

De mest sjuka äldres
vård och omsorg
– en beskrivning utifrån
nationella indikatorer

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-12-6

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2011

Förord

Regeringen beslöt vid början av 2011 att genomföra en flerårig satsning för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I den här rapporten redovisar Socialstyrelsen ett av de uppdrag som myndigheten fick av regeringen i juni 2011 med anledning av satsningen. Uppdraget gick ut på att ta fram indikatorer för att följa de mest sjuka äldre personernas vård och omsorg samt att göra en nulägesbeskrivning utifrån dessa indikatorer.

Projektledare är *Ulla Höjgård*. *Anna Bennet* och *Erik Onelöv* har tagit fram och analyserat uppgifter ur Socialstyrelsens patient-, läkemedels- och socialtjänstregister. *Sven-Erik Wånell* och *Bettina Meinow* vid Stiftelsen Äldrecentrum och *Ulla Höjgård* vid Socialstyrelsen har författat rapporten. *Mårten Lagergren* vid Stiftelsen Äldrecentrum har utifrån den longitudinella befolkningsstudien *Swedish National Study on Ageing and Care* (SNAC) beskrivit de mest sjuka äldres funktionsförmåga och behov av stöd och hjälp. Ansvarig enhetschef vid Socialstyrelsen är *Mona Heurgren*.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Beskrivning av funktionsnedsättningar och vårdbehov	7
Nulägesbeskrivning	7
Indikatorer och data som behöver utvecklas	8
<i>Inledning</i>	9
<i>Indikatorer och datakällor</i>	11
Urval av indikatorer	11
Datakällor	12
<i>Avgränsning och beskrivning av målgruppen</i>	15
Målgruppen beskriven utifrån registerdata	15
De mest sjuka äldres funktionstillstånd	17
Stora behov av hjälp med sina vardagssysslor	18
Omfattande funktionsnedsättningar	19
Oro snarare än trygghet präglar många liv	20
Andra problem	21
<i>Nulägesbeskrivning</i>	22
Undvikbar slutenvård	24
Beskrivning av indikatorn	24
Resultat	25
Tolkningsproblem	26
Olämpliga läkemedel	26
Beskrivning	26
Resultat	26
Tolkningsproblem	27
Läkemedelskombinationer som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser	28
Beskrivning	28
Resultat	28
Tolkningsproblem	29
Tre eller fler psykofarmaka	29
Bakgrund	29
Tolkningsproblem	30
Aktuell läkemedelsgenomgång	31
Bakgrund	31
Resultat	31
Tolkningsproblem	32
Avlidna eller återinskrivna efter stroke och hjärtsvikt	32
Resultat	32
Tolkningsproblem	34
Upplevd kvalitet i särskilt boende	35
Hänsyn till äldres åsikter och önskemål inom särskilt boende	35
Bakgrund	35

Resultat	35
Trygghet i särskilt boende	36
Bakgrund	36
Resultat	36
Social samvaro och aktiviteter	37
Bakgrund	37
Resultat	37
Mat och måltidsmiljö	38
Bakgrund	38
Resultat	39
Hjälp med munhygien	39
Bakgrund	39
Resultat	40
Fall, undernäring och trycksår	40
Fallskador	41
Bakgrund	41
Resultat	41
Tolkningsproblem	42
Riskbedömningar fall	42
Beskrivning	42
Resultat	43
Tolkningsproblem	43
Riskbedömningar undernäring	43
Bakgrund	44
Resultat	44
Tolkningsproblem	44
Riskbedömningar trycksår	45
Bakgrund	45
Resultat	45
Tolkningsproblem	45
Stöd i livets slutskede	46
Smärtskattning sista levnadsvecka	46
Bakgrund	46
Resultat	46
Tolkningsproblem	47
Bakgrund	47
Resultat	48
Tolkningsproblem	48
Andel som bor i ett särskilt anpassat demensboende för max 10 personer	48
Bakgrund	48
Resultat	49
Tolkningsproblem	49
Indikatorer som bör utvecklas	50
Samverkan och samarbete	50
Utfall för den enskilde	51
Trygghet	51
Anhörigstöd	52
Forskning	52
Uppföljning	52
Referenser	53

<i>Bilagor</i>	54
<i>Bilaga 1</i>	55
Indikatorer som föreslås användas redan nu för att beskriva hur vården och omsorgen om de mest sjuka äldre fungerar och hur samspelet är mellan olika vårdgivare	55
Indikatorer som avser hela målgruppen	56
<i>Indikatorer som avser dem som bor i särskilt boende</i>	62
<i>Bilaga 2</i>	75
Indikatorer som bör utvecklas för att beskriva vården och omsorgen om de mest sjuka	75
äldre	75
Samverkan mellan vårdgivare	75
Kvalitet	77
Trygghet	81
Anhörigstöd	82
<i>Bilaga 3; Indikatorer som föreslås ej användas</i>	83
Hälso- och sjukvård; Tillgänglighet och Utbud	83
Sluten vård och specialistvård	83
Primärvård; Tillgänglighet och Utbud	84
Bemötande i hälso- och sjukvården	84
Resultat	86
Samverkan i öppenvård	87
Äldreomsorg; ordinärt boende Utbud och Tillgänglighet	89
Bemötande	90
Trygghet, livskvalitet	91
Särskilt boende	91
<i>Bilaga 4; Indikatorerna per kommun</i>	92

Sammanfattning

I den här rapporten redovisar Socialstyrelsen ett antal indikatorer som kan användas på nationell, regional och lokal nivå för att följa utvecklingen av de mest sjuka äldres vård och omsorg. Redovisningen innehåller också en beskrivning av nuläget utifrån dessa indikatorer.

Beskrivningen bygger på indikatorer som Socialstyrelsen tidigare har använt för att följa utvecklingen av hälso- och sjukvården (1) och äldres vård och omsorg (2-4). Uppgifterna till vissa av de indikatorer som vi redovisar i denna rapport bygger på uppgifter för gruppen de mest sjuka äldre. Dessa uppgifter kommer från Socialstyrelsens patient-, läkemedels- och socialtjänstregister.

Beskrivning av funktionsnedsättningar och vårdbehov

Socialstyrelsen har i en nyligen utgiven rapport (5) beskrivit omfattningen av gruppen mest sjuka äldre personer. Totalt omfattar gruppen 297 000 personer som är 65 år eller äldre. De personer som ingår i gruppen mest sjuka äldre har antingen 25 eller fler timmar hemtjänst/månad, bor i särskilt boende och/eller har omfattande sjukvårdsinsatser.

Personer som bor i särskilt boende har störst funktionsnedsättningar och flest problem och symtom. Personer med omfattande hälso- och sjukvård men ingen äldreomsorg har minst problem. När det gäller antalet vård dagar på sjukhus är relationen den omvända. De i särskilt boende hade i snitt knappt 8 vård dagar per år, de i ordinärt boende med hemtjänst hade 18 dagar och äldre utan hemtjänst hade drygt 25 dagar.

Vidare är besvär som oro, nedstämdhet, smärta, yrsel och inkontinens betydligt vanligare bland dem som bor i särskilt boende, och minst vanliga bland dem som enbart har omfattande hälso- och sjukvård.

De mest sjuka äldre är således en heterogen grupp, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten.

Nulägesbeskrivning

Nedan följer de viktigaste iakttagelserna från nulägesbeskrivningen, varav de flesta uppgifterna gäller år 2010:

- 9 procent av de mest sjuka äldre hade vårdats inom slutenvården för ett sjukdomstillstånd som troligen hade gått att undvika om andra vårdgivare hade gett tillräcklig vård och omsorg.
- 49 000 av de mest sjuka äldre (16,6 procent) hade behandlats med minst ett läkemedel som kan vara olämpligt att ge till äldre personer.
- 28 000 personer eller 9,4 procent av målgruppen använde minst tre psykofarmaka samtidigt.

- Av de äldre i särskilt boende hade 55 procent riskbedömts för fall och undernäring samt 42 procent för trycksår. Andelen riskbedömda varierade mycket i kommunerna, 0–100 procent.
- 42 procent av de äldre i särskilt boende var nöjda med möjligheterna att göra sådant de trivs med. Bland kommunerna var andelen 13–67 procent. 43 procent var nöjda med möjligheten till en pratstund med personalen, och variationen mellan kommunerna var 14–71 procent (7).
- Sammantaget hade 80 procent av personalen i särskilt boende och korttidsboende en vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå. Andelen med sådan utbildning varierade mellan 38 och 100 procent i kommunerna.

Indikatorer och data som behöver utvecklas

I dag saknas nationella uppgifter om en del områden som är viktiga för att beskriva vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det saknas nationella uppgifter om primärvården och exempelvis går det inte att avgöra om vården och omsorgen är samordnad eller inte, och det går inte att beskriva omfattningen av anhängstöd och hur det är utformat.

Ambitionen är att indikatorerna ska spegla om vården och omsorgen bidrar till trygghet och välbefinnande för de äldre. Det saknas ofta sådana uppgifter. De uppgifter som finns tillgängliga för att mäta detta speglar istället avsaknad av dåliga förhållanden snarare än bra kvalitet av vård och omsorg, t.ex. hur bra vården är på att minimera smärta, minska olika risker etc. Det finns kvalitetsregister som samlar sådana uppgifter, men de har ännu för låg täckningsgrad.

För en god kvalitet i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre måste det bl.a. finnas tillräckligt mycket personal, men personalen måste också ha rätt kompetens och tillgång till fortbildning och handledning. Vidare måste vården kunna erbjuda både planerade och akuta insatser, med stor flexibilitet, eftersom hälsotillståndet kan förändras snabbt för gruppen de mest sjuka äldre. Även detta är områden där indikatorer behöver utvecklas. Det är dessutom av intresse att följa hur ofta de mest sjuka äldre besöker sjukhusens akutmottagningar utan att läggas in. Sådana uppgifter finns i patientregistret men kvaliteten på landstingens inrapporterade data är ännu inte tillräckligt hög för att indikatorn ska ge en tillförlitlig bild.

I ett kommande utvecklingsarbete är det också viktigt att studera hur väl olika indikatorer faktiskt beskriver det de är tänkta för. Dessutom behövs andra metoder för att följa vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Indikatorer ger en generell bild, men de är inga exakta mått och ger ingen säker kunskap.

Inledning

I början av 2011 beslutade regeringen att göra en flerårig satsning för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Satsningen fick en nationell samordnare och 3,75 miljarder kronor avsattes för ändamålet för perioden 2011–2014. Bakgrunden till satsningen är brister i vården och omsorgen för personer som behöver mycket hjälp. Denna växande grupp drabbas av brister i vård- och omsorgsinsatserna som rör kontinuitet, tillgänglighet och samordning.

Avsikten med satsningen är att främja utvecklingen av en individanpassad och samordnad vård och omsorg som präglas av kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser samt en helhetssyn på den enskilda personens behov.

Målen är att förbättra samverkan mellan olika aktörer samt att göra vården och omsorgen mer effektiv. Regeringens bedömning är att det krävs ett kraftfullt och för berörda aktörer gemensamt utvecklingsarbete för att uppnå målen.

Den nationella samordnaren ska utifrån en nationell dialog om vården och omsorgen om äldre ge förslag på hur staten kan göra det lättare för kommuner och landsting att samordna vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Huvudmännen ska också få starkare incitament för att uppnå detta.

Som en del i satsningen fick Socialstyrelsen en rad regeringsuppdrag i juni 2011. Uppdragen gäller flera utvecklingsområden där både staten och huvudmännen kan behöva vidta åtgärder. Uppdragen avser följande områden:

- primärvårdens uppdrag och insatser
- metoder för att identifiera äldre med risk att försämrats
- erfarenheter av förebyggande hembesök och hälsosamtal
- former för att samordna vård och omsorg
- stöd till införandet av nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom
- äldres behov av psykiatrisk vård och stöd
- modell för anhörig- och brukarrevisioner
- förbättring av äldres läkemedelsanvändning
- ökad gerontologisk och geriatrisk kompetens
- tydliggörande av rättsläget ifråga om informationsutbyte
- stöd till införandet av ett systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation.

En viktig del i regeringens satsning är att ge huvudmännen tydliga incitament för arbetet med att främja god kvalitet och effektivitet. Regeringen eftersträvar ett system med prestationsersättningar, men för detta krävs ett begränsat antal mått – mål-, prestations- och resultatindikatorer – som kan

användas för att över tid följa förändringar i vården och omsorgen. Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen lägga fram ett sådant förslag samt redovisa en nulägesbeskrivning med hjälp av de valda måtten. Socialstyrelsen ska genomföra uppdraget i samråd med SKL och i nära kontakt med Socialdepartementet, och slutrapportera resultatet till regeringen den 15 december 2011.

Detta är de övergripande frågeställningarna för rapporten:

- Hur definierar och avgränsar vi gruppen de mest sjuka äldre?
- Hur ser gruppens behov av omsorg ut?
- Vilka befintliga indikatorer kan vi använda för att följa effekterna av regeringens satsning?
- Hur ser nuläget ut?
- Vilka indikatorer och vilken data behöver utvecklas för att vi ska få en mer heltäckande bild av vård och omsorg?

Rapporten bygger på dessa frågeställningar med tillägg för ett avsnitt om metod och datakällor. Bilaga 1 innehåller en förteckning över de indikatorer vi har använt för att beskriva nuläget, och bilaga 2 innehåller en lista över indikatorer som bör utvecklas för att vi mer heltäckande ska kunna följa utvecklingen över tid.

Indikatorer och datakällor

Under den korta uppdragstiden har Socialstyrelsen inte haft möjlighet att göra nya datainsamlingar. Beskrivningen av nuläget för de mest sjuka äldre bygger i stället på redan insamlade uppgifter från register och enkätundersökningar samt indikatorer som vi har använt i andra sammanhang. Fördelen med det är att många av uppgifterna har samlats in under flera år och kunnat prövas och utvecklas för att öka tillförlitligheten. Nackdelen är att dessa uppgifter och indikatorer inte är specifikt utformade för uppdragets frågeställningar och målgrupp. Dessutom finns det viktiga områden som de inte täcker in.

Urval av indikatorer

För att identifiera lämpliga indikatorer har vi granskat de indikatorer som används i Socialstyrelsens öppna jämförelser (1-4) eller som redovisas i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom, stroke, hjärtsjukvård, och diabetes (6-9). Indikatorer från olika kvalitetsregister och Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) har också ingått i granskningen.

Ett antal sakkunniga och experter har hjälpt till med att granska och välja indikatorer. Socialstyrelsen ordnade även en expertheating när det första urvalet av indikatorer var klart.

Ambitionen var att finna indikatorer som säger något om hur vården och omsorgen sammantaget fungerar för de mest sjuka äldre. Indikatorerna ska också beskriva hur samhällets insatser bidrar till ett tryggt och värdigt åldrande i en livsfas där personens vardag präglas av funktionsnedsättningar och sjuklighet. Urvalet utgick från att indikatorn så långt det är möjligt

- ska säga något om gruppen de mest sjuka äldre
- ska vara beprövad
- helst ska utgå från individrelaterade uppgifter, så att den kan analyseras för målgruppen
- ska vara rikstäckande och ha en tillräcklig täckningsgrad.
- ska stimulera en god utveckling av vården och omsorgen av de mest sjuka äldre
- ska vara entydig och ange en riktning
- ska vara relevant för gruppen mest sjuka äldre
- inte ska ge undanträngningseffekter, så att olika aktörer inom vården och omsorgen tvärt emot idén med styrningen undviker de mest sjuka eftersom de ”drar ner resultatet”
- inte ska gå att manipulera för den som lämnar uppgiften
- ska mäta resultat.

Datakällor

Socialstyrelsen har valt datakällor där det går att identifiera målgruppen mest sjuka äldre och som därmed är individbaserade, dvs. innehåller data om unika individer och vårdhändelser. Sådana data finns i Socialstyrelsens hälsodata- och socialtjänstregister. Dessa uppgifter räcker dock inte för att ge en god beskrivning av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Därför har vi kompletterat beskrivningen med uppgifter från andra källor som Äldreguiden, undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? och Öppna jämförelser 2011 – vård och omsorg om äldre (2-4) samt nationella kvalitetsregister.

Socialstyrelsens register

Patientregistret innehåller uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvården och läkarbesök i öppen specialiserad vård. För varje läkarbesök registreras bl.a. datum och diagnos, och för varje tillfälle i slutenvården registreras dessutom vårdtiden. Statistiken innehåller inga uppgifter om insatser från hemsjukvården eller primärvården. Registret uppdateras årligen. De senast tillgängliga uppgifterna är från år 2010.

Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning innehåller information om de individer som har fått biståndsbeslutade insatser i äldreomsorgen. Här ingår beslut om permanent särskilt boende, hemtjänst och korttidsboende, och för beslut om hemtjänst redovisas även antalet beviljade hjälptimmar per månad. Serviceinsatser utan ett individuellt biståndsbeslut ingår inte i statistiken. De personnummerbaserade uppgifterna samlas in från samtliga kommuner två gånger om året, och den senaste individbaserade statistiken gäller biståndsbeslutade insatser den 1 november 2010.

Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS-registret) innehåller uppgifter om personer som har fått insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Uppgifterna samlas in på individnivå en gång om året den 1 oktober, från landets samtliga kommuner. De senast tillgängliga uppgifterna är från år 2010.

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedieras mot recept eller motsvarande på apotek. Registret innehåller uppgifter om den expedierade varan (identitet, mängd och pris) och datum för expediering. Sedan juli 2005 innehåller registret uppgifter om patientens kön, ålder och folkbokföringsort samt personnummer. Registret uppdateras med nya uppgifter varje månad.

Kvalitetsregister

Det finns även nationella kvalitetsregister som innehåller uppgifter om de mest sjuka äldres vård och omsorg. De mest relevanta är Senior Alert, Svenska Palliativregistret och Svenska Demensregistret (SveDem).

I *Senior Alert* går det att följa hur vården uppmärksammar fallrisk, undernäring och trycksår bland äldre, och det finns planer på att även inkludera munhälsa. Det är dock alltför få enheter inom särskilt boende som registrerar data i Senior Alert och täckningsgraden inom hemsjukvården är ännu

lägre. Under 2011 har dock många kommuner anslutit sig till registret, och eftersom användandet ökar snabbt bör detta kvalitetsregister kunna användas inom de närmaste åren.

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister för rapportering av vården i livets slutskede. Grunden för registret är en enkät som ska spegla vårdinnehållet den sista tiden i livet och som fylls i av personalen när en person har avlidit. Registret täcker inte in hela landet eller alla som avlider, och det varierar också mellan kommunerna hur hög andel av de avlidna som registreras. Bedömningen är dock att detta register redan nu kan användas för att ge en bild av situationen 2010, som en bas för jämförelser över åren. Täckningsgraden för 2010 var dock låg eftersom bara 89 kommuner hade en täckningsgrad på minst 50 procent.

Svenska Demensregistret (SveDem) är ett kvalitetsregister som beskriver utredningen, diagnostiken, vården och behandlingen av personer med demenssjukdom. Registret har i dag en bra täckningsgrad bland landets minnesmottagningar, medan täckningsgraden inom primärvård är betydligt sämre. En modul för särskilt boende är under utveckling, men där återstår mycket arbete för att indikatorerna ska bli tillförlitliga och därmed användbara. Inga data från SveDem ingår därför i denna rapport, och det är svårt att bedöma hur snabbt registret kommer att utvecklas med frågor som är relevanta för att bedöma vården och omsorgen om personer med demenssjukdom.

Andra datakällor

Socialstyrelsens *Äldreguiden* för år 2011 (2) innehåller 41 indikatorer inom 11 områden. Uppgifter samlas bl.a. in genom fyra enkäter (kommun- och enhetsundersökningen) till landets kommuner och stadsdelarna i de tre största städerna. Första gången data publicerades var 2008 och under 2011 deltog totalt 320 kommuner och stadsdelar samt cirka 5 400 enheter i särskilt boende, hemtjänst och dagverksamheter.

Uppgifter till undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? (4) samlas årligen in från ett urval äldreomsorgstagare i landets kommuner och stadsdelarna i de tre största städerna. Syftet med undersökningen är att fånga de äldres uppfattning av kvaliteten i hemtjänsten och särskilda boenden för äldre. Den första undersökningen gjordes 2008, den andra 2010 och den tredje 2011. Svarsfrekvensen bland äldre i äldreboende var 54 procent för hela riket. Av de inkomna svaren framgår att 37 procent av enkäterna hade besvarats av de äldre, medan 61 procent hade besvarats av anhöriga, bekanta eller god man. Två procent saknade uppgifter om vem som har svarat. Alla som bor i särskilt boende ingår i målgruppen de mest sjuka äldre, och därför har Socialstyrelsen hämtat några av indikatorerna i denna rapport från undersökningen. Resultaten som redovisas från enkäten bör dock tolkas med försiktighet eftersom svarsfrekvensen var låg och många inom särskilt boende inte svarade själva.

Det finns också andra studier som har undersökt hur vård- och omsorgstagarna uppfattar sin vård eller omsorg. Exempelvis finns data från *sex olika patientenkäter* som görs på uppdrag av SKL och merparten av landstingen och sjukvårdsregionerna. Enkäterna har generellt en låg

svarsfrekvens och det går inte att urskilja vilka av svaren som kommer från personer i gruppen mest sjuka äldre. Den är högre för ålderspensionärer än för yngre personer, men ändå låg i gruppen 75 år och äldre. *Vårdbarometern* (från SKL) har ännu lägre täckningsgrad (svarsfrekvens 43 procent för alla åldrar) än patientundersökningen.

Ytterligare data kommer från den longitudinella befolkningsstudien *Swedish National Study on Ageing and Care* (SNAC). Dessa data är viktiga för att förstå de mest sjuka äldre personernas behov av stöd och hjälp. Studien startade 2001 och består av två delar: vårdsystem respektive befolkning. Vårdsystemdelens uppgifter bygger på inrapporterade data från biståndshandläggare och personal på särskilda boenden och gäller alla som har långvariga insatser, hemtjänst och/eller hemsjukvård. Befolkningsdelens uppgifter bygger i huvudsak på självrapporterade uppgifter och är en urvalsstudie.

Data från SNAC-studien är hämtade från SNAC-Kungsholmen, vårdsystemdelen för personer med omsorg och befolkningsdelen för övriga personer. Stadsdelen Kungsholmen i Stockholm är en innerstadsdel med relativt välutbildad äldrebefolkning och hög andel mycket gamla kvinnor. Hälso tillståndet är därmed förmodligen bättre än genomsnittet per åldersgrupp räknat i landet. Jämförelser med övriga SNAC-områden (Nordanstig, Karlskrona, Malmö, Eslöv, Hässleholm, Ystad, Osby), med övriga stadsdelar i Stockholm och med åtta svenska kommuner som undersöktes som bas för det kommunala skatteutjämningsystemet visar dock inga avgörande skillnader när det gäller omsorgstagarnas sammansättning. Resultaten bör därför i allt väsentligt vara representativa för Sveriges kommuner i allmänhet.

Avgränsning och beskrivning av målgruppen

Gruppen de mest sjuka äldre kan beskrivas som personer i hög ålder med omfattande och återkommande behov av vårdinsatser från flera vårdgivare eller verksamheter inom kommunen och landstinget. Personer i denna livsfas kallas ibland även för sköra eller multisjuka. Begreppet sköra har dock olika definitioner och är inte tillräckligt entydigt, och uttrycket multisjuk kan vara missvisande eftersom det antyder att de äldre har många olika diagnoser. Antalet diagnoser är dock ett dåligt urvalskriterium om man vill fånga in äldre personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg. En diagnos (t.ex. Alzheimers sjukdom) kan räcka, och omvänt kan äldre ha många diagnoser och ändå klara sin vardag bra. Det är alltså viktigare att undersöka hur oberoende de äldre är i sina vardagliga aktiviteter. Begreppet ”mest sjuka” är därför inte heller perfekt, och för att beskriva målgruppen kan det vara bättre att studera nedsatt funktionsförmåga, smärta och otrygghet.

Personerna som ingår i målgruppen de mest sjuka äldre är beroende av andra för att klara sin vardag, både sina I-ADL-aktiviteter (instrumentella aktiviteter i dagliga livet) som att laga mat och städa, och sina P-ADL-funktioner (personliga aktiviteter i dagliga livet) som att sköta sin personliga hygien. Orsaken kan vara olika fysiska funktionsnedsättningar, som i sin tur kan bero på t.ex. sjukdomar som stroke eller bestående skador efter ett fall. Det är dock inte diagnosen i sig som avgör om personen ingår i målgruppen, utan dess effekter i form av svårigheter att själv klara sin vardag.

Det går inte heller att strikt avgränsa gruppen eftersom olika funktioner gradvis försvinner under de sista åren i en människas liv. Samtidigt kan funktionsförmågan och hälsotillståndet bli bättre efter t.ex. en höftfraktur eller stroke, i vart fall under en period. Därför kan det vara svårt att avgöra när en individ anses ingå i målgruppen.

Antalet mest sjuka äldre kan variera kraftigt beroende på hur gruppen mest sjuka äldre avgränsas, och undersökningens syfte avgör vilken avgränsning som är lämpligast. Socialstyrelsen har valt att definiera gruppen utifrån tillgängliga registerdata. Tanken var att vi skulle kunna hämta registerbaserade uppgifter för att beskriva, följa upp och utvärdera gruppens vård och omsorg samt följa effekterna av regeringens satsning på att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.

Målgruppen beskriven utifrån registerdata

I en nyligen publicerad rapport (5) redovisar Socialstyrelsen en registerbaserad analys av alternativa sätt att avgränsa gruppen mest sjuka äldre. En utgångspunkt för analysen är att de mest sjuka äldre är 65 år eller äldre och har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd. Som ett mått på funk-

tionstillståndet belyser vi omsorgs- och sjukvårdsbehovet och utgår från nationella hälsodata och socialtjänstregister. För att identifiera de mest sjuka äldre enligt avgränsningarna använder vi patientregistrets öppenvårds- och slutenvårdsdelar, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt LSS-registret. Genom att samköra dessa register kan vi identifiera de personer som ska ingå i målgruppen.

Socialstyrelsen har valt att avgränsa gruppen mest sjuka äldre genom sjukvårdens omfattning och nivån av den kommunala äldreomsorgen. Personer som anses få omfattande sjukvård och/eller omfattande omsorg är basen för de tre avgränsningar (grupp1-3) av gruppen mest sjuka äldre som Socialstyrelsen föreslår i rapporten: I den här rapporten har vi för vissa indikatorer dessutom valt att ta fram uppgifter för de mest sjuka äldre som har omfattande sjukvård (grupp 4):

1. Kärnan i gruppen mest sjuka äldre består av personer med *omfattande sjukvård och omfattande omsorg*. År 2010 gällde det 2 procent av befolkningen 65 år och äldre (35 000 personer).
2. Avgränsningen ”omfattande omsorg” gör att målgruppen inkluderar ytterligare personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen. Med omfattande omsorg menas: permanent särskilt boende, beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, korttidsboende eller beslut om insatser med stöd enligt LSS. År 2010 gällde det 9 procent av befolkningen 65 år och äldre (162 000 personer).
3. Den vidaste avgränsningen innefattar samtliga personer med *omfattande sjukvård eller omfattande omsorg*. Denna avgränsning passar när kärngruppen inte räcker för att få några statistiskt säkerställda skillnader mellan olika grupper, såsom i jämförelser mellan mindre kommuner. År 2010 gällde det 17 procent av befolkningen 65 år och äldre (297 000 personer).
4. Avgränsningen ”omfattande sjukvård” gör att målgruppen inkluderar ytterligare personer med omfattande sjukvårdinsatser. Med omfattande sjukvård menas: multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskriv i öppen specialistvård. År 2010 gällde det 169 000 personer av befolkningen 65 år och äldre

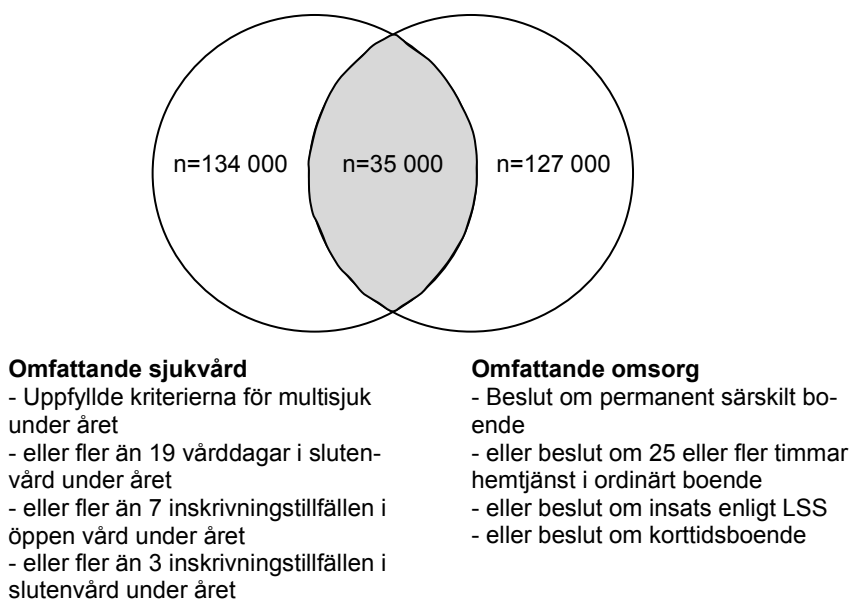
Tillgången till vård och omsorg har betydelse när det gäller att avgränsa gruppen de mest sjuka äldre genom deras vårdutnyttjande. Exempelvis har kommunerna olika riktlinjer för vilka som ska beviljas 25 timmars hemtjänst per månad, och det finns stora skillnader i andelen äldre som har hemtjänst respektive särskilt boende i kommunerna. Dessutom varierar tillgången till slutenvårdsplatser mellan landstingen. Enligt den avgränsning som används här finns det lägsta och högsta antalet mest sjuka äldre personer i Bjurholms kommun (117 mest sjuka äldre) respektive Stockholms stad (25 645 mest sjuka äldre).

Bland de mest sjuka äldre är 60 procent kvinnor och 58 procent är 80 år eller äldre. En stor andel har omsorgsinsatser från kommunen: 31 procent hade beslut om särskilt boende, 20 procent hade beslut om 25 timmars hjälp av hemtjänsten per månad och 9 procent hade färre hjälptimmar per månad

eller övriga insatser från socialtjänsten (exempelvis endast trygghetslarm eller matdistribution, beslut om korttidsboende eller insats enligt LSS). Övriga 40 procent hade inga kommunala äldreomsorgsinsatser men uppfyller kriterierna för omfattande sjukvård och ingår därmed i målgruppen.

Via patient- och socialtjänstregistren går det inte att få fram uppgifter om de äldre som huvudsakligen får stödinsatser från sina anhöriga, helt enkelt därför att registren inte innehåller uppgifter om informella insatser som inte är biståndsbedömda. Via SNAC går det dock att finna personer med samma behov av omfattande insatser och samordning som den målgrupp som kan identifieras via registren. Uppgifterna från SNAC tyder på att cirka 21 000 äldre har en funktionsnedsättning, som motsvarar dem med omfattande omsorg, men inte ingår i de ovan definierade grupperna, eftersom de främst har anhörigstöd (10).

Schematisk illustration över de olika kriterier som avgränsar mest sjuka äldre med omfattande sjukvård och/eller omfattande omsorg. Den skuggade delen av figuren visar hur kategorierna överlappar. Källa: Patientregistret, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), registret över socialtjänster till äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL-registret), Socialstyrelsen.



De mest sjuka äldres funktionstillstånd

Socialstyrelsen har låtit Stiftelsen Äldrecentrum undersöka graden och typen av funktionsnedsättning bland de personer som ingår i myndighetens avgränsning av begreppet de mest sjuka äldre.

Uppgifterna om de äldres funktionsnedsättningar och symtom kommer från den longitudinella befolkningsstudien SNAC och beskrivs mer ingående i en särskild rapport (10). Nedan finns uppgifter om de olika delgrupperna – de mest sjuka äldre som har omfattande hemtjänst, de som bor i särskilt boende, de som har omfattande hälso- och sjukvård samt den mindre grupp som har både omfattande äldreomsorg och hälso- och sjukvård.

Det är inte oväntat äldre i särskilt boende som har störst funktionsnedsättningar och flest problem eller symtom. De som har omfattande hälso- och sjukvård men ingen äldreomsorg har minst problem. I SNAC finns ett index som väger samman ADL-beroende, rörelsehinder, kognitiv nedsättning och inkontinens till ett värde på en skala 1–23 där höga tal visar omfattande funktionsnedsättningar och svåra symtom. Snittet för dem som bor i särskilt boende är 11,02 medan de som bor i ordinärt boende och har hemtjänst får värdet 4,85 och de som inte har hemtjänst får 1,98.

