



Vård och omsorg av äldre under pandemin

POLICYREKOMMENDATIONER OCH FLERA OLIKA RÖSTER



Forum för Health Policy 2021
<https://healthpolicy.se>

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	- 3 -
Sammanfattning	- 4 -
Äldreomsorgens struktur och kostnader	- 5 -
Hur mår svensk äldreomsorg?	- 7 -
Brukarundersökning 2019	- 7 -
Senior Alert	- 8 -
IVOs granskning av Äldreomsorgen 2020	- 9 -
Coronakommissionen om Äldreomsorgen under pandemin 2020	- 10 -
Inspel om vård och omsorg av äldre från Forum för Health Policys workshops	- 11 -
Policyrekommendationer	- 14 -
Brist på fungerande processer inte brist på skyddsutrustning	- 16 -
Högre kompetens och mer kunskap krävs i äldreomsorgen	- 18 -
Forskningsanknuten kommunal verksamhet	- 20 -
The New Elderly Care Quality Paradigm Example from the Netherlands	- 23 -
English summary	- 25 -
Länkar till Mer läsning:	- 26 -
Bloggar och rapporter	- 26 -
Föreläsningar och diskussioner	- 26 -

FÖRORD

Coronapandemin har inneburit stora utmaningar och svåra konsekvenser - inte minst en enorm påfrestning på äldreomsorgen. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, rapporterade i slutet av maj 2020 att de mellan mars-maj fick in 3 000 anmälningar om risker och att de hittat allvarliga brister i var tionde verksamhet. Coronakommissionens första delrapport om äldreomsorgen lyfte fram kända brister såsom att strategin att skydda dom äldre misslyckats, att äldreomsorgen var oförberedd, led av strukturella brister och sena beslut.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården i regional regi och den kommunala omsorgen har inte fungerat och ädelreformen 1992, som hade goda intentioner, visade sig efter en tid resultera i nya problem. Dessutom är teknikutvecklingen, som är absolut nödvändig för att klara efterfrågan och service, alldeles för långsam i den sociala omsorgen.

Den stora frågan framåt är: Hur ska vård och omsorg av äldre reformeras?

Forum för Health Policy (<https://healthpolicy.se>) är en oberoende tankesmedja med syfte att driva på innovation och utveckling i vård och omsorg genom att sammanställa och ta fram kunskapsunderlag som kan användas i utvecklingen av vårt välfärdssamhälle.

I denna policy brief, författad av Catharina Barkman, verksamhetsansvarig, Forum för Health Policy, presenteras policyrekommendationer som bl.a. baseras på tidigare publicerade rapporter samt inspel från ett stort antal deltagare i de olika workshops Forum för Health Policy genomfört med äldreomsorgen i fokus. Tack till skribenter är professor Helle Wijk, förvaltningschef Annika Roman, forskaren Monica Winge och professor Henk Nies.

Stort tack till styrelsen, medlemmar, Helena Conning för korrektur och layoutarbete och andra deltagare som bidragit med inspel.

Peter Graf
Ordförande i Forum för Health Policy
Mars 2021

SAMMANFATTNING

Coronakommissionen första delrapport om Äldreomsorgen presenterades i december 2020.¹ En huvudslutsats var att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till. Kommissionen konstaterade att för dessa brister bär den sittande regeringen, liksom de tidigare regeringar som också haft denna kunskap, det yttersta ansvaret. Strukturella brister lyftes fram, som varit kända långt före virusutbrottet, t.ex. otillräcklig samverkan mellan regioner och kommuner som blev än mer påtagliga under pandemin. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterade allvarliga brister hos regionerna vad gäller medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre under covid-pandemin.

Kunskapen om äldreomsorgen och äldreomsorgen behöver höjas. Den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunerna och som kommunerna ansvarar för, framför allt sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter, har till exempel nämnts i väldigt liten grad i debatten.

Äldreomsorgen svarade för 18 procent av kommunernas kostnader år 2019.² Den totala kostnaden var 129 miljarder kr.³ Framtidsprognoser pekar på olika resultat, beroende på ambitionsnivå, demografin mm. Men med nuvarande ambitionsnivå och den demografiska utvecklingen kan kostnaderna i fasta priser för äldreomsorgen komma att öka drygt 40 miljarder kronor på 10 år.

Forum för Health Policy har haft en rad workshops och seminarier, både nationella och internationella om utmaningarna inom äldreomsorgen. Ökad kompetens inom äldreomsorgen lyfts fram som en viktig faktor. Outnyttjad potential i digitaliseringen, alltför många olika aktörer som har ansvaret för hälso- och sjukvård och omsorg, krångliga IT-system, för lite akademisk koppling inom den kommunala verksamheten, kunskapskällor som kvalitetsregistret Senior Alert används i alltför liten utsträckning är andra exempel. I denna rapport belyser dessutom flera utomstående forskare olika strategiska frågor.

Många förslag på förbättringar inom äldreomsorgen har lyfts fram i olika utredningar för att klara framtiden.

Forum för Health Policy vill särskilt lyfta fram följande policyrekommendationer som utvecklas mer i detalj i rapporten:

- Ge individen möjlighet att välja mellan olika aktörer som erbjuder sammanhållna vårdkedjor för en mer sömlös vård och omsorg.
- Öka digitaliseringstempot i äldreomsorgen.
- Skapa ersättning- och uppföljningssystem som stärker den personcentrerade vården och omsorgen genom koordineringen av individens hela vård- och omsorg.
- Lär av variationer i resultaten.

¹ Äldreomsorgen under pandemin. SOU 2020:4.

² <https://kommuninvest.se/wp-content/uploads/2021/02/Efter-ett-år-med-covid-19-Fem-saker-att-hålla-koll-på-i-kommunsektorns-ekonomi.pdf>

³ SKR, Sektorn i siffror, www.skr.se/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror

ÄLDREOMSORGENS STRUKTUR OCH KOSTNADER

Äldreomsorgen består framför allt av **hemtjänst och särskilt boende**. Den kommunala hälso- och sjukvården ansvarade 2019 för **hälso- och sjukvård i hemmet** och i särskilt boende för cirka 346 000 personer.⁴ Mottagare av omsorg karaktäriseras av hög ålder och stort omsorgsbehov. Andelen som har äldreomsorg har minskat successivt mellan 1980 - 2019. Mellan åren 2011 – 2018 har kommunernas kostnader ökat i fasta priser med 4,6% och samtidigt har antalet personer 65 år och äldre ökat med 14,1%. Under 2019 erhöll närmare 330 000 personer någon form av äldreomsorg.

