen. Enligt Folkhälsomyndigheten visar internationella studier att risken för att bli allvarligt sjuk ökar gradvis med stigande ålder: Vid 60–70 års ålder är risken dubbelt så hög att bli allvarligt sjuk som vid 50–60 års ålder. Vid 70–80 års ålder är risken ytterligare förhöjd, fem gånger så hög som vid 50–60 års ålder. För den som är över 80 år är risken mer än dubbelt så stor som vid 70–80 års ålder. Risken är inte bara högre för allvarlig sjukdom utan också för död ju äldre den insjuknade är. Något som återspeglas i väsentligt högre dödstal i dessa åldersgrupper, såväl i Sverige som internationellt.

Om man inte tittar på det totala antalet avlidna utan bara betraktar andelen som avlidit i olika åldersgrupper ser den internationella bilden tämligen likartad ut. Andel över 70 år som avlidit i covid-19 är till i mitten av juni i Finland 87 procent av det totala antalet döda enligt data från Institutet för Hälsa och välfärd, i Danmark är 88 procent av de avlidna över 70 år enligt data från Sundhetsstyrelsen och i Norge 87 procent enligt data från Folkehelseinstituttet. Motsvarande siffra i Sverige är 89 procent enligt data från Folkhälsomyndigheten. Andelen avlidna som är 70 år eller äldre skiljer sig alltså inte nämnvärt åt mellan de nordiska grannländerna trots att det totala antalet avlidna är väsentligt högre i Sverige.

Nedanstående diagram visar de totala dödstalen oavsett dödsorsak per dag 2019 och 2020 uppdelat per åldersgrupp. Från mitten på mars till slutet på maj går det att notera en överdödlighet i grupperna 65-79 och 80-90+ 2020 jämfört med 2019. Överdödligheten är mest påtaglig i den allra äldsta gruppen. Överdödligheten avspeglar väl antalet döda i covid-19. Hur stor överdödligheten i Sverige blir totalt i år återstår att se, detta beror både på hur covid-19 pandemin utvecklar sig och hur andra faror för de äldre äldre utvecklar sig under året.¹⁸ En kraftig värmebölja under sommaren eller en svår influensaperiod under hösten kan öka överdödligheten ytterligare och vi kan också få en underdödlighet under hösten.

¹⁸ Äldre äldre är ett begrepp som används för personer över 80 år.



Då dödligheten i gruppen äldre äldre som insjuknar i covid-19 är så pass mycket högre än för de yngre är det av allra största vikt att förhindra att de äldre insjuknar. Att förhindra smittspridning till särskilt boende när det föreligger samhällsspridning är mycket svårt, då särskilt boende är en del av samhället.

För att möjliggöra en viktig åtgärd har SKR tidigare ställt krav på besöksförbud på äldreboenden, något som regeringen sedan tog beslut om. Kommuner och regioner har sedan smittan blev känd i Sverige arbetat intensivt för att bromsa smittspridningen inte minst till äldreomsorgen. Som ett exempel införde Stockholms stad en mellanboendeform, dedikerad för personer som vårdats för covid-19, där personer kan bo efter utskrivning från sjukhus innan de klarar eget boende. Det innebär att risken minimeras för att personer som blir utskrivna från sjukhus med covid-19 tar med sig smittan tillbaka till sitt ordinära äldreboende.

4.2 Basala hygienrutiner

Att följa basala hygienrutiner är hörnstenen i smittskydd inom vård och omsorgsverksamheter. Folkhälsomyndigheten har tryckt på vikten av basala hygien- och klädrutiner inte minst i relation till äldreomsorgen och målet att

skydda den äldre befolkningen från covid-19. Karolinska institutet tog på Socialstyrelsens uppdrag fram nya webbutbildningar om basala hygienrutiner riktade till personal inom såväl kommuner som regioner. Utbildningarna lanserades innan påsk och har hittills genomgått av 150 000 personer i både kommuner och regioner.