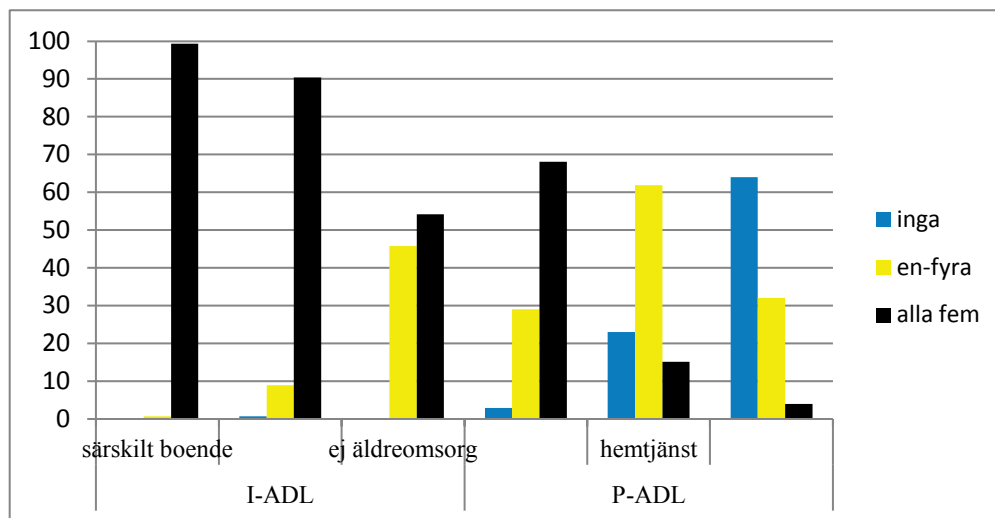
Ser man i stället till vårddagar i sjukhus är relationen den omvända. De som bor i särskilt boende hade i snitt knappt åtta vårddagar per år, jämfört med 18 dagar för dem som bor i ordinärt boende med hemtjänst och drygt 25 dagar för dem utan hemtjänst.

Stora behov av hjälp med sina vardagssysslor

I särskilt boende är nästan alla beroende av andras hjälp med dagliga aktiviteter (I-ADL funktioner) som att städa, handla och laga mat eller använda allmänna kommunikationer (de behöver hjälp med nästan alla I-ADL-aktiviteter). I ordinärt boende är det 90 procent av dem med hemtjänst som behöver hjälp med alla I-ADL-funktioner, liksom drygt hälften av dem som har omfattande hälso- och sjukvård men ingen hemtjänst (snitt 4 aktiviteter).

I särskilda boenden är det få (cirka 3 procent) som själva klarar alla P-ADL-funktioner, t.ex. att kunna bada eller duscha, klä sig, gå på toaletten och äta. Två tredjedelar är helt beroende av hjälp av andra (de behöver hjälp med i snitt 4 av 5 stycken P-ADL-aktiviteter). I ordinärt boende är det ungefär en av fem som klarar den personliga omvårdnaden själv. Cirka 15 procent behöver hjälp med allt, och 60 procent behöver hjälp med någon eller några av dessa aktiviteter (snitt 2 aktiviteter). Gruppen som inte har hemtjänst behöver mindre hjälp även när det gäller personlig ADL. Nästan två tredjedelar är helt oberoende och klarar dessa aktiviteter själv, medan knappt 5 procent behöver hjälp med allt (snitt 1).

Diagram 1. Antal I-ADL respektive P-ADL-nedsättningar efter boendeform och om man har eller inte har insatser från äldreomsorgen. Procent.



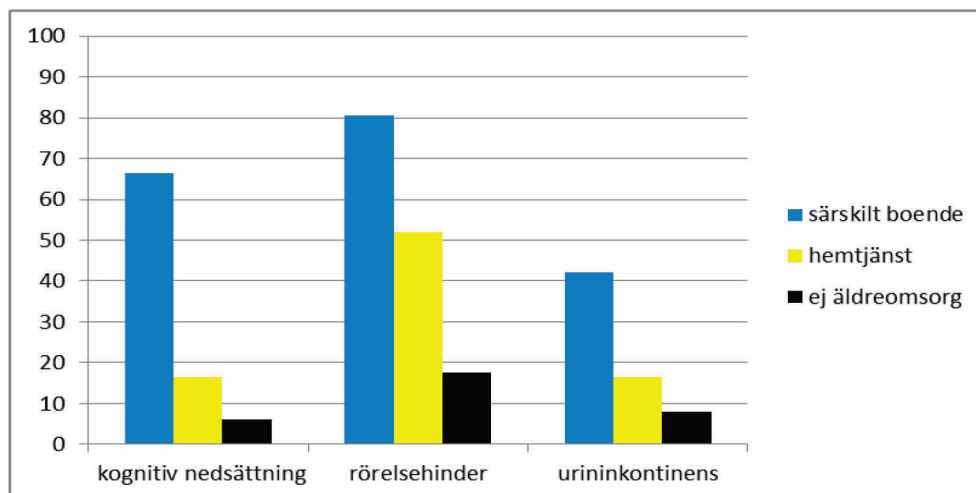
Källa: SNAC-K

Omfattande funktionsnedsättningar

I särskilda boenden har 80 procent en kognitiv nedsättning, och mer än 60 procent har en svår eller mycket svår kognitiv nedsättning. I ordinärt boende är det färre som har en svår eller mycket svår kognitiv nedsättning, och av dem med hemtjänst har cirka 15 procent en svår eller mycket svår nedsättning och knappt 30 procent en lätt nedsättning. Andelen är betydligt mindre i gruppen som har omfattande sjukvård men ingen äldreomsorg (cirka 15 procent).

Majoriteten av dem med äldreomsorg har svåra eller mycket svåra rörelsehinder: 80 procent av dem som bor i särskilt boende och 50 procent av dem som har hemtjänst. När det gäller gruppen utan äldreomsorg har mindre än 20 procent svåra eller mycket svåra hinder, och mer än hälften har inga rörelsehinder alls.

Diagram 2. Andel med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning, rörelsehinder respektive urininkontinens, efter boendeform och om man har eller inte har insatser från äldreomsorgen. Procent.



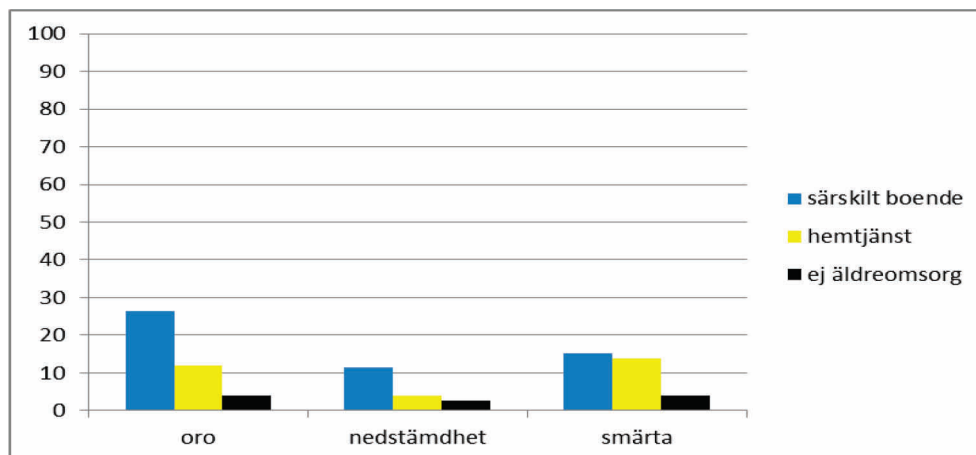
Källa: SNAC-K

Oro snarare än trygghet präglar många liv

Nästan hälften av de mest sjuka äldre känner oro i någon grad. Störst är problemen i särskilt boende där bara cirka 35 procent inte känner någon oro. 25 procent har problem med svår eller mycket svår oro. Bland hemtjänsttagarna i ordinärt boende har drygt 10 procent svår eller mycket svår oro, och 20 procent anger att de har problem med lätt oro. Bland dem utan äldreomsorg uppger 75 procent att de inte har någon oro, och knappt 5 procent att de känner svår eller mycket svår oro.

Att vara nedstämd är också vanligare bland dem som bor i särskilt boende, där mer än 10 procent lider av svår eller mycket svår nedstämdhet. Det är mindre vanligt bland dem som inte har äldreomsorg (knappt 3 procent).

Diagram 3. Andel med svår eller mycket svår oro, nedstämdhet respektive smärta, efter boendeform och om man har eller inte har insatser från äldreomsorgen Procent.



Källa: SNAC-K

Andra problem

Smärta är nära förknippat med sänkt välbefinnande och är ett av måtten när man mäter livskvalitet. Cirka 15 procent av dem som har äldreomsorg lider av svår eller mycket svår smärta, liksom knappt 5 procent av dem som inte har äldreomsorg. Drygt hälften i all de tre delgrupperna rapporterar att de inte har några problem med smärta.

Yrsel är ett förhållandevis vanligt problem bland de mest sjuka äldre, och det är något vanligare bland dem som har äldreomsorg (40 procent) än bland dem som inte har äldreomsorg (30 procent).

Urininkontinens är ett vanligt problem för dem som bor i särskilt boende: bara 20 procent har inga problem alls medan över hälften har svåra problem. Det är stor skillnad mot dem i ordinärt boende. Av dem med hemtjänst har hälften inga problem och cirka 15 procent har svåra eller mycket svåra problem. Bland dem utan äldreomsorg har 60 procent inga problem medan knappt 10 procent har svår urininkontinens.

Nulägesbeskrivning

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten styrs av lagar och nationella styr-dokument, och i dem anger riksdag och regering vilka mål som vården och omsorgen ska uppnå. Socialstyrelsen har sammanfattat dessa mål i begreppen ”god vård” och ”god kvalitet i socialtjänsten”. God vård innebär att hälso- och sjukvården ska vara

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- säker
- patientfokuserad
- effektiv
- jämlik
- tillgänglig.

Som en grund för arbetet med indikatorer har Socialstyrelsen definierat följande kvalitetsområden för socialtjänstens verksamheter:

- självbestämmande och integritet
- helhetssyn och samordning
- trygghet och säkerhet
- kunskapsbaserad
- tillgänglighet
- effektivitet.

När det gäller socialtjänstens insatser för äldre har riksdagen dessutom angett att vården och omsorgen ska inriktas på att ge äldre personer ett värdigt liv och möjlighet att känna välbefinnande. Socialtjänsten ska också verka för att äldre har en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (5 kap. 4 § SoL).

Syftet med regeringens satsning på de mest sjuka äldre är att ge dem bättre vård och omsorg genom att förbättra samverkan mellan de olika aktörerna samt göra verksamheten mer effektiv. Målet är att få en individanpassad och samordnad vård och omsorg som präglas av helhetssyn, kontinuitet och samverkan mellan olika specialiteter, professioner och organisationer.

Socialdepartementet beskriver i ett PM (11) de brister och problem som satsningen ska åtgärda, och lyfter fram följande problem och brister:

- De mest sjuka äldre uppmärksammas inte tillräckligt inom vård och omsorg.
- Vården och omsorgen saknar ett helhetsperspektiv, vilket leder till punktvisa insatser utan sammanhang – något som i sin tur leder till onödigt höga kostnader och onödiga kvalitetsbrister.
- Tillgängligheten till primärvården är bristande och saknar kontinuitet.

- Många patienter upplever att väntetiderna är långa på sjukhusens akut-mottagningar och är missnöjda med bemötandet från personalen som ofta är stressad.
- Det finns för få vårdplatser inom slutenvården, vilket leder till överbeläggningar.
- Läkare gör för få hembesök.
- Det finns för många utförare i hemtjänsten, vilket kan leda till att den äldre säger upp insatserna.
- Många patienter får fel läkemedelsbehandling och bristfällig uppföljning.
- Många patienter har bristfälliga och/eller inaktuella vårdplaner.
- Det finns brister i samarbetet mellan slutenvården, primärvården och kommunernas vård och omsorg.
- Det finns stora skillnader i vårdkonsumtion och kostnader mellan olika kommuner och landsting.
- Anhöriga får ta ett alltför stort ansvar för vården och omsorgen samt för att samordna den.
- Många äldre har eftersatt tandvård och munhygien.
- För få äldre inom särskilda boenden upplever att de har en meningsfull vardag.
- Det råder brist på utbildad personal inom kommunernas äldreomsorg.

Det bästa vore om nulägesbeskrivningen täcker in alla de områden som ingår i begreppen ”god vård” och ”god kvalitet” i socialtjänsten samt som regeringen lyfter fram i sin beskrivning, men då räcker det inte med de indikatorer som i dag används för att beskriva vård och omsorg om äldre. Dessutom skulle indikatorredovisningen behöva kompletteras med andra metoder såsom utvärderingar, analyser av tillsynsrapporter, enkäter och intervjuer. Vidare är det svårt att beskriva de delar som handlar om mötet mellan den äldre och personalen samt de äldres känsla av trygghet och meningsfullhet i vardagen.

Indikatorerna som redovisas i denna rapport ger långt ifrån en heltäckande bild av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. De beskriver främst vårdens och omsorgens strukturer och processer, och därmed är beskrivningen otillfredsställande när det gäller en del viktiga kvalitetsaspekter. Det främsta skälet är att det saknas tillgängliga uppgifter och därmed indikatorer för vissa områden, exempelvis samverkan mellan huvudmännen, stödet till anhöriga och effekterna av insatserna för den äldres välbefinnande och trygghet. Det finns inte heller några nationella uppgifter om primärvårdens åtgärder för de mest sjuka äldre, trots att det är ett angeläget ämne att belysa. Bilaga 2 listar olika indikatorer som behöver utvecklas för att täcka in dessa områden. Ett annat problem är att de flesta indikatorer har olika kvalitetsbrister. De redovisas under respektive indikator.

En indikator är inget absolut mått. Den är en signal om att något kan åtgärdas. Den ska ange en riktning, men det är ofta inte möjligt att ange ett målvärde. Huruvida indikatorn verkligen visar på kvalitetsbrister måste analyseras lokalt. Dessutom är det mycket som är svårt att mäta, t.ex. ”värdig-

het”. Däremot är det enklare att konstruera mått på sådant som kan betraktas som ovärdig vård. För att få en säkrare bild av hur vården och omsorgen fungerar behövs komplement till indikatorerna exempelvis deltagande observationer, intervjuer och liknande metoder som är mer tidskrävande.

Valda indikatorer för nulägesbeskrivning

Undvikbar slutenvård
Olämpliga läkemedel
Läkemedelskombinationer som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser
Tre eller fler psykofarmaka
Aktuell läkemedelsgenomgång
Avlidna eller återinskrivna efter hjärtsvikt
Avlidna eller återinskrivna efter stroke
Upplevd kvalitet i särskilt boende
Hänsyn till äldres åsikter och önskemål inom särskilt boende
Trygghet i särskilt boende
Social samvaro och aktiviteter i särskilt boende
Mat och måltidsmiljö i särskilt boende
Fallskador
Riskbedömningar fall
Riskbedömningar undernäring
Riskbedömningar trycksår
Smärtskattning sista levnadsveckan
Andel som bor i ett särskilt anpassat demensboende för max 10 personer

Undvikbar slutenvård

Andelen mest sjuka äldre som har vårdats inom slutenvården för ett sjukdomstillstånd som sannolikt inte hade uppstått om den äldre hade fått tillräcklig och lämplig behandling av andra vårdgivare, år 2010.

Beskrivning av indikatorn

Indikatorn undvikbar slutenvård bygger på antagandet att om de mest sjuka äldre personerna med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra onödiga inläggningar på sjukhus. Den belyser alltså omhändertagandet inom öppenvården, t.ex. det förebyggande folkhälsoarbetet samt landstingens och kommunernas primärvård. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt god vård.

Måttet undvikbar slutenvård bygger på antalet inläggningar på sjukhus för ett antal utvalda diagnoser som bl.a. ska spegla den öppna vårdens insatser vid kroniska eller mer långvariga åkommor. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp. Utöver detta ingår även några tillstånd som är akuta men som troligen inte behövt leda till en inläggning om den äldre fått rätt behandling inom rimlig tid. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdo-

mar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-, näsa- och halsinfektioner.