Äldreomsorgen svarade för 18 procent av **kommunernas kostnader** år 2019.⁵ Den totala kostnaden var 129 miljarder kr.⁶ Framtidsprognoser pekar på olika resultat, beroende på ambitionsnivå, demografin mm. Med nuvarande ambitionsnivå och den demografiska utvecklingen kan kostnaderna i fasta priser för äldreomsorgen komma att öka drygt 40 miljarder kronor på 10 år. En fråga är om förändringar av äldreomsorgens struktur påverkar kostnadsökningen. Ett exempel är att en reduktion av vård- och omsorgsboendet kombinerat med motsvarande ökning av insatserna i ordinärt boende leder till en betydande kostnadsminskning för den kommunala äldreomsorgen.⁷

Samtidigt bör utgångspunkten alltid vara att **hushålla med begränsade resurser**. Högre kvalitet är inte automatiskt kopplat till högre kostnader. I en jämförande studie av olika kommuner⁸ visade en effektivitetsmätning att den kommun som hade lägst kostnader per kvalitetspoäng också hade en hög servicenivå på tjänsterna. Betydande effektiviseringspotential inom såväl grundskola som äldreomsorg lyfts fram i en annan studie.⁹ Där tas hänsyn till strukturella faktorer som påverkar kostnader och kvalitet som kommunerna inte själva kan påverka.

Digitaliseringen är en outnyttjad kraft inom kommunerna och äldreomsorgen. Det handlar inte bara om larm, övervakningskameror, golv som känner av fall mm utan om översyn av hela administrativa processen som kan frigöra tid och resurser. I en rapport från Socialstyrelsen¹⁰ framkommer visserligen att användningen av välfärdsteknik ökar men att många kommuner har svårigheter att breddinföra tekniken. Till exempel har endast en mindre del av kommunerna (15 procent) säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas. Få kommuner ansluter sig till NPÖ för att dela journalinformation trots ökad användning och allt fler sökningar. Hinder som lyfts fram är: bristande ekonomiska förutsättningar, brist på kompetens, rädsla och motstånd till ny teknik, kommunernas organisering och arbetssätt, brist på teknisk interoperabilitet mm.

Uppföljning och jämförelse av resultat är en nödvändighet för utveckling och lärande. Inom äldreomsorgen är brukar- och kundundersökningar vanliga instrument för att utvärdera kvaliteten på

⁴ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin

⁵ <https://kommuninvest.se/wp-content/uploads/2021/02/Efter-ett-år-med-covid-19-Fem-saker-att-hålla-koll-på-i-kommunsektorns-ekonomi.pdf>

⁶ SKR, Sektorn i siffror, www.skr.se/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror

⁷ <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2016/11/PM-2016-6-Äldreomsorgen-år-2025.pdf>

⁸ En rapport om hemtjänst och särskilda boenden. Måtten Gås. 20090527

⁹ Effektiviseringspotential och förklaringsfaktorer till effektivitet i kommunerna. Svenskt Näringsliv 2019.

¹⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-5-6779.pdf>

välståndstjänster. Ett exempel är Socialstyrelsens brukarundersökning inom äldreomsorgen som skickas till alla medborgare över 65 år som har hemtjänst eller bor på ett äldreboende. Ett annat uppföljningsinstrument är Senior alert. Det nationella kvalitetsregister som ska stödja det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienter och personer i regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård. Ofta framhålls att resultaten från Senior Alert borde användas i betydligt högre grad för utveckling och lärande.

FAKTA om Äldreomsorgen¹¹

- **Hemtjänst** innebär serviceinsatser, t.ex. städhjälp, tvätt, matlagning och personlig omvårdnad (stöd för påklädning, dusch, toalettbesök, matning). Cirka tre fjärdedelar av hemtjänstenheterna i landet drivs i kommunal regi och en fjärdedel i enskild regi. (Socialstyrelsen enkätundersökning 2019). Nästan hälften av hemtjänstmottagarna är 85 år eller äldre.
- **Särskilt boende** är avsett till personer med stora omvårdnadsbehov. Kommunerna avgör, genom biståndsbedömning vilka som har rätt till särskilt boende. Cirka 83% drivs i kommunal regi. Särskilda boenden har i genomsnitt 47 bostäder. Närmare 60 procent av de som bor i särskilt boende är 85 år och äldre. Enligt nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom bör socialtjänsten erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom.
- **Den kommunala hälso- och sjukvården** organiseras olika i olika kommuner. Under 2019 svarade kommunerna för hälso- och sjukvård i hemmet och i särskilt boende för cirka 346 000 personer. Uppgifter i den basala hemsjukvården är t.ex. läkemedelsdistribution, injektioner, omläggning av sår och rehabilitering. En rapport från Västra Götaland visar att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården utgör 25 - 30% av sjukvårdens kostnader inom Västra Götalandsregionen. ("Vi är ingen ö", Arman 2019).
- **Kommunernas kostnader** för 2018 uppgick till 126 miljarder kronor, eller 18,4 procent av totala kostnaderna, varav 57% till särskilt boende och 42% till olika former av insatser för till olika insatser för i ordinärt boende. Mellan åren 2011 och 2018 har kommunernas kostnader för äldreomsorgen ökat med 4,6 procent i fasta priser. Antalet personer 65 år och äldre har under samma period ökat med 14,1%.
- **Antal som var beviljade någon form av äldreomsorg den 31 oktober 2019**

Form av omsorg	kvinnor	män	alla 65+
Trygghetslarm	138 247	65 051	203 298
Hemtjänst i ordinärt boende	112 009	60 781	172 790
Särskilt Boende	54 853	27 364	82 217
Matdistribution	29 224	17 845	47 069
Ledsagning	20 601	9 079	29 680
Dagverksamhet	6 127	4 796	10 923
Korttidsplats	4 129	5 131	9 260
Avlösning	2 748	4 670	7 418
Boendestöd	1 564	1 252	2 816
Kontaktperson/-familj	860	525	1 385
Annat bistånd	1 609	1 008	2 617
Totalt antal med omsorg*	216 520	112 675	329 195

* En person kan ha flera av de ovanstående insatserna.

Källa: Socialstyrelsen, statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019.

¹¹ Faktarutan baseras på SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin

HUR MÅR SVENSK ÄLDREOMSORG?