Exempel från kommunerna - Kalix

Kalix kommun har deltagit i mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner 2019 och 2020. 2019 hade man en följsamhet till samtliga parametrar på dryga 61 procent. Efter förbättringsarbete har följsamheten ökat med 16 procent till 77 procent. På riksnivå var förbättringen 10 procent under ett år, från 56 procent till 66 procent.

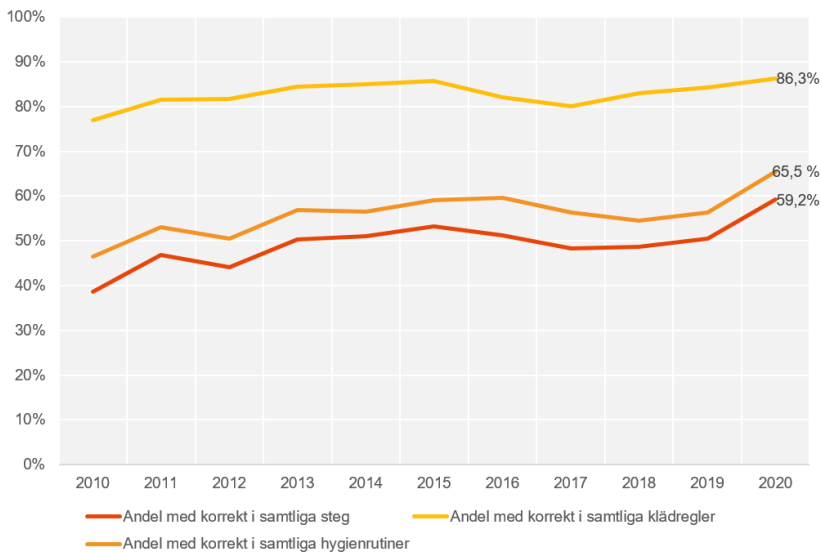
”Det är de basala hygienrutinerna som är grunden. Det är ett långsiktigt arbete som pågått i många år”, säger Eva Landin, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Kalix kommun.

Kalix hälsocentral har två läkare (1,5 tjänst) som sedan slutet av 2018 enbart arbetar mot kommunens särskilda boenden och den kommunala hälso- och sjukvården i ordinärt boende. De gör hembesök, både planerade och oplanerade, samt har telefontid för och eftermiddag måndag till fredag. Under coronapandemin har de utökat telefontiden att även gälla en timme per dag under helgdagar. Hälsocentralens läkarmedverkan kommer att utökas om behovet ökar under pandemin. Under loppet av en vecka har antalet bekräftade fall av covid-19 i Kalix ökat från drygt 20 till mer än 60 smittade individer. Kalix kommun har ännu ingen smitta på något äldreboende.

Utbildningarna baserar sig i Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien och gäller för alla verksamheter inom hälso- och sjukvård, tandvård och vid arbete inom hemtjänsten, särskilda boenden och vissa LSS-boenden. Basal hygien omfattar handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder - det vill säga åtgärder som ska tillämpas i den direkta vården och omsorgen för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

SKR har som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet erbjudit kommuner att delta i mätningar av hur väl personalen i kommunal hälso- och sjukvård följer de basala hygienrutinerna och klädreglerna. Dessa mätningar har pågått sedan 2010 och syftet är att erbjuda verksamheterna ett underlag att driva det egna förbättringsarbetet utifrån.

Andelen som hade korrekt följsamhet till samtliga hygienrutiner 2010 var 46,5 procent. 2020 hade den siffran förbättrats markant till 65,5 procent. Resultaten från de kommuner som mätt basala hygienrutiner och klädregler visar att följsamheten i samtliga steg har ökat till 59,2 procent jämfört med 50,5 procent föregående år. Drygt 7 800 medarbetare har observerats inom 71 kommuner. Ett område som tydligt förbättrats är andelen som genomför korrekt handdesinfektion före patientnära arbete där årets mätning visar 75,2 procent följsamhet jämfört med 66,2 föregående år.



Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler över tid. Källa: SKR

De så kallade punktprevalensmätningarna för basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) genomförs vanligtvis en gång per år, men SKR kommer att bjuda in till en ny mätning under hösten 2020. Syftet är att mäta om perioden med covid-19, som satt fokus på basala hygienrutiner, förbättrat personalens följsamhet till föreskriften.

Att resultaten succesivt förbättras är bra, men samtidigt är det långt kvar till 100 procent. För att öka efterlevnaden krävs utbildning och ökad kunskap om vikten av basala hygienrutiner och klädregler för att minska smittspridning. De regelbundna mätningarna är ett bra verktyg som både bidrar till ett lärande och fungerar som underlag för dialog på arbetsplatsträffar om vilka insatser som behövs för att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler ska bli bättre i den egna verksamheten. På så sätt skapas en delaktighet som bidrar både till en ökad patientsäkerhet och god arbetsmiljö.

Exempel från kommunerna - Skåne

I Skåne finns en välfungerande samverkansstruktur mellan regionen och länets 33 kommuner. Avtal som innebär att hygiensköterskor från regionen arbetar i den kommunala äldreomsorgen har varit en tillgång under coronapandemin. 85 procent av kommunala boenden i Skåne har i mitten av juni 2020 inte haft någon smitta alls. Exempel på åtgärder:

- Besöksförbud infördes 10 till 12 dagar innan det beslutades nationellt
- Kohortvård med covid-avdelningar och covid-team i hemtjänst finns i alla kommuner
- Frikostig provtagning av personal och brukare
- Information på många språk

4.3 Utrustning för att skydda både boende och personal

Skyddsutrustning behövs för att skydda personalen från smitta från äldre med covid-19 men också som skydd för de äldre, både från smittspridning mellan äldre på ett boende men också från smitta från personal med mycket diskreta symptom som varit i arbete. Då detta rör sig om en helt ny smitta har kunskapen om hur utrustningen ska nyttjas på bästa sätt vuxit fram succesivt. Nya studier publiceras löpande och Folkhälsomyndigheten har löpande uppdaterat sina kunskapsunderlag och rekommendationer. De grundläggande rekommendationerna har dock legat fast under hela pandemin; arbeta aldrig med symptom oavsett hur diskreta dessa är och tillämpa alltid basala hygienrutiner. Det är värt att beakta att det inte alltid är den utrustning som skyddar bäraren bäst som samtidigt skyddar den boende från smitta. Flera typer av avancerade andningsmasker har ventiler vilket innebär att bärarens utandningsluft ofiltrerad går ut i rummet. Det är därför av största vikt vid val av utrustning att alla aspekter beaktas och skydd för så väl personal som äldre säkerställs.

Alla måste kunna lita på att kommuner och regioner arbetar med vetenskapligt säkra metoder kring hygien och skyddsutrustning. Folkhälsomyndighetens rekommendationer, som bygger på den senaste kunskapen om coronaviruset, är grunden för det lokala arbetsmiljöarbetet. Personalen måste ges kunskap och förutsättningar att använda skyddsutrustning korrekt, både för att skydda sig själva mot smitta och för att skydda de äldre. Mer utrustning är inte alltid bättre – rätt sorts utrustning som används rätt vid rätt tillfälle skyddar, medan felaktig användning av till exempel avancerade andningsmasker snarare riskerar att öka smittspridningen.

Exempel från kommunerna - Krokoms kommun

När coronasmittan kom till Sverige bestämde sig Krokoms kommun för att se över samarbetet med hälsocentralen. Alla brukare i äldreomsorgen har fått en genomgång av sin läkemedelslista och sin individuella vårdplan. Hälsocentralen har avsatt en läkare som sköter alla kontakter med kommunens distriktssköterskor. Kommunens personal kan rapportera viktiga parametrar till läkaren digitalt och även genomföra videosamtal med patient, läkare och sjuksköterska samtidigt. Om detta inte räcker för bedömning görs gemensamma hembesök med kommunens distriktssköterska och hälsocentralens läkare.