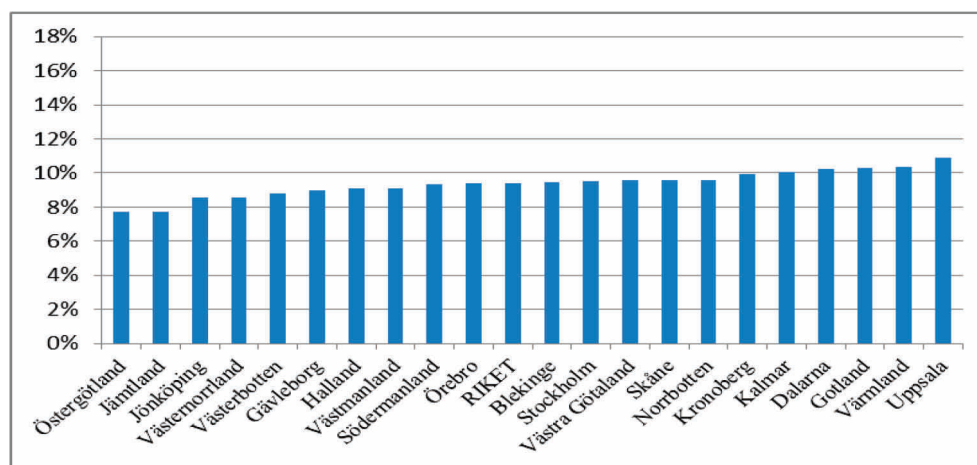
Liknande sammanvägda mått används internationellt; i engelskspråkig litteratur används begreppet "ambulatory care sensitive conditions". Det finns många olika varianter på måttet, framför allt när det gäller vilka diagnoser som ska ingå. Sverige deltar för närvarande i ett projekt inom OECD för att fastställa ett mått som alla länder kan enas om.

Resultat

Diagram 4 visar andelen mest sjuka äldre med undvikbara slutenvårdstillfällen i de olika landstingen år 2010. Totalt gäller det nästan 28 000 personer, vilket motsvarar 9 procent av de äldre med omfattande omsorg eller omfattande sjukvård – 8 procent av kvinnorna och drygt 11 procent av männen i målgruppen. Variationen mellan landstingen är relativt liten, cirka 8-11 procent. Däremot är variationen större mellan kommunerna, 4-16 procent (diagram 5).

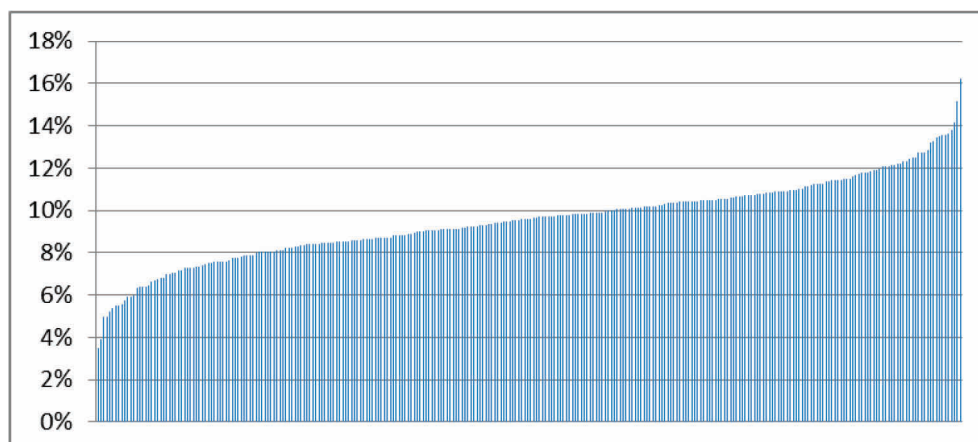
Knappt 5 procent av dem med omfattande omsorg hade ett undvikbart slutenvårdstillfälle, jämfört med 13 procent i gruppen med omfattande sjukvård och nästan 18 procent i gruppen med både omfattande sjukvård och omfattande omsorg.

Diagram 4. Andel mest sjuka äldre med undvikbara slutenvårdstillfällen, landsting. Procent



Källa: Patientregistret 2010

Diagram 5. Andel mest sjuka äldre med undvikbara slutenvårdstillfällen, kommun. Procent



Källa: Patientregistret 2010

Tolkningsproblem

Omfattningen av den undvikbara slutenvården i landstingen påverkas av att vissa sjukdomstillstånd är olika vanligt förekommande samt av att diagnos-sättningen och registreringen kan variera. Det är också troligt att tillgången på platser i slutenvården påverkar antalet inläggningar. När det finns många slutenvårdsplatser sänks trösklarna för att skrivas in vid sjukhus, och vice versa.

Det är omöjligt att undvika alla dessa potentiellt undvikbara inskrivningar, men skillnaderna mellan kommunerna tyder på att öppenvården kan förbättra sitt omhändertagande av målgruppen.

Olämpliga läkemedel

Andelen mest sjuka äldre som har behandlats med minst ett läkemedel som bör undvikas om det inte finns särskilda skäl, 2010

Beskrivning

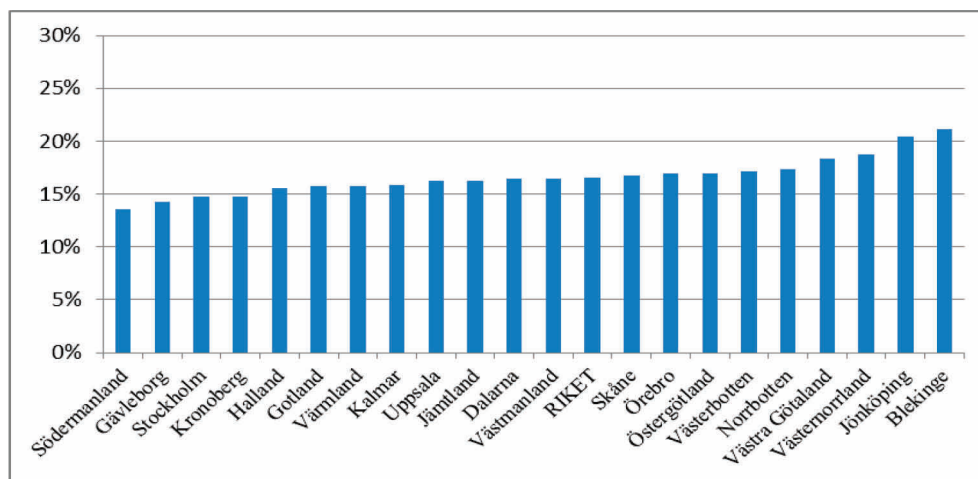
Indikatorn speglar behandling med läkemedel som bör undvikas eftersom preparaten ger en hög risk för biverkningar hos äldre. De aktuella preparaten bör endast användas om det finns särskilda skäl för det och när den förväntade nyttan står i rimlig proportion till riskerna. De aktuella läkemedlen är bensodiazepiner med lång halveringstid, läkemedel med betydande antikolinerga effekter, det smärtstillande medlet tramadol samt sömnmedlet propiomazin.

Resultat

Diagram 6 visar att 16,6 procent av de äldre i målgruppen behandlades med minst ett av dessa olämpliga läkemedel år 2010. Detta motsvarar drygt

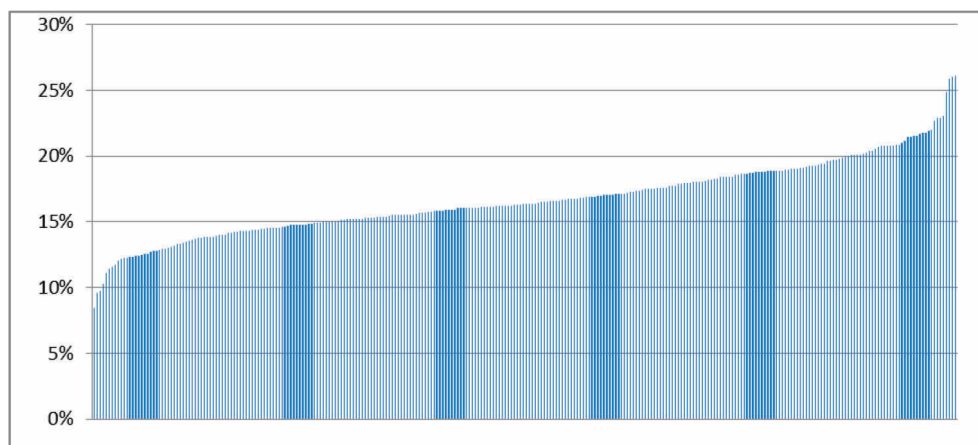
49 000 personer. Andelen var högre bland kvinnor än bland män, 17,9 procent jämfört med 14,8 procent. Variationen mellan landstingen var 13,6-21,1 procent, och på kommunnivå var den 8,5-26,1 procent.

Diagram 6: Landstingen fördelade efter andel personer i målgruppen som år 2010 hade läkemedel som bör undvikas. Procent



Källa: Läkemedelsregistret

Diagram 7. Kommunerna fördelade efter andel personer i målgruppen som år 2010 hade läkemedel som bör undvikas. Procent



Källa: Läkemedelsregistret, 2010

Tolkningsproblem

Indikatorn belyser användningen av läkemedel som kan vara olämpliga. I enskilda fall kan läkemedlet dock vara nödvändigt, och därför kan andelen inte vara noll. Däremot finns det ingen forskning som anger vilken nivå som är "rätt".

Läkemedelsregistret redovisar förskrivna och uthämtade läkemedel, vilket inte nödvändigtvis är de läkemedel som personen faktiskt tar. Registret fångar t.ex. inte läkemedel som kommer från läkemedelsförråd i äldreboenden.

I vissa kommuner består målgruppen av få personer, vilket kan ge slumpmässiga variationer när det gäller jämförelser mellan kommuner och över tid.

Läkemedelskombinationer som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser

Andelen mest sjuka äldre som har en eller flera kombinationer av läkemedel som kan ge upphov till D-interaktioner, 2010

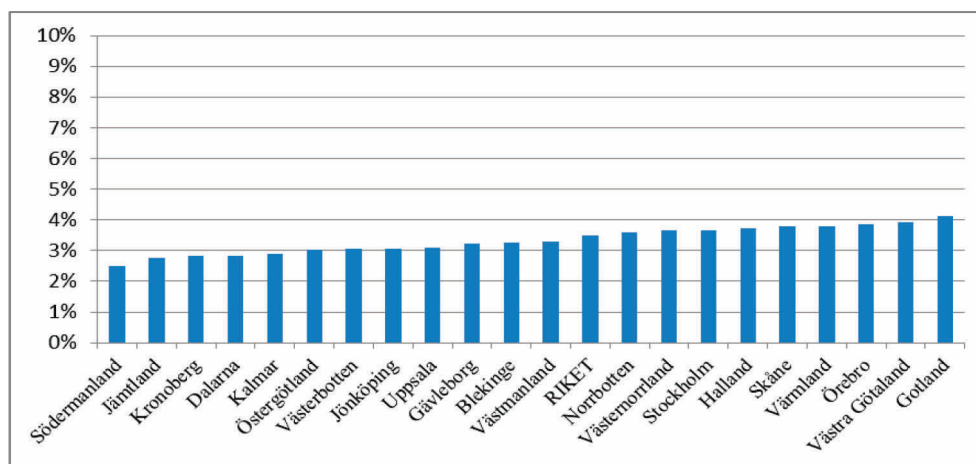
Beskrivning

Indikatorn omfattar kombinationer av läkemedel som kan ge upphov till en läkemedelsinteraktion av klass D, dvs. en interaktion som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar eller utebliven effekt, eller som i övrigt är svår att bemästra med individuell dosering. Därför bör dessa kombinationer undvikas.

Resultat

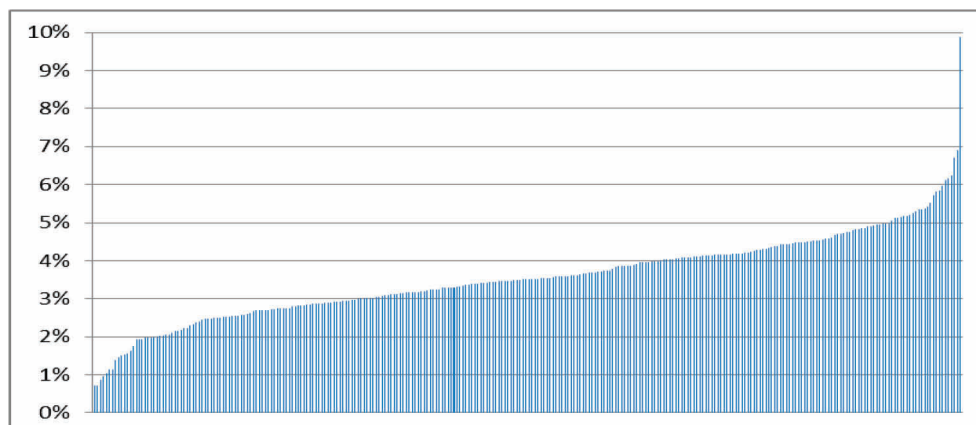
Diagram 8 och 9 visar andelen patienter i målgruppen som hade kombinationer av läkemedel som innebär en risk för D-interaktioner år 2010. Andelen i riket var 3,5 procent för både kvinnor och män, vilket motsvarar totalt drygt 10 000 personer. Spridningen mellan landstingen var 2,5–4,1 procent, och på kommunnivå var den något större: 1–7 procent.

Diagram 8. Landstingen fördelade efter andel personer i målgruppen som år 2010 hade läkemedelskombinationer som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser.. Procent



Källa: Läkemedelsregistret

Diagram 9. Kommunerna fördelade efter andel personer i målgruppen som år 2010 hade läkemedelskombinationer som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser,. Procent



Källa: Läkemedelsregistret

Tolkningsproblem

Indikatorn belyser användningen av läkemedel som tillsammans kan vara olämpliga. I enstaka fall kan kombinationerna dock vara nödvändiga, och därför kan andelen inte vara noll. Däremot finns det ingen forskning som anger vilken nivå som är "rätt".

Läkemedelsregistret redovisar förskrivna och uthämtade läkemedel, vilket inte nödvändigtvis är de läkemedel som personen faktiskt tar. Registret fångar t.ex. inte läkemedel som kommer från läkemedelsförråd i äldreboenden.

I vissa kommuner består målgruppen av få personer, vilket kan ge slumpmässiga variationer när det gäller jämförelser mellan kommuner och över tid.

Tre eller fler psykofarmaka

Andelen mest sjuka äldre som samtidigt behandlas med tre eller fler psykofarmaka, 2010

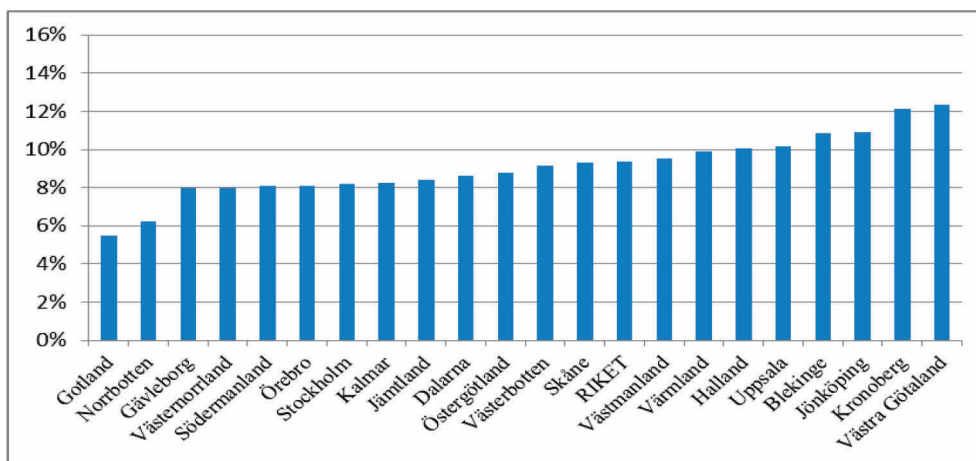
Bakgrund

Psykofarmaka är läkemedel som används för att behandla ångest, oro, sömnbesvär, depressioner etc. Behandling med många psykofarmaka samtidigt ökar risken för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, men det kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Enligt redovisningen av målgruppen är det många äldre som lider av oro, ångest och nedstämdhet, särskilt de som bor i särskilt boende. Eftersom det gäller sköra människor är det särskilt angeläget med rätt medicinering i en lämplig avvägning med andra åtgärder som ger trygghet i vardagen.