För att kunna svara på frågan om hur svensk äldreomsorg mår finns det en rad undersökningar och faktaunderlag att ta del av. Nedan presenteras en sammanställning av några av dessa källor samt vad som skulle kunna göras bättre. Detta kapitel går igenom:

- Den årliga brukarundersökningen från 2019 som visar på att människor generellt är nöjda med äldreomsorgen men att ensamheten upplevs som stor och besvärande.
- Olika delar av *kvalitetsregistret Senior Alert* som visar att satsningar på bättre hälsa och välmående också skapar bättre ekonomiska förutsättningar. Det finns mycket arbete kvar att göra när det kommer till fallolyckor, munhälsa/undernäring och blåsdysfunktion men att vissa förbättrade resultat har uppnåtts när det gäller trycksår och vårdrelaterade infektioner. Genom att använda kunskapen i registret och analysera hur de olika delarna hänger ihop skulle mycket kunna bli bättre.
- *Inspektionen för vård och omsorg, IVOs granskning* av individuell vård och behandling i äldreården under pandemin och konstaterade att lägstanivån är för låg och att det brister i bland annat läkarbedömning.
- *Coronakommissionen* som visar på flera stora brister under pandemin.

Brukarundersökning 2019

I Socialstyrelsens årliga brukarundersökning får alla över 65 år i särskilda boenden eller som har hemtjänst ge sin syn på äldreomsorgen. Under 2019 publicerades siffror¹² som visade att 88 procent inom hemtjänst uppger att de är ganska eller mycket nöjda. Inom särskilt boende är motsvarande andel 81 procent. De äldre är mest nöjda med personalen. 97 procent tycker att personalen inom hemtjänsten bemöter dem på ett bra sätt och 90 procent känner förtroende för alla eller flertalet i personalen. Lägre betyg ges till möjligheten att få kontakt med hemtjänstpersonalen och möjligheten att påverka vilka tider man får hjälp. 77 procent anser att det är ganska eller mycket lätt att få kontakt med hemtjänstpersonalen vid behov och 60 procent uppger att de oftast eller alltid kan påverka vilka tider personalen kommer.

Även de som bor på äldreboende är mest nöjda med personalen. 93 procent anser att personalen på boendet bemöter dem på ett bra sätt och 85 procent har förtroende för alla eller flertalet i personalen. Något färre är däremot nöjda med mat, lokaler och aktiviteter på boendena. Både inom hemtjänst och på äldreboendena är det största problemet den upplevda ensamheten. Skillnaderna mellan offentlig och privat regi visar att inom hemtjänst är de som har en privat utförare mer nöjda vad gäller möjligheten att påverka tiden då personalen kommer – 67 jämfört med 57 procent för offentlig regi. När det gäller äldreboenden är de som bor i privat regi något mer nöjda med aktiviteterna och vet i högre grad vart de ska vända sig för att framföra synpunkter. De som bor på offentligt drivna boenden tycker i högre grad att personalen har tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete och att det är lätt att komma i kontakt med personalen vid behov.

¹² <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>

Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister inom vård och omsorg för att tidigt upptäcka och förebygga trycksår, undernäring, risk för fall, ohälsa i munnen, blåsdysfunktion. Syftet är att minska skador och öka livskvaliteten för äldre. I samarbete med Folkhälsomyndigheten görs mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende. Senior alert¹³ har genom mätningar av förekomna trycksår (PPM) och vårdrelaterade infektioner (HALT) kunnat visa på en minskning av såväl trycksår som infektioner i kommunala verksamheter.

Trycksår

Trycksår innebär ett stort lidande för den enskilde och höga kostnader för vård- och omsorg. Trycksår ökar risken för vårdrelaterade infektioner signifikant (Svenska HALT, Folkhälsomyndigheten 2017). Svårslakta sår driver också på antibiotikaanvändningen då de är den vanligaste diagnosen vid antibiotikabehandling. När det gäller trycksår minskar det från 9,2 % till 7,6 % mellan åren 2011-2017. Enligt Senior Alert har 5,9% i särskilt boende minst ett trycksår (PPM trycksår Senior alert, november 2017). Ett djupt trycksår beräknas kostar ca 400 000 kr att läka.

Vårdrelaterade infektioner

För vårdrelaterade infektioner går minskningen av andel patienter med bekräftad vårdrelaterad infektion från 3,4% till 1,6%, (Svenska HALT 2016-2017). En vårdrelaterad infektion kostar 107 000 kronor så det finns mycket att tjäna både i minskat lidande och kostnader att få ner dessa infektioner.

Falloolyckor

En stor risk i äldreomsorgen, som både skapar stort lidande och stora kostnader, är falloolyckor hos äldre. Data från senior alert visar att ca 80 % av de äldre som riskbedömts har risk för fall. Varje år skadas 70 000 personer på grund av falloolycka, majoriteten av dessa är äldre. Fallolyckor är ofta en början till långvarig sjukdom, vård och rehabilitering. Det är den olyckstyp som leder till flest inläggningar på sjukhus. Höftfrakturer är t.ex. den främsta orsaken till att äldre 80 år och äldre vårdas på sjukhus.

Undernäring och munhälsa

Även undernäring är en riskfaktor som kan få stora konsekvenser om den inte upptäcks i ett tidigt skede. Med undernäring ökar dessutom risken för fall och undernärda äldre har fyra gånger så stor risk att dö i förtid (Livsmedelsverket). Det är sedan länge känt att dålig munhälsa hos äldre har en tydlig koppling till undernäring. Dålig munhälsa kan även orsaka infektioner och smärta i munnen samt lunginflammation. Data från senior alert visar 43 % av de äldre som riskbedömts har risk för dålig munhälsa. Många symptom på dålig munhälsa skulle kunna åtgärdas av personal på den egna enheten (t.ex. inom boende/hemtjänst).

¹³ <https://sundsvall.se/wp-content/uploads/2019/01/Vad-är-Senior-alert-jan-2019.pdf>

IVOs granskning av Äldreomsorgen 2020

IVO genomförde en tillsyn¹⁴ under 2020 av förutsättningar för individuell vård och behandling på samtliga 1700 särskilda boenden för äldre. Fokus var att undersöka om personer som bor på landets särskilda boenden för äldre, under pågående pandemi, får individuell bedömning av läkare och om de får vård och behandling i enlighet med den bedömningen. Utifrån den granskning av journaler som IVO genomfört så har ungefär en femtedel av personerna på äldreboendena inte fått någon individuell läkarbedömning.