I mitten av juni finns 72 känt smittade personer i Krokoms kommun. Inom äldreomsorgen finns inga smittade eller döda på äldreboende. Däremot finns bekräftad smittad personal på samtliga kommunens äldreboenden. En person med hemtjänstinsatser har varit verifierat smittad och tillfrisknat. Många är provtagna bland såväl boende som personal.

Initialt under pandemin var rekommendationen att vårdpersonal skulle bära full skyddsutrustning i alla kontakter med personer med bekräftad eller misstänkt covid-19. Detta innebar att åtgången på skyddsutrustning blev exceptionellt hög under samma tidsperiod som en global brist på många produkter uppstod, vilket innebar stora svårigheter att säkerställa tillgång på utrustning i alla verksamheter. Osäkerhet kring vilken utrustning som skulle användas när i kombination med den faktiska bristen på skyddsutrustning skapade stor oro. Många anställda menar att de inte har haft den utrustning som de hade behövt, vilket mycket väl kan ha bidragit till smittspridning. I de verksamheter som hade tillräcklig tillgång till skyddsutrustning fanns en oro hos personalen för att utrustningen trots allt skulle ta slut.

Under våren har flera kommuner kunnat få stöd av regionerna med utrustning, men denna möjlighet har varierat. I början av april gick därför de fyra största kommunerna in som borgenärer för en kredit från Kommuninvest, så att SKL Kommentus ska kunna agera inköpscentral för samtliga kommuners räkning. Syftet med upplägget var att Inköpscentralen genom mer omfattande beställningar skulle ha större möjlighet att agera på världsmarknaden och säkra skyddsutrustning till kommunerna.

4.4 Testning av brukare och personal

Att få till stånd en ändamålsenlig bred testning avseende pågående covid-19 har tagit tid och är ett arbete som fortsatt pågår. Regionerna tar ett övergripande ansvar för testningen och har åstadkommit en mycket snabb utveckling under den senare delen av våren. Omfattningen av testning

avseende pågående covid-19 ökar nu stadigt. Strategin för testning behöver kunna anpassas utifrån vilken fas i pandemin respektive län befinner sig i och den lokala strategin för testning bör utgå från det regionala smittskyddet med basen i Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Redan i ett tidigt skede identifierades att äldre inom äldreomsorgen var en särskilt utsatt grupp där såväl testning av personal som äldre skulle genomföras på vida indikationer. Trots att detta tidigt var Folkhälsomyndighetens rekommendation har många kommuner återkommande lyft att det varit svårt att få till stånd en bred testning inom äldreomsorgen. Tillgång till ändamålsenlig testning med utgångspunkt i Folkhälsomyndighetens rekommendationer är ett viktigt verktyg för att kunna begränsa smittspridningen inom äldreomsorgen och därför prioriterat att säkerställa.

Exempel från kommunerna - Västra Götaland

Inom Västra Götalands län har Vårdhygien arrangerat och genomfört webinarier riktade mot chefer, legitimerad personal samt fackliga företrädare inom vård och omsorg samt socialtjänst. Vid webinarierna fanns det tillfällen att ställa frågor direkt till vårdhygien kring bland annat rutiner riktade mot kommunerna, provtagning och skyddsutrustning.

Under några veckor i april medverkade cirka 2000 medarbetare. Det var ett mycket uppskattat sätt att få möjlighet att ställa frågor och det bidrog till en tydlighet och trygghet i verksamheterna. Webinarierna spelades in på film och man kunde i efterhand gå in och ta del av dessa.