Resultat

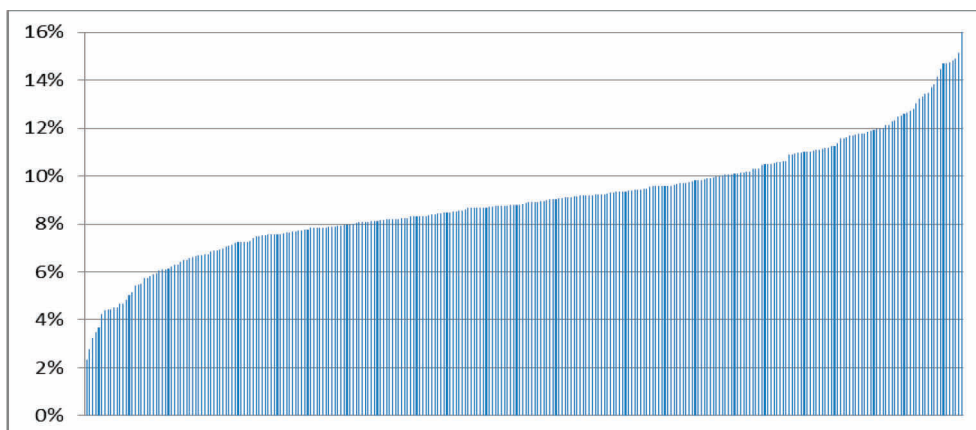
Diagram 10 och 11 visar andelen personer i målgruppen som samtidigt använde minst tre psykofarmaka år 2010. Andelen i riket var 9,4 procent, vilket motsvarar nästan 28 000 personer. Andelen var högre bland kvinnor än bland män, 10,9 procent jämfört med 7,1 procent. Variationen mellan landstingen var stor, 5,5-12,3 procent, och på kommunnivå var den ännu större: 2,5-16,5 procent.

Diagram 10. Landstingen fördelade efter andel personer i målgruppen som år 2010 hade tre eller fler psykofarmaka. Procent



Källa: Läkemedelsregistret

Diagram 11. Kommunerna fördelade efter andel personer i målgruppen som år 2010 hade tre eller fler psykofarmaka. Procent



Källa: Läkemedelsregistret

Tolkningsproblem

Indikatorn belyser samtidig användning av psykofarmaka som kan vara olämplig. I enskilda fall kan en sådan behandling dock vara nödvändig, och därför kan andelen inte vara noll. Däremot finns det ingen forskning som anger vilken nivå som är "rätt".

Läkemedelsregistret redovisar förskrivna och uthämtade läkemedel, vilket inte nödvändigtvis är de läkemedel som personen faktiskt tar. Registret

fångar t.ex. inte läkemedel som kommer från läkemedelsförråd i äldreboenden.

I vissa kommuner består målgruppen av få personer, vilket kan ge slumpmässiga variationer när det gäller jämförelser mellan kommuner och över tid.

Aktuell läkemedelsgenomgång

Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som hade en aktuell läkemedelsgenomgång, 2010

Bakgrund

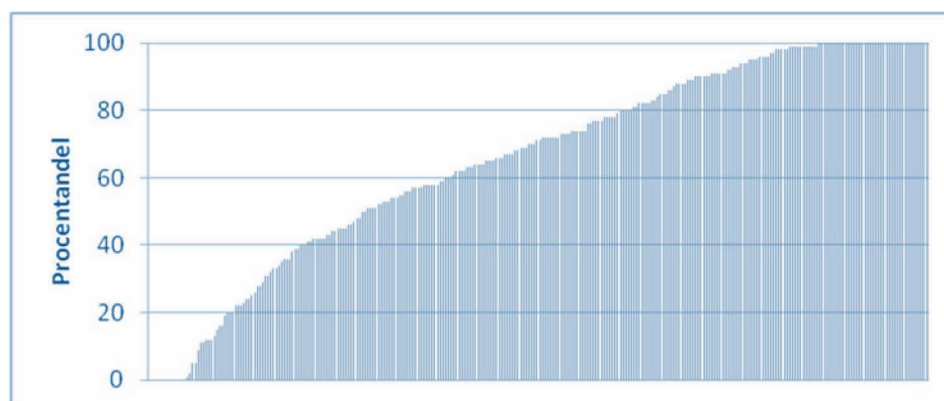
En läkemedelsgenomgång är en metod för att analysera, följa upp och ompröva en individs läkemedelsanvändning, och den genomförs enligt ett förutbestämt och systematiskt arbetssätt som bestäms i lokala riktlinjer och rutiner. Genomgångarna involverar flera yrkesgrupper, t.ex. läkare, sjuksköterskor eller undersköterskor och vid behov farmakologisk expertis som apotekare.

Indikatorn gäller andelen personer i särskilt boende som den 1 oktober 2010 hade en aktuell genomgång av förskrivna läkemedel. Skälet till att vi endast redovisar indikatorn för de mest sjuka äldre som bor i särskild boende är att uppgifter om övriga mest sjuka äldre personer saknas. Aktuell genomgång innebär att läkemedelsgenomgången inte var äldre än tolv månader. Uppgifterna är hämtade från den årliga enkätundersökning som Socialstyrelsen skickar ut till landets kommuner och enheter, den så kallade kommun- och enhetsundersökningen och som publiceras i Äldreguiden.

Resultat

Diagram 12 visar andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som hade en aktuell läkemedelsgenomgång år 2010. Andelen i riket var 66 procent och variationen mellan kommunerna var 0-100 procent.

Diagram 12. Kommunerna fördelade efter andel personer i särskilt boende som år 2010 hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Procent.



Källa: Kommun- och enhetsundersökningen 2011, Socialstyrelsen

Tolkningsproblem

Det finns olika uppfattningar om vad en läkemedelsgenomgång innebär, och en del enheter kan därför ha redovisat att de går igenom läkemedlen trots att genomgångarna inte motsvarar kraven i beskrivningen ovan. Det innebär att skillnaderna mellan olika kommuner måste tolkas försiktigt, liksom skillnaderna över tid.

Avlidna eller återinskrivna efter stroke och hjärtsvikt

Andelen mest sjuka äldre som avled eller återinsjuknade i stroke eller hjärtsvikt, 2010

Bakgrund

Det finns en stor risk för att återinsjukna i stroke och i andra hjärt- och kärlsjukdomar. Även när det gäller hjärtsvikt har hälso- och sjukvårdens samlade insatser stor betydelse för risken att bli återinskriven och att dö i sjukdomen. Landstingen behöver följa effekterna av exempelvis sina insatta riktade åtgärder, men för det krävs upprepade undersökningar över tid. Det är också viktigt att sjukvården följer upp patienterna för att se om de återinsjuknar.

Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister innehåller uppgifter om andelen som avled eller återinskrevs inom 30 dagar efter slutenvård för hjärtsvikt samt andelen som avled eller återinsjuknade inom 90 dagar efter stroke. Indikatorernas värde ligger i att den kan visa om patienterna t.ex. skrivs ut alltför tidigt, får bristande läkemedelsbehandling eller inte får tillräckligt med information om sjukdomen.

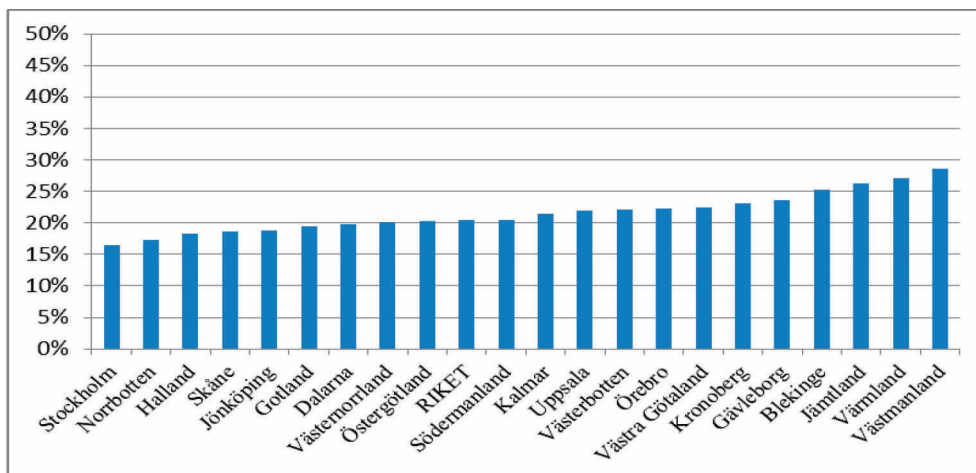
Resultat

Under 2010 vårdades 8 800 mest sjuka äldre inom slutenvården för stroke och 10 000 mest sjuka äldre vårdades för hjärtsvikt. Diagram 13 visar att 20 procent av de mest sjuka äldre, 2 100 personer, som vårdades för hjärtsvikt inom slutenvården under 2010 avled eller återinskrevs inom 30 dagar. Bland dem med stroke var andelen 42 procent, 3 600 personer (diagram 15). Variationen mellan landstingen var 16–29 procent avlidna eller återinskrivna för hjärtsvikt, och 35–47 procent för stroke. På kommunnivå (diagram 14 och 16) var variationerna större: 5–50 procent för hjärtsvikt, och 16–73 procent för stroke.

Det finns stora skillnader mellan delgrupperna när det gäller de mest sjuka äldre: Andelen återinskrivna eller avlidna var störst i gruppen med omfattande sjukvård och lägst i gruppen med omfattande omsorg. Bland dem med omfattande sjuklighet återinskrevs eller avled 27 procent av dem som hade vårdats för hjärtsvikt och 57 procent av dem som hade vårdats för stroke. Bland dem med både omfattande sjukvård och omsorg avled eller återinskrevs 12 procent av personerna som hade vårdats för hjärtsvikt och 36 procent av dem med stroke. Lägst var andelarna för gruppen mest sjuka äldre med enbart omfattande omsorg. I denna grupp avled eller återinskrevs 6 procent av dem med hjärtsvikt och bland dem med stroke var det 7 procent.

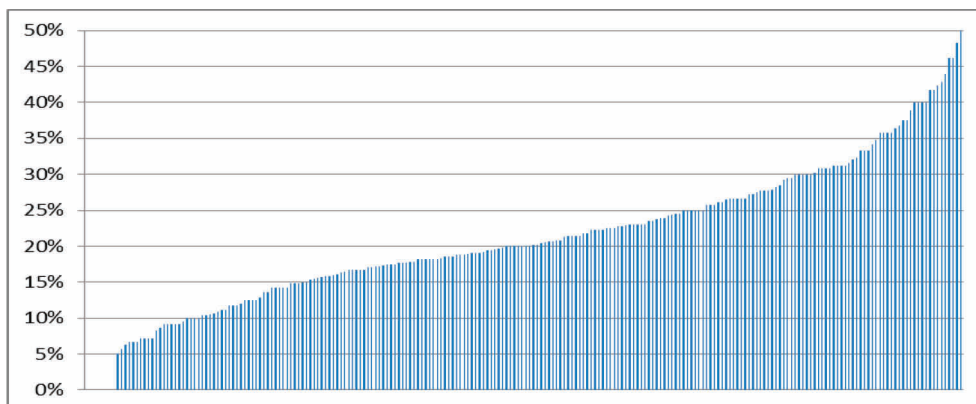
Det finns vissa, om än inte stora, skillnader mellan kvinnor och män. Av kvinnorna avled eller återinskrevs 19,6 procent och 21,9 procent av männen som vårdats för hjärtsvikt. För strokepatienter är motsvarande andelar 41 respektive 42,8 procent.

Diagram 13, Andel hjärtsviktspatienter i målgruppen som avlidit eller lagts in på sjukhus inom 30 dagar efter utskrivning från sluten vård, landsting; 2010. Procent



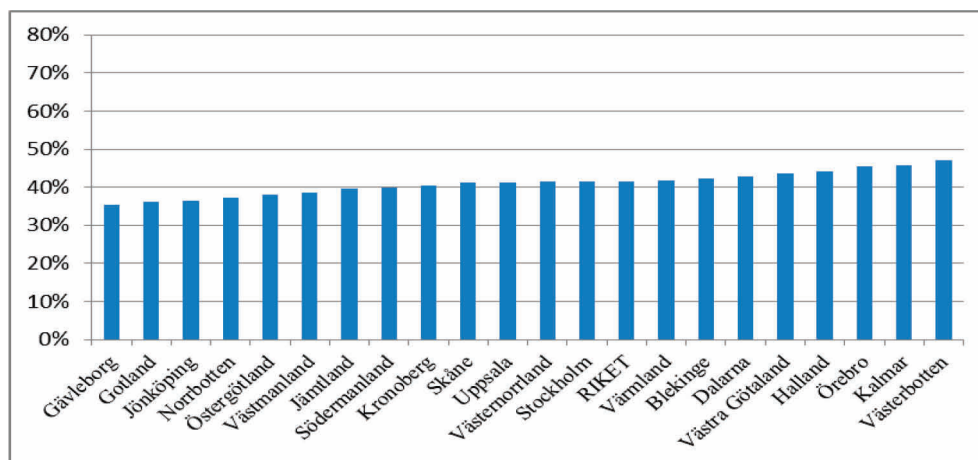
Källa: Patientregistret

Diagram 14, Andel hjärtsviktspatienter i målgruppen som avlidit eller lagts in på sjukhus inom 30 dagar efter utskrivning från sluten vård, kommuner med minst tio registrerade patienter (227 kommuner); 2010. Procent



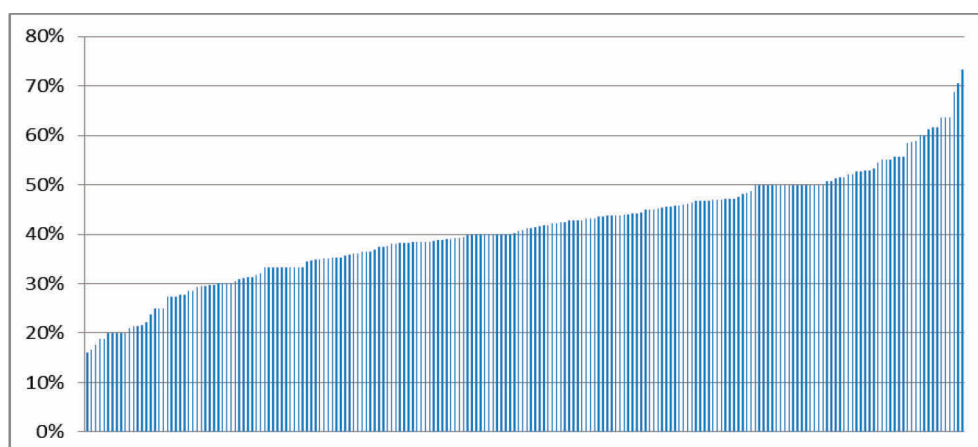
Källa: Patientregistret

Diagram 15, Andel strokepatienter i målgruppen som avlidit eller lagts in på sjukhus inom 90 dagar efter utskrivning från slutenvård, landsting; 2010. Procent



Källa: Patientregistret

Diagram 16, Andel strokepatienter i målgruppen som avlidit eller lagts in på sjukhus inom 90 dagar efter utskrivning från slutenvård, kommuner med minst tio registrerade patienter (208 kommuner), 2010. Procent



Källa: Patientregistret

Tolkningsproblem

Variationen mellan landstingen kan i hög grad bero på annat än kvaliteten i vårdinsatsen för personer med hjärtsvikt eller stroke, såsom praxis för att skriva in patienter i slutenvården. Ju lindrigare sjuka de inskrivna är, desto bättre blir förstås det redovisade resultatet. Grupperna består dessutom av så få individer att man kan behöva lägga ihop flera år för att få ett pålitligt resultat, i synnerhet när det gäller jämförelser på kommunnivå. En annan tolkningssvårighet är att målet inte kan vara noll eftersom många svårt sjuka personer mår bra av att vårdas hemma så mycket som möjligt även om de behöver läggas in igen.

Upplevd kvalitet i särskilt boende

Under detta avsnitt beskrivs hur de mest sjuka äldre personer som bor i särskilt boende upplever äldreomsorgen. Skälet till att vi endast redovisar indikatorer för denna grupp mest sjuka äldre är att uppgifter om övriga mest sjuka äldre personer saknas

Indikatorerna som belyser hur de äldre upplever kvaliteten i särskilt boende baseras på uppgifter från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen år 2011 (4). Svarsfrekvensen i undersökningen i särskilt boende var låg, 53 procent, varav färre än hälften svarade själva. Det beror troligen på att en majoritet av de boende har kognitiva nedsättningar. Frågorna är också formulerade som ”hur nöjd är du ...”, och därmed blir den låga svarsfrekvensen i kombination med att andra svarat i den äldres ställe problematisk när det gäller att tolka resultaten. Svaren återspeglar då en blandning av de äldres och de anhörigas åsikter.

Resultatet kan också påverkas av den så kallade tacksamhetsfaktorn, dvs. att äldre människor känner sig tacksamma över att få vård och anser inte att de kan ställa krav. I vissa fall kan även äldres beroende av personalen vara ett problem eftersom de känner lojalitet med personalen och vill inte säga något negativt, även om enkäterna är anonyma. Det finns alltså flera svår-lösta frågor som är viktiga att beakta i tolkningen av resultaten.