IVO identifierade allvarliga brister i vården:

- Ingen region har tagit sitt fulla ansvar för att säkerställa en behovsanpassad medicinsk vård för personer som bor på särskilda boenden för äldre.
- Ingen region har fullt ut nått de krav på kvalitet i brytpunktsamtal, behandling enligt ordination och dokumentation som lagstiftningen sätter upp.

¹⁴ <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/ingen-region-har-tagit-fullt-ansvar-for-individuell-varld/>

Coronakommissionen om Äldreomsorgen under pandemin 2020

Coronakommissionen första delrapport om Äldreomsorgen presenterades i december 2020¹⁵. Kommissionen tillsattes halvårsskiftet 2020 med åtta ledamöter. En huvudslutsats var att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till. Kommissionen konstaterade att för dessa brister bär den sittande regeringen, liksom de tidigare regeringar som också haft denna kunskap, det yttersta ansvaret.

Några exempel på resultat från Coronakommissionen:

Strukturella brister lyftes fram, som varit kända långt före virusutbrottet. Det saknades överblick av kommunernas beredskap, berörda statliga myndigheter har inte tillräckligt tidigt eller i tillräcklig utsträckning sökt kunskap. Det saknades etablerade kanaler mellan t.ex. Socialstyrelsen och den kommunala hälso- och sjukvård. Väl kända brister i samverkan mellan regioner och kommuner blev än mer påtagliga under pandemin.

Äldreomsorgen uppmärksammades sent. Att skydda de äldre blev ett mål i ett tidigt skede av pandemin. Det tog dock alltför lång tid innan de särskilda problemen och bristerna inom kommunernas äldreomsorg uppmärksammades. Både MSB och Socialstyrelsen uppmärksammade den 4–6 februari att det förelåg en risk för att brist på personlig skyddsutrustning skulle uppstå.

Provtagningen kom igång sent. När pandemin under april drabbade Sverige som kraftigast fanns inte förutsättningar för en bred provtagning. Den 30 mars gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att skyndsamt ta fram en nationell strategi för att utöka provtagning. Den 30 mars gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att skyndsamt ta fram en nationell strategi för att utöka provtagningen. Någon sådan strategi publicerades dock inte förrän den 17 april.

Besöksförbudet kom sent och omprövades för sällan. Besöksförbudet på särskilda boenden som infördes den 1 april tillkom på goda grunder från ett renodlat smittskyddsperspektiv. Det var tidigt känt att covid-19 riskerade att drabba äldre särskilt allvarligt.

Behov av högre bemanning, ökad kompetens och rimliga arbetsförhållanden. Trots ökade medicinska behov hos omsorgsmottagarna i Sverige är den medicinska bemanningen generellt sett låg. Kommissionen anser att den medicinska kompetensen behöver förstärkas och menar bl.a. att huvudregeln bör vara att sjuksköterskekompetens finns på plats på varje särskilt boende, dygnet runt under veckans alla dagar.

Brister i läkarnärvaro och uteblivna individuella läkarbedömningar är ytterligare en kritik. IVO:s granskning av journaler för 847 personer på 98 särskilda boenden visar att det i runt 20 procent at fallen inte skett någon läkarbedömning alls.

¹⁵ Äldreomsorgen under pandemin. SOU 2020:4.

INSPEL OM VÅRD OCH OMSORG AV ÄLDRE FRÅN FORUM FÖR HEALTH POLICYS WORKSHOPS

Forum för Health Policy har genomfört workshops och rundabordssamtal om vård och omsorg av äldre med svenska och internationella forskare under hösten 2020. En återkommande synpunkt är att Coronakommissionen beskrivning och förslag inte är nya, men icke desto mindre, relevanta och viktiga. Många menar också att bristen på samordning, två huvudmän för vård av äldre länge har varit och fortfarande är en stor utmaning. Detta förstärks av avsaknad av stödsystem och journaler där informationen är lätt tillgänglig och överförbar mellan huvudmännen och mellan olika vård- och omsorgsgivare. Dessutom väcks frågor kring hur vi ser på äldre: Finns det en åldersdiskriminering som gör att äldreomsorgen har nedprioriterats? Det är viktigt att hitta en väg framåt för att förändra och förbättra systemet. Det har varit många utredningar tidigare, t.ex. modell för att öka kunskap mellan huvudmän. Hur drar vi lärdom om det som har hänt för framtiden?

Några röster från dessa samtal:

Äldre prioriteras inte

Det handlar om kultur och värderingar. Politiker tar emot utredningar och håller ofta med men sedan händer ingenting. Enligt World Values Survey är Sverige fjärde sämsta landet i världen på att respektera äldre. Bara lite mer än 20 procent av svenskarna ser på medmänniskor som är över 70 år med respekt. Därmed inte sagt att äldreomsorgen är sämre i Sverige jämfört med andra länder. Men frågan är om det finns en ”unconscious bias” när det gäller prioritering av äldre.

Många och osynkade aktörer

Det är många aktörer som har olika ansvar för äldre, olika huvudmän, nationellt ansvar, offentliga och privata aktörer, 21 olika regioner och 290 kommuner. Systemet hänger inte ihop nationellt. IVO har t.ex. pekat på problemen med journalföringen, kommunen har en och regionen har en annan trots att detta har påpekats i ett stort antal år så gör ingen något åt det. Yttersta helhetsansvaret har regeringen och staten. Men det är inte alltid organisationsförändringar som är lösningen. Förstatligande är inte svaret på allting.

Kompetens är en avgörande faktor

Pandemin har blottlagt att äldreomsorg inte är prioriterat politiskt vilket påverkar statusen på hela området vilket i sin tur påverkar attraktiviteten att arbeta inom äldreomsorgen. Vi måste satsa på att höja statusen med såväl kompetensutveckling som forskning inom äldreomsorgen. Äldreomsorgen bör ha närmare samarbete med akademien för forskning och utveckling. Akademisera äldreomsorgen är en del att höja status, öka attraktiviteten. Vi behöver beforska äldreomsorgen mycket mer.

Systematiskt kvalitetsarbete är grunden

Finns det inte kunskap om förbättringsarbete, arbeta i team, kommunicera i teamen, förstå varandras begrepp och kunskapsområden är det inte konstigt att det uppstår problem. Vi behöver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete och till det behövs kunskap om hur det ska göras.

Förebyggande åtgärder skapar bättre hälsa

Kvalitetsregistret Senior Alert visar tydligt på olika resultat, inte minst vikten av förebyggande åtgärder. Om resultaten från Senior Alert hade använts i högre grad kunde kanske det stora dödstalet av äldre undvikas.