Utökningen av testning avseende pågående covid-19 är nu i en kraftig expansionsfas. I den överenskommelse kring testning som träffats mellan regeringen och SKR lyfts särskilt vikten av testning inom särskilt känsliga verksamheter som hemtjänst och särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen och LSS.¹⁹ Vid en förfrågan till samtliga kommuner som SKR genomförde under slutet av våren är det nu endast ett fåtal kommuner som saknar strukturerad samverkan med regionerna kring testning.

¹⁹ Ökad nationell testning för covid-19, 2020 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

4.5 Vård i livets slutskede vid covid-19

I mitten av juni 2020 har över 2 500 dödsfall registrerats i Svenska palliativregistret där covid-19 angivits som diagnos. Över 1 500 av dessa har ägt rum i kommunala boenden. Patienterna får enligt Svenska palliativregistret god hjälp med lindring av symptom som smärta och ångest. Problem med smärta och ångest under den sista tiden är mindre vanliga vid död i ordinarie boende på särskilt boende än vid vård på sjukhus. Förberedda ordinationer på lämpliga läkemedel är vanligare på särskilt boende än i slutenvården. De allra sjukaste och sköraste äldre mår oftast bäst av att slippa förflyttas om hälso- och sjukvården kan ges på ett säkert sätt i boendet. Men varje situation är unik varför individuella bedömningar alltid måste ligga till grund för medicinska beslut. Det handlar om teamarbete där läkaren gör de medicinska bedömningarna och där kommunens personal känner till den sociala situationen och personens önskemål.

Vid jämförelse mellan död i covid-19 och andra dödsorsaker kan konstateras att andnöd är vanligare i livets slutskede vid covid-19 än vid andra dödsorsaker. Allmänt i palliativ vård är 70 procent av de som dör fria från andnöd. Vid covid-19 är andelen döda utan andnöd 50 procent. Av de som dog i särskilt boende hade färre problem med andnöd; 65 procent hade inga sådana symptom jämfört med 24 procent på sjukhus. Nästan alla som dör i covid-19 kan få sina symptom på andnöd helt eller delvis lindrade. Knappt två procent av de döda upplevde ingen lindring alls. Smärtstillande behandling vid vård i livets slut ges idag ofta via smärtpumpar, något som också brukar kunna utföras på ett säkert sätt utanför sjukhus och ger möjlighet till mer välkontrollerad behandling.

Den vanligaste behandlingen av andnöd är morfin detta då andnöden sällan har sin grund i syrebrist (hypoxi). Det generella värdet av syrgasbehandling vid vård i livets slut vilar på en svag vetenskaplig och erfarenhetsmässig grund. Syrgasbehandling bör därför förbehållas patienter med påvisad syrebrist i vävnaderna och mindre än 90 procent syrgasmättnad i vila, det är också viktigt att patienten får en dokumenterad lindring av syrgasbehandlingen. Vid brådskande behov av syrgasbehandling som till exempel om brukare med covid-19 försämras med svårlindrad andnöd och hypoxi är sjukhusvård att föredra i de allra flesta fall för att möjliggöra skyndsamt behandling. De flesta särskilt boende tillhandahåller inte regelmässigt syrgasbehandling. Ett skäl är att syrgas är mycket brandfarligt och att det också finns en påtaglig explosionsrisk om syrgastuberna hanteras

felaktigt. Varje ordination av syrgas till personer i äldreomsorgen måste därför föregås av en riskanalys vilket medför att planering behövs för en god och säker vård. Personal som ska hantera utrustningen måste också ha utbildning.

Det sista levnadsdygnet börjar alla funktioner i kroppen släckas ner som förberedelse för döden. Det medför att personen inte kan äta och dricka, sover allt mer och ofta är medvetandesänkt. I detta skede gör dropp mer skada än nytta då kroppen inte längre kan tillgodogöra sig näring och vätska. Vid vård i särskilt boende och i hemsjukvård var det omkring 6 procent som fick dropp sista levnadsdygnet. Vid död på sjukhus fick 35 procent dropp.