Beskrivningar av indikatorerna är till stor del hämtade från rapporten Öppna jämförelser 2011 – vård och omsorg om äldre (3). Nedan anges andel av de svarande som på en tiogradig skala svarat 8, 9 eller 10, vilket här kallats för ”mycket nöjda”, ”mycket trygga” etc.

Hänsyn till äldres åsikter och önskemål inom särskilt boende

Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som var mycket nöjda med hur personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål, 2011

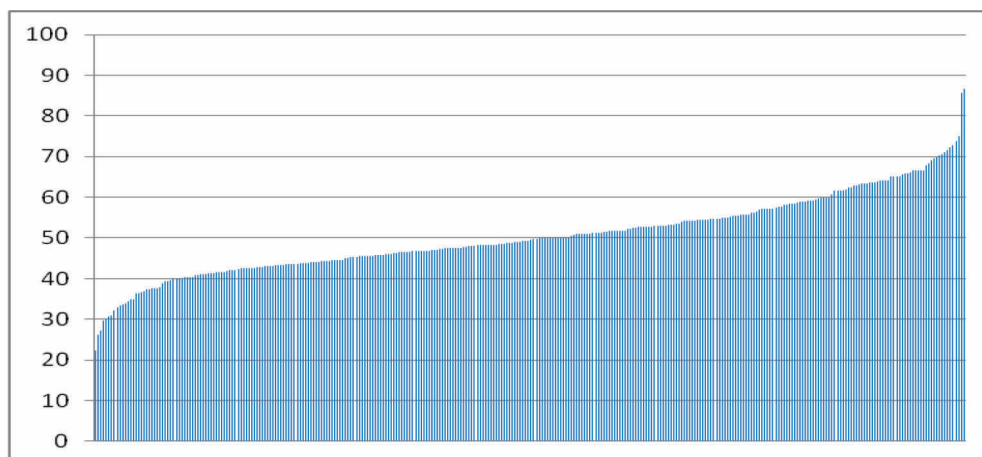
Bakgrund

Indikatorn ska spegla de äldres möjlighet att påverka utformningen och genomförandet av stödet och omsorgen de får inom särskilda boenden.

Resultat

Sammantaget visar resultatet att 49 procent av de äldre i särskilt boende var mycket nöjda med hur personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål, medan 17 procent uppgav att de inte var nöjda. Bland kommunerna var andelen mycket nöjda 26–75 procent.

Diagram 17. Kommunerna fördelade efter andel personer i särskilt boende som är mycket nöjda med hur personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål, 2011. Procent.



Källa: Socialstyrelsen 2011 (4)

Trygghet i särskilt boende

Andelen personer 65 år och äldre som kände sig mycket trygga med att bo i ett särskilt boende, 2011

Bakgrund

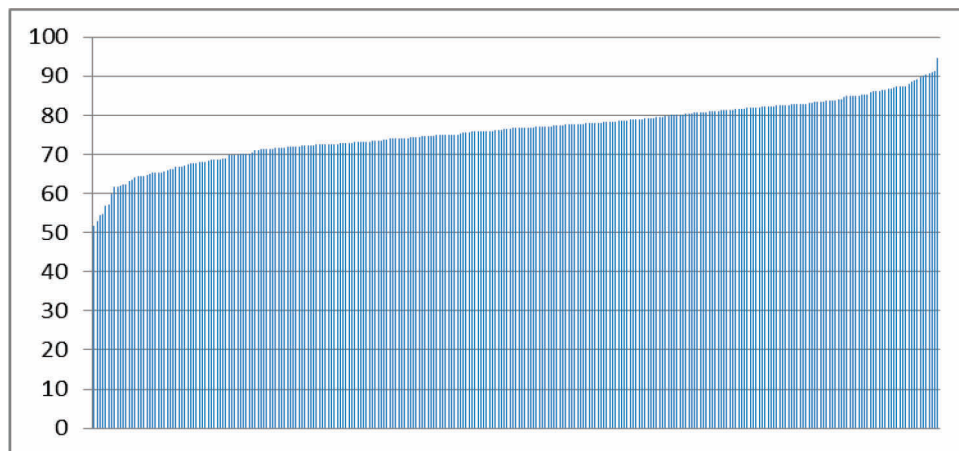
För en människas hälsa och välbefinnande är det viktigt att kunna leva och bo under trygga förhållanden, oavsett om det gäller särskilt boende eller ett ordinärt boende med stöd från hemtjänsten. Trygghet är därmed ett centralt område för en god vård och omsorg om de äldre, både inre psykologisk trygghet och fysisk trygghet och säkerhet.

Det finns en mängd faktorer som kan påverka känslan av trygghet och därmed resultatet på indikatorerna, t.ex. tillit till personalen, fungerande trygghetslarm och säkerheten i boendemiljön. Dessutom är det individuellt vilka trygghetsaspekter som är särskilt viktiga och som avspeglas i indikatorn.

Resultat

Sammantaget visar resultatet att 75 procent av dem som svarade själva eller via en anhörig var trygga med att bo i ett särskilt boende (svarsalternativ 8–10 på en 10-gradig skala), medan 7 procent uppgav att det inte kändes tryggt. Bland kommunerna varierade andelen som kände sig mycket trygga och var 52–91 procent.

Diagram 18. Kommunerna fördelade efter andel som kände sig mycket trygga med att bo i ett särskilt boende, 2011. Procent.



Källa: Socialstyrelsen 2011 (4)

Social samvaro och aktiviteter

Andelen personer 65 år och äldre som var mycket nöjda med möjligheterna att i sitt boende kunna göra sådant de trivs med, 2011

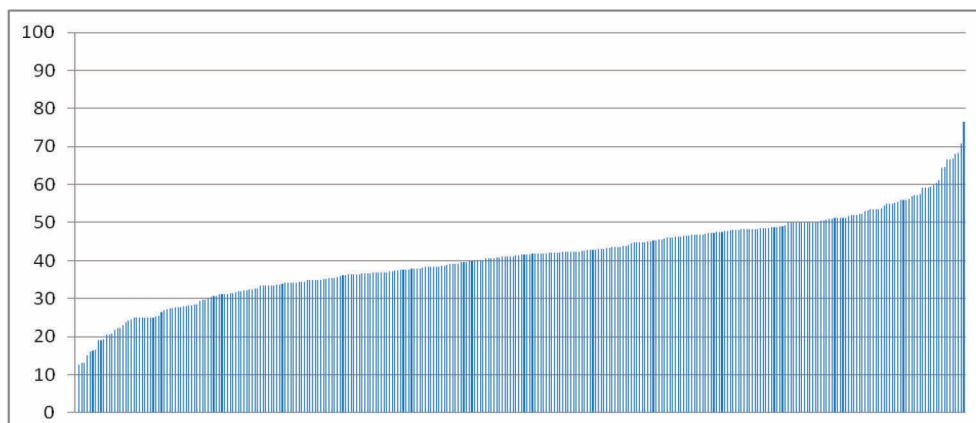
Bakgrund

Möjligheterna till social samvaro och aktiviteter man trivs med indikerar hur väl det särskilda boendet bidrar med att ge de äldre ett socialt innehåll i vardagen. Möjligheten till ett innehåll i vardagen har tidigare år fått låga betyg i brukarundersökningarna, vilket indikerar att kommunerna bör arbeta med detta område.

Resultat

Resultaten visar att 42 procent var mycket nöjda med möjligheterna att i sitt boende göra sådant de trivs med, medan 26 procent uppgav att de inte var nöjda. Bland kommunerna varierade andelen mycket nöjda och var 13–67 procent.

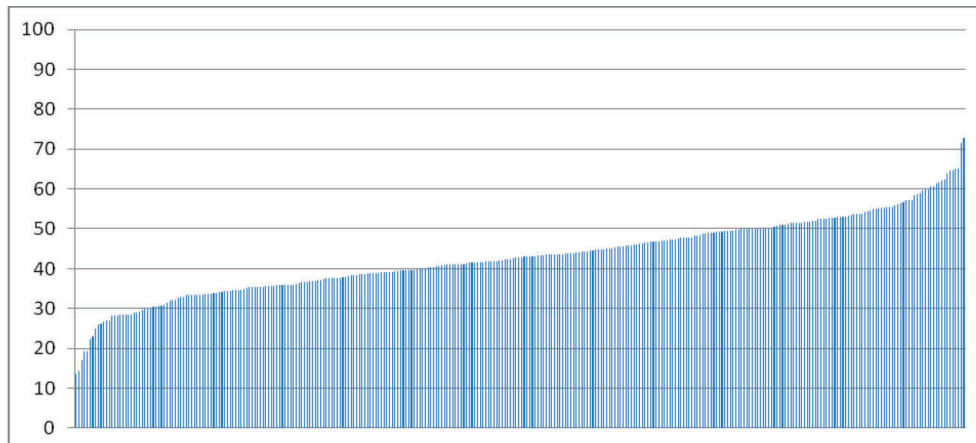
Diagram 19. Kommunerna fördelade efter andel som var mycket nöjda med att de kunde göra det som de trivs med (svarsalternativ 8-10 av 10 möjliga), 2011. Procent.



Källa: Socialstyrelsen 2011 (4)

Mönstret var ungefär detsamma för möjligheten till en pratstund med personalen: 43 procent av de svarande uppgav att det var mycket nöjda medan 26 procent inte var nöjda. Även här var variationen stor mellan kommunerna, och andelen mycket nöjda var 14–71 procent.

Diagram 20. Kommunerna fördelade efter andel som angav att de var mycket nöjda med sina möjligheter till en pratstund med personalen, 2011. Procent.



Källa: Socialstyrelsen 2011 (4)

Mat och måltidsmiljö

Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som var mycket nöjda med hur maten smakade, 2011

Bakgrund

Resultatindikatorn inom området mat och måltidsmiljö gäller andelen äldre i särskilt boende som var nöjda med hur maten smakar. Det finns en mängd

faktorer som påverkar aptiten och smakupplevelsen, t.ex. tillagningen och kryddningen av maten, serveringen, måltidssituationen och måltidsmiljön. Vidare finns det fysiska och psykosociala faktorer hos den enskilde som kan påverka upplevelsen, såsom svårigheter att tugga och svälja, svårigheter att sitta och röra sig, muntorrhet samt ensamhet och nedstämdhet.

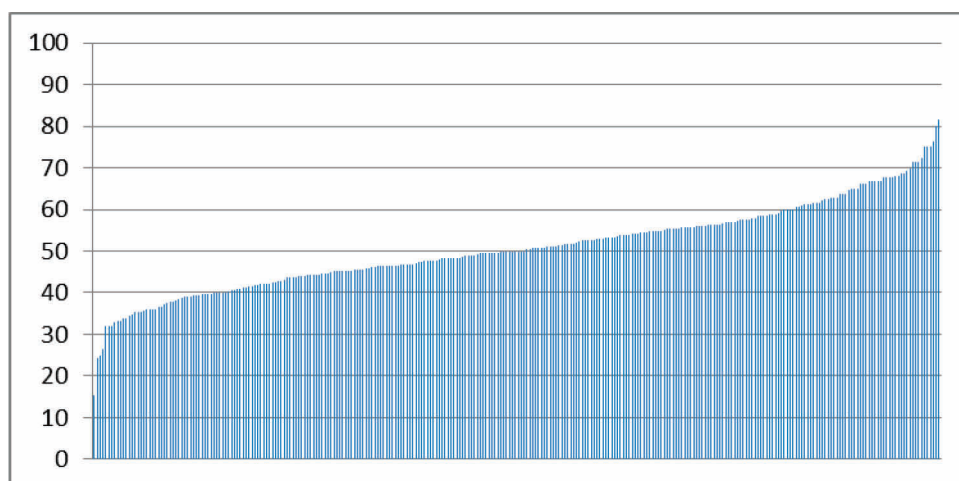
Det finns många andra viktiga kvalitetsaspekter inom området mat och måltidsmiljö som indikatorn inte riktigt täcker, t.ex. livsmedelshygien och måltidsordning.

Resultat

Sammantaget var 49 procent av de äldre mycket nöjda med hur maten smakade medan 18 procent inte var nöjda. Andelen mycket nöjda hade på riksnivå minskat något jämfört med undersökningen 2010, då 51 procent var mycket nöjda med hur maten smakade. Andelen hade minskat i 59 procent av kommunerna och ökat i 35 procent av kommunerna.

Resultatet visade stora variationer mellan kommunerna, och andelen mycket nöjda var 15–81 procent.

Diagram 21. Kommunerna fördelade efter andel i särskilt boende som var mycket nöjda med hur maten smakade, 2011. Procent.



Källa: Socialstyrelsen 2011 (4)

Hjälp med munhygien

Andelen personer i särskilt boende som var mycket nöjda med hjälpen med sin munhygien, 2011 (av dem som ansåg sig behöva sådan hjälp)

Bakgrund

Förmågan att klara sin egen munhygien påverkas av både kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar. Sedan 1999 har landstingen ansvar för uppsökande tandvård till personer som har omfattande vård- och omsorgsbehov, och i riket gäller det omkring 167 000 personer. De flesta i denna grupp ingår troligen i gruppen mest sjuka äldre. Landstingen ska också erbjuda vård- och omsorgspersonalen utbildning samt information om hur viktig den

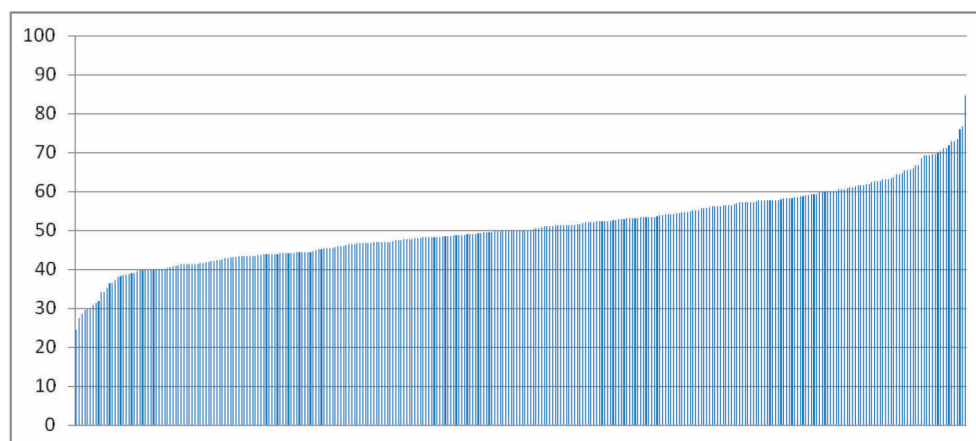
dagliga förebyggande vården är för patienternas mun- och tandhälsa. Dessutom ska landstinget ge individuell handledning till patienter som pga. sjukdom eller funktionshinder inte själva kan sköta munhygien. Trots detta finns det fortfarande brister i den hjälp personerna får med sin munhygien.

Det finns ett tydligt samband mellan bristande munhälsa och allmän hälsa hos äldre personer. En av orsakerna tros vara att munhålebakterier kan spridas till andra organ som hjärta och lungor. Det är också viktigt med en god munhälsa och tuggförmåga för att tillgodogöra sig mat och dryck. Att kunna äta och njuta av måltiden är dessutom en källa till välbefinnande.

Resultat

Diagram 22 visar att andelen personer i särskilt boende som var mycket nöjda varierar mellan 24–85 procent. I de flesta kommuner var andelen 40–60 procent.

Diagram 22. Kommunerna fördelade efter andel personer i särskilt boende som var mycket nöjda (8-10 på en tiogradig skala) med hjälp med munhygien, 2011. Procent



Källa: Socialstyrelsen 2011 (4)

Tolkningsproblem

De flesta äldre fick hjälp av någon anhörig för att besvara enkäten, sannolikt för att de har någon demenssjukdom eller motsvarande. Samtidigt är det de som har störst behov av hjälp med munhygien. Det är inte heller självklart att de anhöriga vet vilken hjälp den närstående äldre får med sin munhygien. Socialstyrelsen anser att det behövs fler och bättre indikatorer för munhygien, vilket vi belyser i bilaga 2.

Fall, undernäring och trycksår

Äldre personer med sviktande hälsa och nedsatt rörelseförmåga drabbas oftare än andra äldre av fallskador, undernäring och trycksår. Det förebyggande arbetet är en viktig del i en säker vård och omsorg för de äldre, och det innefattar flera olika yrkeskategorier samt en mängd olika delaspekter och arbetsmoment. För att få goda resultat är det ofta nödvändigt med en bra

samverkan mellan olika yrkesgrupper inom både kommunen och landstinget.