Både hemkänsla och god vård behövs

Äldreboendenas utformning handlar om att de ska vara hemlika vilket är viktigt men med tanke på nuvarande utveckling med så sköra äldre som kommer så sent i skedet till boenden måste dessa kunna tillhandahålla avancerad sjukvård. Det behövs dessutom mer hälso- och sjukvårdskunskap i ledningarna i kommunerna för att kunna förstå behoven.

Central styrning eller kommunalt självstyre?

Det är komplext med två huvudmän. Problemet är helhetsansvaret. Personer bollas fram och tillbaka. Är det brukare, patienter eller individer. Ingen tar ett riktigt ansvar och det finns ingen status att vårda äldre idag. Det behövs någon form av nationellt ledarskap.

IT-strukturen fungerar inte.

Det saknas strukturer. När det gäller vård-IT finns inga nationella system. Det system som finns är hos Inera och det är inte nationellt. Inera är regionernas och kommunernas gemensamma bolag. Det finns privata aktörer, företagshälsovård mfl som står helt utanför strukturerna.

Inte mer resurser!

Det samlade hälso- och sjukvårdssystemet (se t.ex. utredningen Effektiv vård, 2016:2) **behöver inte mer resurser**. Däremot är det ett problem hur vi fördelar resurserna. Prioriteringar av äldreomsorgen ställs alltid mot annan verksamhet. Det finns oerhörd kompetens i regioner och kommuner men det är ändå lite fritt valt arbete.

Kommer en lagstiftning hjälpa?

Det finns nu direktiv om en äldreomsorgslag. Lagstiftning kan ha ett symbolvärde. Men det finns redan en hälso- och sjukvårdslag, en socialtjänstlag, med krav på patientsäkerhetsarbete mm. Det finns många stöd och system som rör den här delen av verksamheten. Men det blir ändå inte fullständig verkstad – är en ny lag rätt väg att gå?

IT-systemen är krångliga och tungrodda

Ett exempel på hur det ser ut inom äldreomsorgen. ”Idag loggar en sjuksköterska in i 8 olika system. Vi dokumenterar samma information i flera olika system. Det tar för mycket tid och blir ineffektivt.” IT-infrastrukturen, där måste staten ta ledartröjan. Det har sagts så många gånger men det sker inte. Det skickas ut stödpengar här och där men det sker ingen rejäl nationell satsning. En sammanhållen IT-plattform (inte samma journalsystem) skulle göra vården en väldig tjänst.

POLICYREKOMMENDATIONER

Många förslag på förbättringar inom vård och omsorg om äldre har lyfts fram i olika utredningar för att klara framtiden. Forum för Health Policy vill särskilt lyfta fram följande policyrekommendationer.



Ge individen möjlighet att välja mellan olika aktörer som erbjuder sammanhållna vårdkedjor för en mer sömlös vård och omsorg

Coronapandemin har tydligt visat på behov av en bättre samordning och/eller förändrat huvudmannaskap rörande hälso- och sjukvårdsinsatserna. Diskussionen om huvudmannaskap har pågått i decennier. Närmare samarbete mellan vård och omsorg har efterfrågats. Samtidigt finns det bara en organisation i hela Sverige som har en landstingskommunal gemensam styrning, Vård och omsorgsbolaget Tiohundra i Norrtälje. Reformen behövs. Ett förslag är att förenkla förutsättningarna för samarbeten mellan regioner och kommuner som möjliggör erbjudanden för en eller flera vård- och omsorgsgivare att ta ett helhetsansvar för både regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård och omsorg vid sidan av nuvarande strukturer. Vårdgivare med ett helhetsansvar kan lättare utforma en sömlös vård och omsorg. Ett exempel kan vara att patienten/brukaren får med sig en ”ryggsäck” (gemensam från både region och kommun) med pengar och kan välja att lista sig hos en av flera valbara vårdorganisationer (offentliga eller privata).



Öka digitaliseringstempot i äldreomsorgen

Utnyttja digitaliseringens möjligheter. Det handlar inte bara om larm och övervakningskameror, utan om väl fungerande stödsystem för informationsöverblick och informationsöverföring. Byt perspektiv från organisation till person. Utgå från individens behov. För att kunna nyttja digitaliseringens potential inom vård och omsorg krävs att regelverk och lagstiftning ändrar inriktning från organisation till individ, möjliggör samverkan över alla gränser (mellan huvudmän, mellan privata och offentliga vårdgivare och mellan digital och fysisk vård) och främjar kompatibla system. Idag utgör regelverket ofta ett hinder för såväl innovation som för en patient- och brukaranpassad vård och omsorg.



Skapa ersättning- och uppföljningssystem som stärker koordineringen av individens hela vård- och omsorg

Utformandet av ersättningssystem för stora gränsöverskridande uppdrag som vård och omsorg förutsätter en nära samverkan mellan regioner och kommuner i någon form. Ersättningssystemen utgör endast en del i utformningen av vård och omsorg och är beroende av andra delar, inte minst ledarskap, kultur och organisation. Samtidigt finns några viktiga utgångspunkter för samordnad vård och omsorg. Ersättningssystem bör utgå från individens hela vård- och omsorgsbehov och undanröja hinder för samordning och innovation. Ersättningssystemen kan t.ex. premiera minskade onödiga återinskrivningar.



Lär av variationer

Ökad kunskap om äldreomsorgen är en förutsättning både för bättre policybeslut och för nya innovationer. Kvalitetsstyrning är en del av effektiviseringar och förbättringar av både vård och omsorg. Sverige har en lång tradition av att samla in och presentera data och närmast unika datakällor som belyser variationer i vården. Kvalitetsregistren har lett till betydande förbättringar av hälso- och sjukvårdens resultat. Trots detta är analyserna för få, t.ex. om vad skillnader i resultaten beror på. När det gäller äldreomsorgen finns Senior Alert. Kvalitetsregistret Senior Alert visar tydligt på olika resultat, inte minst vikten av förebyggande åtgärder. Om resultaten från Senior Alert hade använts i högre grad kunde kanske det stora dödstalet av äldre under pandemin kunnat undvikas.



Monica Winge, disputerad forskare vid Institutionen för Data- och Systemvetenskap (DSV) vid Stockholms Universitet, sjuksköterska, ledamot i Forum för Health Policys forskarnätverk.