Ett påtagligt problem under pandemin är att många patienter på grund av situationen dör ensamma. I särskilt boende är andelen som dött utan mänsklig närvaro i rummet 33 procent vid diagnosen covid-19 att jämföra med 16 procent vid andra diagnoser. 43 procent av de som dött på sjukhus har dött utan mänsklig närvaro mot 25 procent vid andra diagnoser. Att säkerställa att den som dör i covid-19 inte ska behöva dö ensam är en viktig åtgärd.

4.6 Behov av ändringar i regelverken

En särskild svårighet inom äldreomsorgen vid en situation som pandemin covid-19 är att socialtjänstlagen (2001:453) till skillnad från hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) inte medger rätt att prioritera mellan insatser till brukare. Vid risk för smittspridning bland brukare eller hög sjukfrånvaro bland personalen har socialtjänsten mycket begränsade möjligheter att ändra eller skjuta fram gynnande beslut för brukare utan att bryta mot lagen. Personal som till exempel vill skilja smittade från övriga brukare ställs inför etiska dilemman. Kommuner som vill värna en redan ansträngd hemtjänst från en potentiell överbelastning från sommargäster kan inte inom lagens ramar göra detta.

SKR uppvaktade den 23 mars regeringen med en hemställan om behov av tillfälliga ändringar i lagstiftningen med anledning av covid-19.²⁰ De viktigaste kraven i hemställan gällde kommunens möjlighet att förhindra smittspridning inom äldreomsorg och funktionshinderområdet samt möjlighet att få prioritera för att kunna ge den viktigaste omsorgen trots hög

²⁰ Behov av regeländringar med anledning av det nya coronaviruset, covid-19, SKR.

sjukfrånvaro. I en ny hemställan den 23 april presenterade SKR ett färdigt förslag till tillfällig undantagslag inom socialtjänstens verksamheter med anledning av covid-19.²¹ Den 28 april uppvaktade SKR med ännu en hemställan specifikt inriktad på behovet av möjlighet till begränsningsåtgärder för att kunna hindra smittspridning inom demensvården.²²

Utöver besöksförbud på särskilda boenden har regeringen valt att inte skyndsamt tillmötesgå kraven. Kommuner som har arbetat intensivt för att minska risken för smittspridning, exempelvis genom att stänga dagverksamheter eller flytta smittade till så kallade kohortavdelningar, riskerar nu vite från Inspektionen för vård och omsorg, IVO. De ”semesterkommuner” som oroar sig för att inte kunna ge hemtjänst till ett stort antal sommargäster har med anledning av Folkhälsomyndighetens ändrade rekommendationer för inrikes resor och regeringens besked om att en tillfällig ändring av lagstiftningen inte kommer att göras än större anledning att oro sig. De har fortsatt ingen annan möjlighet än att bryta mot lagen.

SKR ser att socialtjänstens verksamheter arbetar utifrån en lagstiftning som saknar den flexibilitet som krävs vid extraordinära händelser. Lagstiftaren behöver dra lärdom av den lokala nivåns erfarenheter från exempelvis flyktingsituationen 2015-2016 och pågående pandemi, och tillförsäkra socialtjänstens verksamheter bättre förutsättningar att ställa om sina verksamheter.

4.7 IVO:s tillsyn av äldreomsorgen - utmaningar och framgångsfaktorer

Med början i mitten av april genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) via telefonintervjuer 1 045 tillsyner inom vård- och omsorgsverksamheter i landet, varav 490 äldreboenden och 388 hemtjänstverksamheter. IVO kontaktade verksamhetens enhetschef, som bär ansvar för att basala hygienrutiner efterlevs på arbetsplatsen. IVO gjorde

²¹ Hemställan om införande av en lag om kommuners prioriteringar under covid-19-epidemin, SKR.