Uppgifter om dessa tre områden finns i kvalitetsregistret Senior Alert som fortfarande har för låg täckningsgrad. Därför kommer uppgifterna från den kommun- och enhetsundersökning som Socialstyrelsen publicerar i Äldreguiden. För hela målgruppen har vi valt en indikator från patientregistret: andelen i målgruppen som har tagits in för slutenvård på sjukhus pga. en fallskada (fall i samma plan).

Fallskador

Andelen mest sjuka äldre personer som har lagts in för slutenvård på sjukhus pga. en fallskada, 2010

Bakgrund

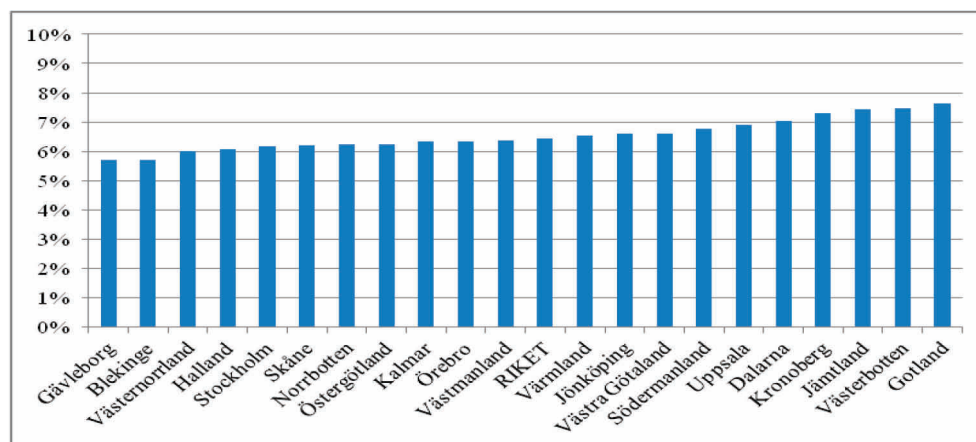
Fall är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer skadar sig. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen i form av framför allt lidande och försämrad livskvalitet, t.ex. svårigheter att röra sig, isolering och ökat beroende av andra. Många får höftfrakturer som medför höga kostnader. År 2010 dog 348 kvinnor och 354 män som var 75 år och äldre till följd av fallolyckor. Exempel på förebyggande insatser är fysisk aktivitet och balansträning, omgivningsanpassning, läkemedelsgenomgångar och synundersökningar.

Resultat

Kvinnor löper högre risk än män att bli inlagda på sjukhus för en fallrelaterad skada. Risken är också högre för dem som har både omfattande sjukvård och äldreomsorg jämfört med dem som bara har omfattande sjukvård, och år 2010 var andelen inlagda pga. fall 13,1 procent jämfört med 6,2 procent för gruppen med omfattande sjukvård. Gruppen med omfattande omsorg drabbas mer sällan, 5,4 procent som lades in på sjukhus.

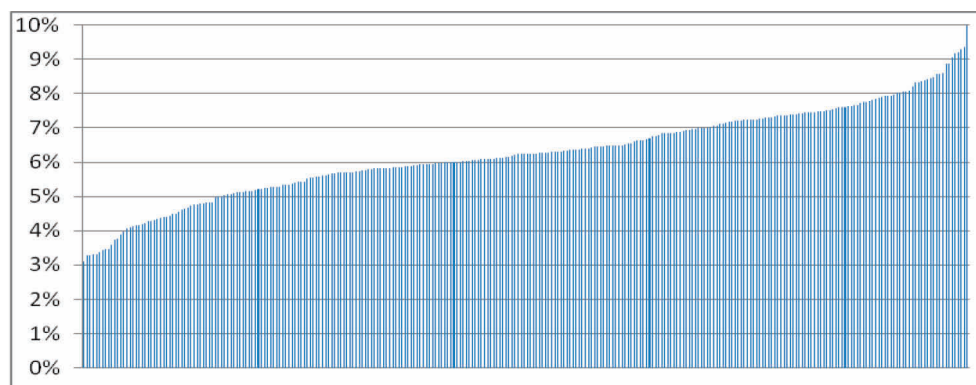
Gävleborgs och Blekinge län hade lägst andel av de mest sjuka äldre som lades in på sjukhus pga. fall, 5,7 procent. Högst andel hade Gotland med 7,6 procent. Variationen var större mellan kommunerna, där 3–10 procent av de mest sjuka äldre lades in på sjukhus pga. fall. Medianvärdet för kommunerna var 6,2 procent och snittet för riket var 6,4 procent.

Diagram 23. Landstingen fördelade efter andelen mest sjuka äldre som vårdats på sjukhus för fallskador under 2010, procent.



Källa: Patientregistret

Diagram 24. Kommunerna fördelade efter andelen mest sjuka äldre som vårdats på sjukhus för fallskador under 2010, procent.



Källa: Patientregistret

Tolkningsproblem

Sjukhusen ska ange en orsakskod när de registrerar frakturer och andra skador i patientregistret. Denna registrering bedöms numera vara tillräckligt bra för att indikatorn ska kunna användas för jämförelser. Det kan dock finnas brister i orsaksregistreringen vid vissa sjukhus.

Riskbedömningar fall

Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som har riskbedömts när det gäller fall, den 1 oktober 2010

Beskrivning

Vården bör försöka att identifiera vilka personer som riskerar att falla, för att i möjligaste mån förebygga skador och öka tryggheten för de äldre. I

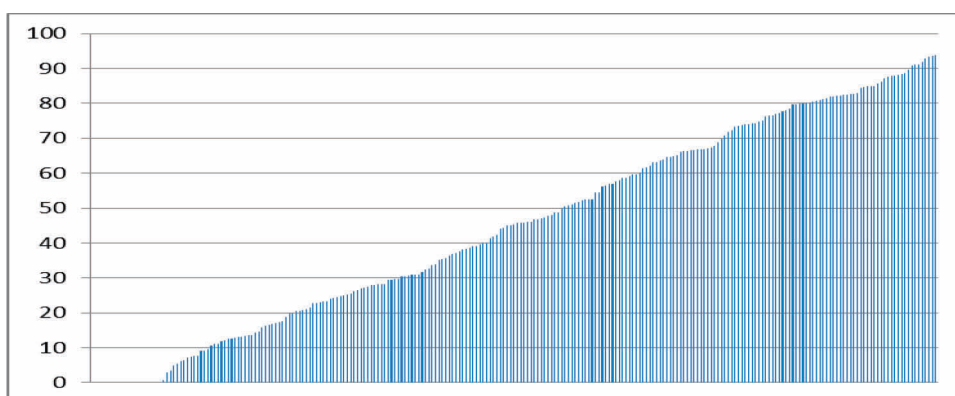
riskbedömningen ska personalen ta reda på om den äldre har fallit under det senaste året och om han eller hon själv upplever att det finns någon fallrisk. Personalen ska också ta hänsyn till sin egen uppfattning och till eventuella utredningar med vetenskapligt utvärderade instrument.

Uppgifterna är hämtade från den årliga enkätundersökning som Socialstyrelsen skickar ut till kommunerna och enheterna, den så kallade kommun- och enhetsundersökningen, och som redovisas i Äldreguiden (2). En fråga gäller antalet personer vid enheten som hade en aktuell riskbedömning. Med aktuell menas att riskbedömningen inte ska vara äldre än sex månader. Uppgifterna finns endast för de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende varför indikatorn endast redovisas för denna grupp.

Resultat

Diagram 25 visar fördelningen mellan kommunerna när det gäller andelen personer i särskilt boende som hade en riskbedömning angående fall. I riket hade i genomsnitt 55 procent av de äldre i särskilt boende en riskbedömning, och andelen riskbedömda var 0–94 procent i kommunerna.

Diagram 25. Kommunerna fördelade efter andel personer i särskilt boende som riskbedömts med avseende på risk för fall. Procent.



Källa: Kommun- och enhetsundersökningen 2011, Socialstyrelsen.

Tolkningsproblem

Indikatorn är en uppskattning av hur många som har riskbedömts, och svaren är osäkra eftersom de inte bygger på individdata. Det finns också en risk för att den som svarar ger en bättre bild av andelen riskbedömda än den verkliga.

Måttet visar inte om bedömningen används i den dagliga omvårdnaden och om åtgärder faktiskt vidtas. Indikatorn visar inte heller om kommunerna faktiskt har lyckats med att förebygga fall med hjälp av bedömningarna.

Riskbedömningar undernäring

Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som har riskbedömts när det gäller undernäring, den 1 oktober 2010

Bakgrund

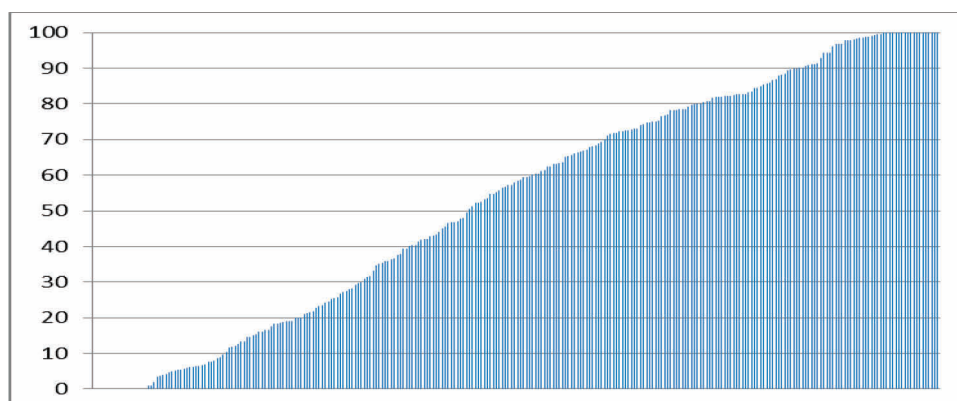
Människor behöver ett gott näringstillstånd för att undvika eller övervinna sjukdomar, återfå hälsan efter en sjukdom och orka vara aktiva. Undernäring ökar bl.a. risken för infektioner och trycksår. Det är viktigt att identifiera de personer som är eller riskerar att bli undernärda, för att tidigt fånga upp tillstånd som kan gå att behandla. Riskbedömningen går här ut på att undersöka om personen har svårt att äta och dricka, ofrivilligt har minskat i vikt under det senaste halvåret eller är underviktig. Bedömningen kan även syfta på en utredning med stöd av vetenskapligt utvärderade instrument.

Uppgifterna kommer från den årliga enkätundersökning som Socialstyrelsen skickar ut till kommunerna och enheterna, den så kallade kommun- och enhetsundersökningen. En fråga gäller antalet personer vid enheten som hade en aktuell riskbedömning, dvs. som inte var äldre än sex månader.

Resultat

Diagram 26 visar fördelningen mellan kommunerna när det gäller andelen personer i särskilt boende som hade en riskbedömning angående risken att utveckla undernäring. I riket hade i genomsnitt 55 procent av de äldre i särskilt boende en sådan riskbedömning, och andelen riskbedömda var 0–100 procent i kommunerna.

Diagram 26. Kommunerna fördelade efter andel personer i särskilt boende som riskbedömts med avseende på undernäring, 2010. Procent.



Källa: Kommun- och enhetsundersökningen 2011, Socialstyrelsen.

Tolkningsproblem

Indikatorn är en uppskattning av hur många som har riskbedömts, och svaren är osäkra eftersom de inte bygger på individdata. Det finns också en risk för att den som svarar ger en bättre bild av andelen riskbedömda än den verkliga.

Ett annat problem är att riskbedömningen inte behöver användas i den dagliga omvårdnaden. Indikatorn visar inte heller om kommunerna faktiskt har lyckats med att förebygga undernäring med hjälp av bedömningarna.

Riskbedömningar trycksår

Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som har riskbedömts med avseende på trycksår, den 1 oktober 2010

Bakgrund

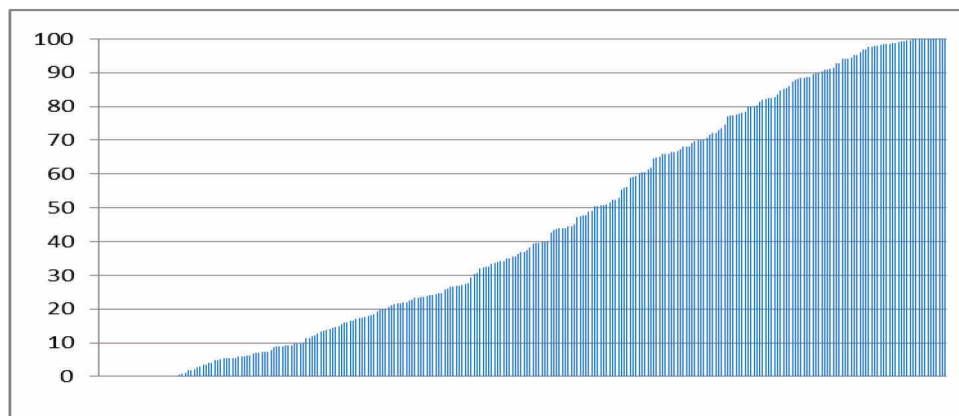
Trycksår kan uppkomma av många olika orsaker, men risken ökar framför allt bland personer med nedsatt rörelseförmåga eller gångförmåga, minskat födo- och vätskeintag eller försämrat allmäntillstånd samt bland personer som av olika skäl är stillaliggande eller rullstolsburna. Andra riskfaktorer är t.ex. inkontinens och undernäring. Det finns systematiska bedömningsinstrument för att identifiera personer som riskerar att utveckla trycksår, t.ex. Nortonskalan eller Risk Assessment for Pressure Score (RAPS).

Uppgifterna kommer från den årliga enkätundersökning som Socialstyrelsen skickar ut till kommunerna och enheterna, den så kallade kommun- och enhetsundersökningen. En fråga gäller antalet personer vid enheten som hade en aktuell riskbedömning. Med aktuell menas att riskbedömningen inte ska vara äldre än sex månader.

Resultat

Diagram 27 visar fördelningen mellan kommunerna när det gäller andelen personer i särskilt boende som hade riskbedömts för trycksår med hjälp av Nortonskalan eller RAPS. I riket hade i genomsnitt 42 procent av de äldre i särskilt boende en sådan riskbedömning, och andelen riskbedömda var 0–100 procent i kommunerna.

Diagram 27. Kommunerna fördelade efter andel personer i särskilt boende som riskbedömts med avseende på trycksår, 2010. Procent.



Källa: Kommun- och enhetsundersökningen 2011, Socialstyrelsen.

Tolkningsproblem

Indikatorn är en uppskattning av hur många som har riskbedömts, och svaren är osäkra eftersom de inte bygger på individdata. Det finns också en risk för att den som svarar ger en bättre bild av andelen riskbedömda än den verkliga.

Ett annat problem är att riskbedömning inte behöver användas i den dagliga omvårdnaden. Indikatorn visar inte heller om kommunerna faktiskt har lyckats med att förebygga trycksår med hjälp av bedömningarna.

Stöd i livets slutskede

När en människa har nått en obotlig sjukdomsfas förändras vårdinnehållet successivt, från målet att rädda och förlänga livet till att försöka lindra symtomen och främja livskvaliteten. Denna del av en människas liv varar oftast i några dagar eller några veckor.

Denna rapport innehåller en indikator från Svenska Palliativregistret som är ett nationellt kvalitetsregister för rapportering av vård i livets slutskede. Grunden för palliativregistret är en enkät som ska spegla vårdinnehållet under den sista tiden av livet.

Enligt palliativregistret omfattar registreringen för närvarande (2011) nästan alla som har specialiserad palliativ vård, ungefär hälften av dem som dör i särskilt boende, cirka 40 procent av dem som avlider på sjukhus och cirka hälften av dem som har haft basal hemsjukvård.

Indikatorerna gäller dem som 2010 avled på permanent särskilt boende och i korttidsboende samt dem som hade hemsjukvård och avled i ordinärt boende, dvs. främst inom kommunala verksamheter. Här ingår inte de personer som avled på sjukhus eller som var anslutna till landstingens avancerade hemsjukvård.

Resultatet redovisas för de 151 kommuner som deltog under hela år 2010 och hade minst 30 registrerade dödsfall. Täckningsgraden i registret blir bättre, och i framtiden bör indikatorn omfatta kommunerna som registrerar minst 50 procent av dödsfallen där kommunen hade hälso- och sjukvårdsansvaret.

Smärtskattning sista levnadsveckan

Andelen avlidna som smärtskattades under den sista levnadsveckan, 2010

Bakgrund

Vården i livets slutskede omfattar lindring av eventuell smärta, illamående eller andra plågsamma symtom. Alla människor har olika upplevelser av smärta och olika besvär, och personalen bör därför göra en smärtskattning för att kunna erbjuda bästa möjliga smärtlindrande behandling.