Monica skriver om skyddsutrustning under pandemin. Det är varken produkten eller produktionen som varit den största utmaningen. Det är snarare bristen på tydliga processer som har begränsat tillgången till skyddsutrustning för vård och omsorg i Sverige. Viktig kunskap att ta med sig in i framtiden!

BRIST PÅ FUNGERANDE PROCESSER INTE BRIST PÅ SKYDDSUSTRUSTNING

Tidigt i pandemin ökade COVID-19 fallen drastiskt i Stockholm. Bristen på skyddsutrustning blev påtaglig. Från den 25/3 till den 11/6 ökade behovet från 31 000 skyddsrockar (normalt) till 165 000. För förkläden gick det från 65 000 i normalläget till 1 738 000 under samma period.

Världshälsoorganisationen (WHO) har uppskattat att behovet av skyddsutrustning i den initiala fasen ökade med 40%. Vissa internationella leveranser visade sig inte leva upp till CE-märkning och gällande standarder som ställs som krav på denna typ av utrustning, problem som vi hade gemensamt med övriga världen. Man har tvingats återkalla produkter av undermålig kvalitet. Vissa leveranser stoppades i tullen inom Europa och nådde aldrig Sverige. Många aktörer i Europa såg behovet av att snabbt få igång en inhemsk produktion för att säkra behovet av den egna skyddsutrustningen.

Ett forskningsprojekt genomfördes för att granska behovet av standardiserad skyddsutrustning för vårdens personal i den rådande COVID-19-pandemin och att samtidigt se över möjligheterna att säkra inhemsk produktion av skyddsutrustning. Under projektets gång har det visat sig att det varken har varit produkten eller produktionen som varit den största utmaningen. Det är snarare bristen på tydliga processer som har begränsat tillgången till skyddsutrustning för vård och omsorg i Sverige.

Slutsatser i projektet:

- bristande ledning och styrning för att säkra inhemsk produktion av skyddsutrustning i Sverige.
- bristande test och certifieringsprocess för det s.k. snabbspåret.
- brist på beställningar pga. av otydliga regelverk för upphandling i en krissituation.
- för ett stort antal företag som investerade i omställning har många investeringar har gått förlorade.

Många företag som försökte ställa om drabbades av följande problem:

- arbetet med framtagning av en ny godkänd produkt tog längre tid än förväntat genom många oklarheter när det gällde krav, standarder och nya krav på bl.a. komfort och lång användning av utrustningen.
- tidigare standardiseringskrav kunde inte användas.
- olika företag med samma kravspecifikation fick olika svar vid test hos samma laboratorium.
- stora kostnader för företag som investerat i att ta fram utrustning som inte har gått att sälja, trots att de följt standarder och snabbspårets krav.

Svensk industrin säljer nu svenskproducerad skyddsutrustning respektive material till andra länder, p.g.a. att det inte finns några tydliga beställare i Sverige.

Läs hela rapporten här: <https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2020/10/Slutrapport-Skyddsutrustning-202010051.pdf>





Helle Wijk, sjuksköterska, professor i omvårdnad Göteborgs Universitet,
Universitetsöversjuksköterska Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Gästprofessor Chalmers/Centrum för Vårdens arkitektur

Helle skriver om att äldreomsorgen inte har prioriterats politiskt vilket påverkar attraktiviteten och efterlyser mer kompetens.

HÖGRE KOMPETENS OCH MER KUNSKAP KRÄVS I ÄLDREOMSORGEN

Det är väl ingen tvekan om att en evidensbaserad, säker och jämlik vård kräver hög kompetens. Dock har den pågående pandemin blottlagt att dessa självklara utgångspunkter för god vård inte är lika fastlagda inom kommunal vård och omsorg av äldre. Trots att vårdpersonal och första linjens chefer under lång tid har påkallat bristerna avseende kompetens, bemanning och kvalitetssystem inom äldrevård och äldreomsorg så har inte den kommunala hälso- och sjukvården varit prioriterat politiskt. Detta faktum påverkar statusen på hela äldreområdet vilket i sin tur får en direkt inverkan på attraktiviteten att arbeta inom äldreomsorgen.

För allt hänger ihop förstås, om ett område uppmärksammas med politiska prioriteringar, påverkar det våra attityder till området, vilket i sin tur lockar arbetskraft, studenter och forskare att verka och utbilda sig inom området.

Ett tydligt exempel på detta är specialistutbildningen för sjuksköterskor inom vård av äldre. Behovet av specialistkompetens i omvårdnad av äldre är enormt och växande i samhället. Specialistutbildningen har erbjudits från universiteten i cirka två decennier. Antalet sökande har varit sparsamt, och genomströmningen låg. En utvärdering av Socialstyrelsen 2012 visade på ett stort gap mellan behovet av antalet specialistsjuksköterskor och det faktiska antalet i verkligheten. Orsaken stavades att utbildningen inte efterfrågades av arbetsgivaren, studenterna fick bekosta sin utbildning själva, och det fanns inga förväntningar på dem efter erhållen specialistexamen. Nu, ett decennium senare, är strålkastaren på äldrevården, söktrycket har mångdubblats och de flesta studenterna går på utbildningstjänster med lön.

Minst en sjuksköterska på alla äldreboenden borde vara ett självklart krav. Specifik kompetens för vård av äldre är viktigt men samtidigt bör kärnkompetenserna personcentrerad, säker och evidensbaserad vård, teamarbete, förbättringskunskap och informationsteknologi säkerställas för alla vårdare. Coronakommissionen visar att det råder stora brister framförallt avseende systematiskt kvalitetsarbete. Saknas det grundläggande kunskaper om hur man ska bedriva förbättringsarbete, arbeta och kommunicera i team, förstå varandras begrepp och kunskapsområden är det inte konstigt att det uppstår problem.

Kvalitetsregistren Senior Alert, Svedem, Palliativregistret och BPSD registret visar alla tydligt på effekter av förebyggande åtgärder mot oönskade avvikelser. Om resultaten från dessa register hade använts systematiskt hade kanske de höga dödstalen bland äldre kunnat undvikas.

Äldreboendenas utformning handlar om att de ska vara hemlika och bidra till en hög grad av hemkänsla. Men med tanke på nuvarande utveckling där sköra äldre först i ett sent skede får en plats på det särskilda boendet så måste boendet även kunna tillhandahålla avancerad sjukvård.





Annika Roman är Förvaltningschef Vård och Omsorgsförvaltningen Örebro kommun, Leg. Sjuksköterska med specialistutbildning inom Anestesi, Intensivvård samt Distriktssjuksköterska.