²² Hemställan - föreskrift om begränsningsåtgärder inom särskilda boenden för äldre, SKR.

tillsyner på både kommunala och privata verksamheter. Målet med tillsynerna var att bidra till förbättring och lärande och att se till att vård och omsorg kan rustas bättre för att minska smittspridningen. Det är viktigt och nödvändigt att IVO fortsätter att göra tillsyner av äldreomsorgens verksamheter under coronapandemin.

De utmaningar som IVO såg utifrån tillsynen:

- **Hantera oro bland personal.** Både oro för egen hälsa men även skuld känslor för att inte kunna gå till arbetet. En lösning som flera förmedlar är att arbeta med oron hos medarbetare samt att påminna om vikten av att stanna hemma vid symptom.
- **Hantera informationsflödet.** Svårt att säkerställa att personal har tillgång till aktuell och verksamhetsanpassad information. Många verksamheter har löst det genom täta avstämningar och genom att ha tagit fram information på flera språk
- **Utforma rutiner kring skydd och hygien.** En utmaning för många chefer att få till välfungerande rutiner.
- **Planera bemanningen på ett uthålligt sätt.** Chefer har en oro för en långsiktig bemanning av verksamheten.

De framgångsfaktorer IVO såg utifrån tillsynen:

- **Säkerställa att hygienrutiner följs.** Verksamheten genomför praktiska demonstrationer, digitala utbildningar, skriftlig eller muntlig information kring hygienrutiner och kontrollerar att medarbetare tar till sig information och genomför utbildning. Inrätta övningsrum för personalen att öva på att använda skyddsutrustning och använda filmer som praktiskt beskriver hur skyddsutrustning tas på och av. Inrätta slussar för av- och påklädning och förstärka rutiner kring tvätt av arbetskläder.
- **Nära och tydligt ledarskap.** Dagliga avstämningar där man kommunicerar riktlinjer och rutiner till alla medarbetare och att chef finns tillgänglig även kvällar och helger. Öppet klimat i arbetsgrupper så man vågar fråga och påminna varandra om rutiner.

Kontakttelefon där medarbetare kan ställa frågor och samtalsstöd till personal.

- **Aktivt arbete med personalplanering.** Inrätta covid-19-team och inrätta särskilda avdelningar/enheter där personer med och utan smitta inte blandas. Se till att vikarier och timanställda knyts till en verksamhet istället för flera verksamheter.
- **Samverkan med sjuksköterskor och andra samarbetspartners.** Digitala läkarronder, ökat samarbete med sjuksköterska och ökad samverkan med fackliga organisationer.
- **Boende/brukare/närstående/relaterat.** Färre gemensamma och fler individuella aktiviteter, gärna utomhus. Stöd för boende i kontakt med närstående via telefon och digitala kanaler. Ökad kontakt med närstående för att lämna information om vad som görs för att minimera smittspridning.

4.8 Lärdomar och åtgärder

SKR har under våren arbetat med stöd och rådgivning till landets kommuner i deras arbete med att bekämpa coronaviruset. Erfarenheterna från den snabba smittspridningen i Stockholm och Sörmland, IVO:s inspektioner av äldreomsorgen och Socialstyrelsens kunskapsunderlag och rekommendationer har gett värdefull kunskap för att motverka smittspridning i landet. Medlemsstödet kommer att utvecklas och förstärkas under resten av 2020.

Exempel på stöd och rådgivning från SKR till kommuner och regioner:

- Nätverk, dialog med socialchefer och kommuners Medicinskt ansvariga sjuksköterskor
- Dialog med myndigheter som Inspektionen för Vård och omsorg, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten
- Dialog branschorganisationer inom privat omsorg
- Dialog med brukarorganisationer
- Information på SKR:s webb, nyhetsbrev och telefonrådgivning

Hur kan äldreomsorgen få kontroll över smittläget och skydda äldre och medarbetare på ett effektivt sätt? SKR har tagit fram 10 lärdomar om äldreomsorgen med anledning av covid-19. Lärdomarna utgår från kommunernas erfarenheter och från de riktlinjer, råd och rekommendationer som tagits fram av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