Annika beskriver vikten av forskning även för den kommunala hälso- och sjukvården. Intressant samverkan mellan Örebro kommun, regionen och Örebro Universitet presenteras.

FORSKNINGSANKNUTEN KOMMUNAL VERKSAMHET

Utan forskning ökar risken att den kommunala hälso- och sjukvården stagnerar. Idag vårdas alltför många svårt sjuka individer/patienter hemma och den förflyttningen kommer inte att avta då vi ser positiva effekter av att individer/patienter får vara i sin hemmiljö. Vi behöver forska på *huret*, hur gör vi detta och samtidigt ger den mest kvalitativa vård och omsorg i individens hem? Hur gör vi den förflyttningen mot Nära vård som påbörjats på bästa sätt? Hur anpassar vi oss för att möta framtiden och bygga en modern primärvård som täcker in de aktuella huvudmännens ansvar? Det hoppas jag att den forskning som vi bedriver sprungen ur kommunal verksamhet i samverkan med regionen och Örebro Universitet ska leda oss mot.

Akademiskt vård- och omsorgsboende

I Örebro har införts akademiska vård- och omsorgsboenden, trädgårdarna. Avsikten är att skapa en hållbar struktur och stöd för samverkan mellan verksamhet och akademi, omfattande både vård- och omsorgspersonal, studenter och forskare. Även hyresgäster och deras närstående ska inkluderas. Överenskommelsen är tecknad mellan Örebro kommun, Region Örebro län samt Örebro universitet. Överenskommelsen gäller från och med 2019-04-01 till och med 2022-03-30.

Under 2019 arbetade vi främst med att säkerställa en baseline och genomföra en kompetensinventering. Det finns en lokal arbetsgrupp som har möten ca 1 ggr/mån under terminerna. Arbetsgruppen består av representation från alla yrkeskategorier på Trädgårdarna, forskningskoordinator och forskningssekreterare från utveckling- och forskningscentrum (UFC), från universitetet har det varit svårt att få en kontaktperson som medverkar. Adjungerade Kliniska Adjunkter (AKA) och koordinator Testbädd deltar vid möjlighet.

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU)

Trädgårdarna har ökat sin del av handledarutbildad, legitimerad personal från 10% till 30%. Våra studentansvariga har erhållit utbildning i lärmotod Peer-learning och interprofessionellt lärande. Vi har ett pågående arbete med uppgifter/case passande för dessa lärmotoder att testköra på Trädgårdarna. Andelen undersköterskor som är handledarutbildade steg 2 har ökat från två till sju stycken.

Kompetensutveckling och vidareutbildning för medarbetare

Andelen specialistutbildade undersköterskor (YH) ökade under 2020 från två till fem. Tyvärr har vi tappat några under 2021 års inledning som valt att ingå anställning inom Regionen eller projekt där deras nyvunna kompetens nyttjas till fullo. Vi har under 2020 inte kunnat möta upp med stimulerande arbetsuppgifter för att bibehålla dessa inom vår egen organisation.

Verksamhetsutveckling och evidensimplementering

Ett projekt handlar om att undersöka vilken typ av ensamhet hyresgäster upplever och om de har förslag på åtgärder som verksamheten kan bidra till för att minska känslan av ensamhet. Det är en intervjustudie som en av Trädgårdarnas undersköterskor genomför med stöd från UFC. Vår tes är att medarbetarna behöver kompetensutvecklas gällande existentiella samtal.

En annan del, på förslag från en av våra undersköterskor är att vi behöver bli bättre på att ta tillvara mötet och aktiviteten måltid inom våra enheter för personer med demenssjukdom. Vi kommer därför genomföra måltidsobservation på våra tre enheter med demensinriktning för att identifiera eventuella brister. Kontakt med universitetet etableras.

Andra exempel är:

- Deltagande forskning värdighetsbevarande vård (intervention, intervjuer)
- Informationssäkerhetskultur i praktiken – studie för att utveckla ett IT verktyg (intervjuer, dokumentationsgranskning av riktlinjer och rutiner, observationer)
- Inomhusklimat och förändrat klimat – en pilotstudie (mätningar, enkät)
- Studie om hörselnedsättning hos äldre och kompetens hos personal. (enkät, testa webbutbildning)
- Möten med forskare – två inspirationsföreläsningar lokalt på Trädgårdarna

Ytterligare forskning i kommunal regi

Den 26/2 disputerade vår dietist, Stina Engeheart: Nutritional status in a functional perspective: A study in a cohort of older people in home health care. Stina är legitimerad dietist med forskningsfokus på geriatrik och äldreomsorg. Forskningsprojektet inom doktorandstudierna handlade om äldre personer med hemsjukvård och deras nutritionstillstånd.

För att få till detta samarbete jobbar vi länsövergripande för att få mesta möjliga kraft. Vi har en Styrgrupp 2.0 där vi tar de strategiska frågorna, vi har en ledningsgrupp där vi försöker att sätta dessa frågor i ett sammanhang och ge dem en verklig kontext att verka i. Vi har även en grupp där vi arbetar gemensamt med de två akademiska vårdboenden som finns i vårt län. (Det finns ytterligare ett boende med enbart demensinriktning i Kumla, Akvarellen)

För att vården och omsorgen av äldre personer ska hålla en hög kvalité nu och i framtiden är det viktigt att det bedrivs medicinsk och hälso- och vårdvetenskaplig utbildning och forskning såväl inom regionens som kommunernas verksamhetsområden. I Hälso- och sjukvårdslagen 18 kap §2 finns också ett uttalat uppdrag för såväl landsting/regioner som kommuner att delta i verksamhetsintegrerad forskning.

Tack till enhetschef Linda Carlsson, vårdboendet Trädgårdarna, som arbetar hårt för att se till att det dagliga arbetet med att få in forskning som en naturlig del i vardagen kan fortgå. Det är Linda som skrivit den fakta som finns om vårt akademiska boende.





Henk Nies, Director, Vilans – National Centre of expertise for Long-term Care,
Professor of Organisation and Policy in Long-term Care, Vrije University Amsterdam.

Professor Henk Nies, Nederländerna, skriver om konceptuella innovationer såsom positiv hälsa och visionen av kvalitet. Det traditionella sättet att se på hälsa känns inte igen av dagens medborgare, oavsett om det gäller kroniker eller äldre personer. Det handlar istället om att människor fattar egna beslut, socialiserar med andra människor och känner sig meningsfulla.

THE NEW ELDERLY CARE QUALITY PARADIGM EXAMPLE FROM THE NETHERLANDS

Henk Nies explains the three paradigm shifts in care sector. Long term care need to be addressed towards these three shifts. He also gives examples on system and social innovations that have improves both quality and safety in nursing homes in the Netherlands. Henk Nies says that in the future we will need to focus on:

- Views on health such as person centeredness, well-being, pleasure in life, safety, shared decision making, resilience
- Quality and outcomes: clients' perspective, learning, improvement
- Socialtal context: eco-systems within normative frameworks
- Wellbeing of staff as a crucial factor of quality
- The quality of dialogue is key

“Positive health” is ‘the ability to adapt and self manage, in the face of social, physical and emotional challenges’.

Asked about what makes people feel healthy, they answered that it is not only about bodily and mental functions, but also about daily functioning, social and societal participation, spiritual needs and experiencing quality of life in general.

This concept of *Positive health* is currently widely adopted by the health, the long-term, and the social care sector. More than half of the municipalities in the Netherlands have embraced it and a large number of health and long-term care providers are implementing it.

The second conceptual innovation is the *Vision on quality*, as formulated by the Quality Council of the Health Care Institute. This Council, which is grounded in healthcare legislation, sets the national framework for quality standards. It states that quality of health and long-term care is a moral concept that should contribute to quality of life; a 'good' life from the perspective of the person. It is about his or her possibilities for self-direction, being connected to others and have the feeling of living a meaningful life. Thus, **quality is normative, personal, contextual, shared with others, reflecting multiple perspectives and interests.**

The consequences are that professionals in health and longterm care should reflect with their patients or clients on the aims of the intervention in terms of their contribution to the quality of life of the person. And that is not always an easy task. As a physiotherapist once told me, when she was doing exercises with an old lady with dementia after a hip fracture: 'for me it is not a challenge to get her walking, but the hard thing is to find a good reason for her why she should learn walking again'.

These shifts in quality paradigms have great consequence for elderly care, care for people with disabilities or people with long-term psychiatric conditions, but also in acute care. The reflex to repair everything that can be repaired is not always the right decision. The long-term care sectors are forerunners in this way of improving quality and joint learning.

We see innovations in line with these paradigms. For instance, green farms where people with dementia, learning disabilities, psychiatric conditions, addiction come together and take care of the stock, thereby exerting self-direction, being connected to others and experiencing meaningfulness. Or a nursing home that resembles a village, people with dementia being supported in finding their way to do their shopping supported by technology and a nurse that trains them to find the right clues, and older people receiving an iPad of the home care organisation, which makes it easier to communicate to the support staff, but also to their families and playing digital bingo.

It is all about living a life with daily challenges and not always solving them, people making their own choices, being connected to others and feeling meaningful. These are the challenges for social, technological and system innovation, being interconnected. If we only aim at a single category of targets, we may hit the target, but miss the point!



ENGLISH SUMMARY

As population demographics changes, it is clear that there is an increase in the ageing population as well as the amount of people living with chronic diseases worldwide. Many healthcare systems across the world will have to cope with the increasing demand of care services among the elderly. To respond to this demand in a financially sustainable way, innovative solutions will need to be employed. During the pandemic it has been clear that there are shortcomings in elderly care that need to be addressed. The Corona Commission's first interim report on Elderly Care was presented in December 2020. A main conclusion was that elderly care was unprepared and ill-equipped when the pandemic struck. The Commission stated that the current government, like the previous governments which also had this knowledge, bears the ultimate responsibility for these shortcomings. Structural deficiencies were highlighted, which were known long before the virus outbreak, e.g. insufficient cooperation between regions and municipalities which became even more apparent during the pandemic. The Health and Social Care Inspectorate, IVO, has examined elderly care and highlighted shortcomings.

Elderly care accounted for 18 percent of the municipalities' costs in 2019. The total cost was SEK 129 billion. Future forecasts point to different results, depending on the level of ambition, demographics etc. But with the current level of ambition and the demographic development, the costs in fixed prices for elderly care may increase just over SEK 40 billion in 10 years.

The Forum for Health Policy has held a number of workshops and seminars, both national and international, on the challenges of elderly care. Increased competence in elderly care is highlighted as an important factor, untapped potential in digitalisation, too many different actors are responsible for health and care, complicated IT systems, too little academic connection in municipal activities, sources of knowledge such as the Senior Alert quality register is used too little are some examples. In this report, several outside researchers also shed light on various strategic issues.

Many suggestions for improvements in elderly care have been highlighted in various investigations.



Forum for Health Policy wishes to highlight in particular the following policy recommendations, which are developed in more detail in the report:

- Give the individual the opportunity to choose between different actors that offer cohesive care chains for a more seamless care and care.
- Increase the pace of digitalisation in elderly care.
- Create compensation and follow-up systems that strengthen the coordination of the individual's entire care and nursing.
- Learn from variations in results.

LÄNKAR TILL MER LÄSNING:

Bloggar och rapporter

Henk Nies

- Blogg: Quality paradigms and innovation – the Dutch case <https://healthpolicy.se/2020/04/15/quality-paradigms-and-innovation-the-dutch-case-2/>

Monica Winge

- Blogg: Lös problemen med skyddsutrustning

<https://healthpolicy.se/2020/10/27/los-problemet-med-skyddsutrustning-nu/>

- Rapport om skyddsutrustning

<https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2020/10/Slutrapport-Skyddsutrustning-202010051.pdf>

Rapport - Innovation in Elderly Care in three countries (Sweden, Netherlands and Switzerland) – Innovationer i äldreomsorgen (finns även på svenska)

<https://healthpolicy.se/2020/11/03/new-report-innovation-in-elderly-care/>

Föreläsningar och diskussioner

Äldreomsorgen i tre länder – innovation och utveckling

<https://healthpolicy.se/2020/10/27/los-problemet-med-skyddsutrustning-nu/>

Rundabordssamtal om äldreomsorgen – efter pandemin

<https://healthpolicy.se/events/2020-3/rundabordssamtal-aldreomsorgen-vad-kan-vi-lara-av-coronapandemin/>

Policy Brief 2021 - Kontakt: info@healthpolicy.se

Författad av: Catharina Barkman, Forum för Health Policy
Layout/redigering: Helena Conning, Forum för Health Policy

Allt ursprungligt material finns på: <https://healthpolicy.se>