1. Följ basala hygienrutiner

För att hindra spridning av smitta och skydda de äldre är det viktigt att:

- personal har utbildning och träning i basala hygienrutiner
- personal har tillgång till enkel och lättillgänglig information
- även vikarier har utbildning och tillgång till information
- verksamheten säkerställer att följsamheten till rutiner är god

2. Använd skyddsutrustning rätt

För att skydda personal är det viktigt att:

- verksamheten har tillräckligt med skyddsutrustning
- upphandling av skyddsmateriel fungerar
- lagerhållning och fördelning samordnas centralt
- verksamheten gör riskbedömningar om vilken skyddsutrustning som ska användas och när
- personalen har kunskap och förutsättningar att använda skyddsutrustning på rätt sätt

3. Underlätta fysisk distans

För att minska risken för smitta mellan brukare och mellan brukare och anhöriga är det viktigt att:

- besöksförbud tillämpas på äldreboenden
- verksamheten tar fram arbetssätt så att de äldre kan hålla kontakten med anhöriga på ett säkert sätt

- verksamheten anpassar sociala aktiviteter så att brukare kan hålla fysisk distans

4. Provtä och smittspåra

För att upptäcka smitta behövs generös provtagning. Det är viktigt att:

- verksamheten har rutiner för provtagning av brukare med misstänkt smitta
- personal och brukare som varit i kontakt med/vistas på samma avdelning som en smittad också testas
- verksamheten har rutiner för hur information om bekräftat smittade ska delas med personal och anhöriga
- verksamheten har rutiner för testning inför flytt till särskilt boende och vid växelvård
- samarbetet med regionens smittskydd fungerar väl

5. Följ upp smittläget

För att verksamheten ska ha god överblick över smittläget behövs daglig uppdatering av:

- Antal smittade
- Antal avlidna
- På vilka enheter detta gäller

6. Tillämpa Kohortvård

För att hindra smittspridning är det viktigt att verksamheten skiljer osmittade brukare från smittade och säkerställer att personal inte går mellan sjuka och friska. Det är viktigt att:

- hemtjänsten har särskilda covid-team
- särskilda boenden arbetar med kohortvård
- det finns särskilda korttidsplatser för brukare med smitta

7. Stärk samverkan lokalt och regionalt

För att samverkan ska fungera smidigt är det viktigt att:

- det finns ett organiserat samarbete med vårdcentraler, sjukhus, smittskydd/vårdhygien och ideella sektor
- medicinskt ansvarig sjuksköterska har en central roll

8. Kommunicera tydligt

För att minska oro och hjälpa medarbetare, brukare, närstående och allmänhet att agera behövs tydlig och snabb information. Det är viktigt att

- Det finns information på andra språk och i alternativa format
- Verksamheten har en god kommunikation med medarbetare
- Verksamheten har en god kommunikation med brukare och anhöriga
- Verksamheten har god kommunikation med media och vet vilka uppgifter som kan lämnas ut och inte

9. Arbeta med nära ledarskap och effektiv krisledning

Nära ledarskap och god struktur för krisledning underlättar för personal och verksamhet. Det är viktigt att:

- chefer är tillgängliga och följer upp att personalen följer riktlinjer och rutiner
- det finns en bra struktur för krisledning
- det finns en funktion för omvärldsbevakning som kan hämta in nya rekommendationer och kunskapsunderlag
- regelbundna riskanalyser görs

10. Säkerställ god arbetsmiljö

För att personalen ska känna sig trygg är det viktigt att:

- verksamheten säkerställer att personal med symptom stannar hemma
- verksamheten har överblick över sjukfrånvaron och säkerställer att det finns tillräckligt med vikarier

- verksamheten gör kontinuerliga riskbedömningar
- rädsla/oro hos personal tas om hand
- personal har möjlighet för reflektion och tillgång till samtalsstöd
- samarbete med företagshälsovården fungerar väl.