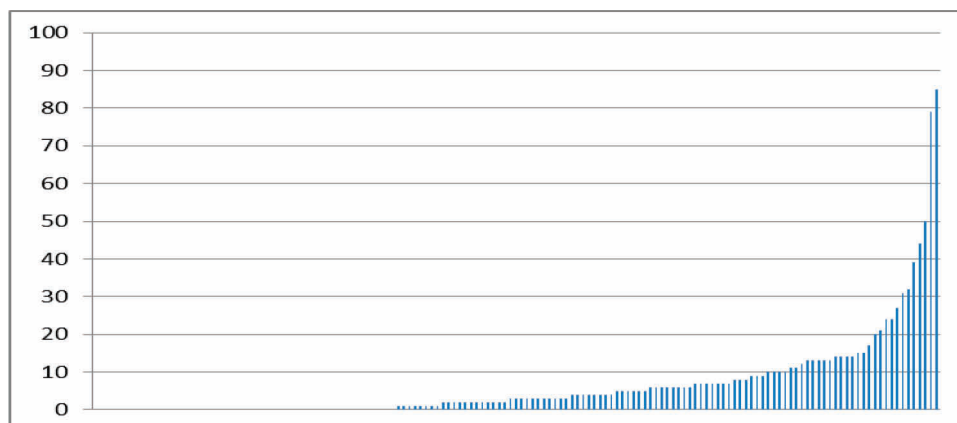
Indikatorn visar hur stor andel, av dem som avled och registrerades i palliativregistret under 2010, som under sin sista levnadsvecka smärtskattades med ett instrument som använder VAS/NRS-skalan. Instrumentet bygger på att personalen regelbundet ber personen ange hur ont han eller hon har just för stunden. Indikatorn omfattar bara de personer som kunde medverka i en smärtskattning.

Resultat

Resultatet visar att i genomsnitt 5 procent smärtskattades sista levnadsveckan, vilket är samma andel som år 2009. Resultatet visade heller inga skillna-

der mellan kvinnor och män. Däremot fanns en stor spridning mellan kommunerna där andelen smärtskattade var 0–85 procent. I tre kommuner var andelen över 50 procent och i 53 kommuner var andelen 0 procent.

Diagram 28. Kommunerna fördelade efter andel personer 65 år och äldre som smärtskattats sista levnadsvecka, 2010. Antal kommuner = 151. Procent.



Källa: Svenska palliativregistret

Tolkningsproblem

Indikatorn redovisar hur systematiskt särskilda boenden och den basala hemsjukvården i en kommun arbetar med att identifiera smärta, men den säger inget om vilken smärtlindring de äldre fick eller hur framgångsrik den var. Täckningsgraden är fortfarande låg, och de särskilda boenden som registrerar data i palliativregistret är troligen mer medvetna om vad som ska ingå i en god palliativ vård jämfört med dem som inte registrerar sina dödsfall. Därför är det möjligt att resultatet skulle vara sämre om täckningsgraden var 100 procent.

Personal med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå

Andelen undersköterskor, vårdbiträden och motsvarande inom särskilt boende och korttidsboende som har vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå, 2010

Bakgrund

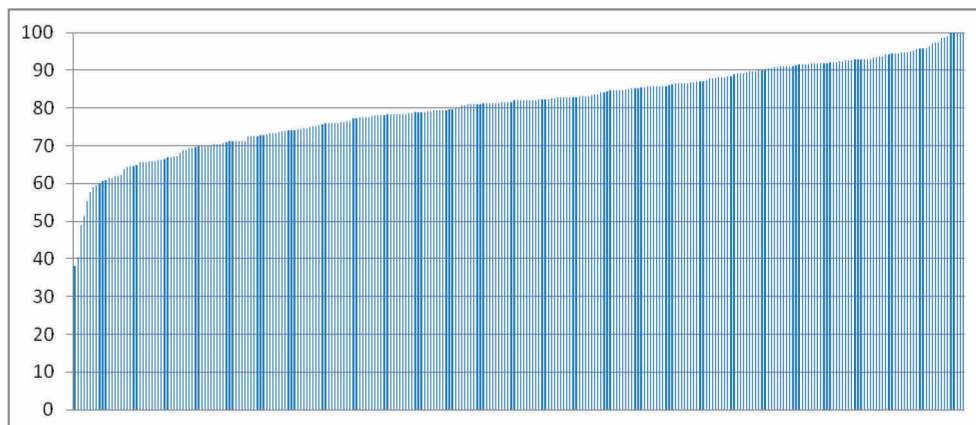
Kommunerna måste ha utbildad, kunnig och erfaren personal för att kunna ge äldre en bra vård och omsorg. Medarbetarnas utbildningsnivå är därför ett mått på förutsättningarna för att nå bra resultat och hög kvalitet inom äldreomsorgen.

Indikatorn gäller andelen av omvårdnadspersonalen som har en vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå, t.ex. har gått en vårdlinje, en social servicelinje eller ett omvårdnadsprogram. Uppgifterna gäller särskilda boenden och korttidsboenden i kommunens egen regi och i annan regi år 2010. Uppgifterna kommer från Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning och publiceras i Äldreguiden.

Resultat

Sammantaget hade 80 procent av personalen i särskilt boende och korttidsboende år 2010 en vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå, vilket var en minskning med en procentenhet sedan 2009. Andelen med utbildning varierade mellan kommunerna och var 38–100 procent. I 70 kommuner hade lägst 90 procent vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå, och i 6 kommuner hade färre än 60 procent en sådan utbildning.

Diagram 29. Kommunerna fördelade efter andel av personalen inom särskilt boende och korttidsboende med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå, 2010. Procent.



Källa: Kommun- och enhetsundersökningen 2011, Socialstyrelsen

Tolkningsproblem

Tillförlitligheten i uppgifterna beror på om svarspersonerna känner till personalens utbildningsnivå, och hur de översätter äldre utbildningar och kurser till gymnasiepoäng. De som svarar på enkäten gör troligen olika bedömningar, och därför är det svårt att jämföra olika enheter och eventuellt också olika kommuner. Det bästa vore om uppgifterna om utbildning hämtades från SCB:s utbildningsregister men i dagsläget finns bara uppgifter från enkäter till utförarna.

Andel som bor i ett särskilt anpassat demensboende för max 10 personer

Andelen personer med demenssjukdom som bor i ett särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom och har högst 10 boende, 2010

Bakgrund

Personer med demenssjukdom bör av socialtjänsten få en plats i ett småskaligt särskilt boende som är specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. Det framgår av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (8). Enligt riktlinjerna är ett sådant boende bättre än ett blandat boende eftersom det kan ge den äldre bättre livskvalitet och mer självständighet i dagliga aktiviteter samtidigt som det kan förbättra samvaron

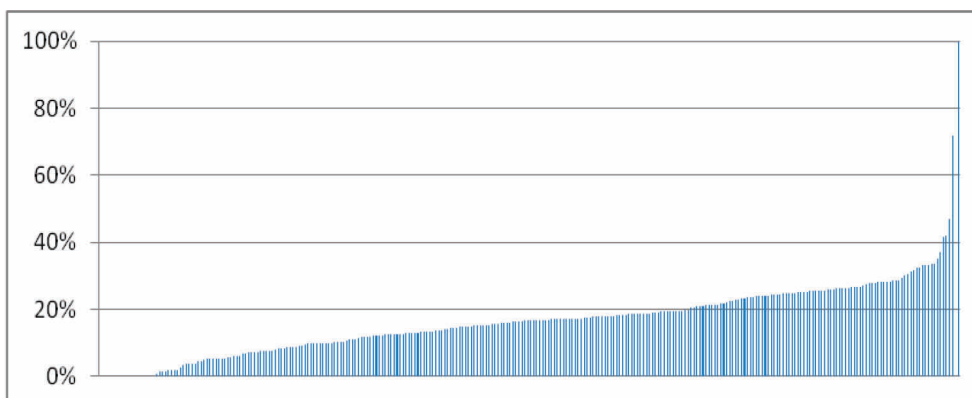
mellan de boende samt mellan dem och personalen. Riktlinjen har prioritet tre.

Socialstyrelsen har beräknat antalet personer med demenssjukdom i varje kommun (12-13), och sedan räknat ut andelen som enligt kommunerna bor i ett boende som är specifikt anpassat för personer med demenssjukdom och har högst tio boende personer.

Resultat

Andelen av de som kan uppskattas ha en demenssjukdom som har ett särskilt anpassat demensboende varierar mycket mellan kommunerna. Ett antal kommuner uppger att de inte har ett sådant boende. Medianvärdet är 17 procent. I 85 procent av kommunerna har högst var fjärde ett sådant boende. Av alla personer med en demenssjukdom beräknas cirka 45 procent bo i särskilt boende.

Diagram 30. Andel personer som bor i särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom av dem som beräknas ha demenssjukdom i respektive kommun. Procent



Källa: Kommun och enhetsundersökningen, Socialstyrelsen 2011, befolkningsstatistik för 2010 samt egen bearbetning; ett extremvärde har tagits bort.

Tolkningsproblem

Socialstyrelsen har jämfört kommunernas svar när det gäller antalet boenden och antalet personer som bor i sådana boenden, och det verkar som om vissa kommuner har svarat fel på antingen den ena frågan eller på båda frågorna. Det är också möjligt att de har tagit med boenden där det finns fler än tio personer. En del kommuner verkar alltså ha haft problem med att tolka frågorna, och därmed är resultaten osäkra.

Indikatorn anger bara förekomsten av särskilt anpassade boenden, men den visar inte om dessa boenden uppnår den kvalitet som exempelvis anges i de nationella riktlinjerna.

Indikatorer som bör utvecklas

Indikatorerna bör visa om vården och omsorgen om de mest sjuka äldre når upp till riksdagens och regeringens mål, eller åtminstone belysa om det är möjligt att uppnå målen. Det bästa vore att dessutom ha indikatorer som visar om och hur regeringens satsning påverkar resultatet och kan beskriva utvecklingen inom vården och omsorgen av de mest sjuka äldre.

De indikatorer som ingår här ger långt ifrån en heltäckande bild. Det beror till viss del på den korta uppdragstiden, för Socialstyrelsen hann inte samla in några nya uppgifter utan fick i stället använda tillgängliga indikatorer och uppgifter i nationella register och andra nationella undersökningar. En annan förklaring är att det inte finns några uppgifter på nationell nivå inom väsentliga områden som primärvård, hemsjukvård och anhörigstöd och att uppgifterna i de nuvarande nationella registren inte ger tillräcklig information om gruppen de mest sjuka äldre. Dessutom går det inte att fånga alla dimensioner av god kvalitet genom indikatorer eller olika mått. Exempel på sådana områden är resultatet av samverkan och samarbete, de äldres upplevelse av trygghet, värdighet och välbefinnande samt komplexa vård- och omsorgsprocesser. Dessa dimensioner går att delvis fånga genom indirekta mått som beskriver vissa förutsättningar för att vården ska bli bra, exempelvis andelen personal med en viss utbildning.

I sammanställningen nedan beskriver Socialstyrelsen några områden för att ge en mer rättvisande bild av utvecklingen av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I bilaga 2 ger vi förslag på indikatorer som behöver utvecklas.

Samverkan och samarbete

Det finns inga indikatorer som på ett tillförlitligt sätt beskriver hur olika vårdgivare och utförare samarbetar. En rad svenska studier har visat att vården och omsorgen blir tryggare när personalen kan *samarbeta i team*. I dag finns det inga uppgifter som kan användas för att belysa i vilken utsträckning olika vårdgivare arbetar i team när det gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre personerna.

Ett sätt att stärka samverkan mellan olika vårdgivare är en gemensam vårdplanering som ska vara dokumenterad i vård- och genomförandeplaner som följs upp gemensamt. Sedan 2010 finns det reglerat i både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen: ”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan.” (2 kap 7 § SoL och § 3f HSL). Detta är en förutsättning för att få en samordning mellan alla aktörer. Det finns inga uppgifter om hur stor andel av de mest sjuka äldre som har en sådan plan, men det går att undersöka med hjälp av enkäter till vård- och omsorgsgivarna.

Utfall för den enskilde

För att mäta kvaliteten i vården och omsorgen är det förstås bäst att undersöka utfallet för den person som får insatserna. Det kan fungera för tydliga problem, som en bruten höftled, men är svårare när det handlar om komplexa och sammansatta insatser, t.ex. när en skör äldre person kommer hem efter sin höftledsoperation. Ett första steg kan vara att ringa in vilka strukturer och processer som underlättar tillvaron för den äldre.

En förutsättning för god kvalitet är att det finns tillräckligt med personal och att personalen har den tid och flexibilitet som behövs samt tillräcklig kompetens, tillgång till handledning och tid för reflektion på arbetsplatsen. Det är dock både svårt och kontroversiellt att mäta dessa saker. Fortfarande finns det ingen konsensus i viktiga frågor, exempelvis vilken bemanning som behövs i ett särskilt boende. Dessutom behöver god bemanning inte självklart betyda god kvalitet. I propositionen om värdigt liv pekar regeringen ut personalens kompetens som en förutsättning för en god kvalitet. Ännu finns det inga heltäckande och säkra uppgifter om andelen omsorgspersonal som har en lämplig utbildning, andelen som har eftergymnasial utbildning och andelen som har någon specialistutbildning. I förslaget till indikatorer kunde vi därför bara ta med en indikator: utbildning hos vård- och omsorgspersonal i särskilt boende. Personalens utbildning är viktig för god vård men den garanterar inte kvaliteten, och utbildningen innebär inte heller att personalen har tillräcklig kunskap inom viktiga områden som demens.

En god hälso- och sjukvård för de mest sjuka äldre kan exempelvis handla om att läkarna hinner göra hembesök, att distriktssköterskor kan komma akut, att vårdbiträden kommer på utlovad tid och att patienterna får hjälpmedel snabbt. Det kan också handla om att patienterna får läggas in direkt på sjukhuset utan att behöva passera en akutmottagning, eller att särskilda boenden har tillgång till läkare med geriatrisk kompetens. Exempelen är hämtade från områden som saknar indikatorer och som inte heller är enkla att på ett entydigt och trovärdigt sätt beskriva med indikatorer.

Till viss del går det att följa genomförandet genom att använda olika kvalitetsregister. De har dock vissa begränsningar, dels därför att de bara mäter vissa delar av det som sammantaget ger en trygg och bra vård och omsorg, dels därför att de ännu har en begränsad täckningsgrad. Det gäller t.ex. Senior Alert.

I ett nästa steg behövs indikatorer och andra sätt att följa utfallet för den äldre, för att se om insatserna sammantaget bidrar till den enskildes välbefinnande och hälsa.

Trygghet

Äldre människor och deras anhöriga ska kunna vara säkra på att de får den hjälp som behövs vid rätt tidpunkt, av personer de känner och har förtroende för. I dag finns inga bra mått på faktorer som kan bidra till trygghet för den äldre. Däremot finns en del mått som indirekt kan belysa hur väl hemsjukvården och hemtjänsten tillgodoser den äldres behov av både planerade och akuta insatser i hemmet. En relevant indikator är andelen mest sjuka äldre som gör akutbesök på sjukhus – förutsatt att besöket beror på bristande till-

gänglighet i primärvården. Ett annat exempel är andelen av de mest sjuka äldre som har avancerad hemsjukvård eller motsvarande.

Anhörigstöd

Det finns en del indikatorer som speglar stödet till anhöriga, men de är varken heltäckande eller tillräckligt säkra. En stor del av hjälpen till gruppen de mest sjuka äldre kommer dock från anhöriga, och därför är det viktigt med indikatorer som visar hur väl kommunerna lever upp till sitt ansvar att ge de anhöriga individuellt anpassat stöd.

Forskning

Det är också viktigt att studera hur väl olika indikatorer faktiskt beskriver det de är tänkta för. Vissa indikatorer, främst de som är hämtade från olika kvalitetsregister och från läkemedelsregistret, vilar på god evidens. Andra indikatorer speglar områden som är viktiga för en god kvalitet i äldreomsorgen, men det finns fortfarande inga studier som visar om de valda indikatorerna speglar dessa kvalitetsområden eller inte.

Vidare behövs andra metoder för att följa vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Registerbaserade indikatorer ger en mer generell belysning men är inga absoluta mått, och ofta är det oklart om skillnaderna mellan olika kommuner speglar faktiska kvalitetskillnader i vården och omsorgen, eller om skillnaderna kan ha andra förklaringar. Intervjuer, journalgranskningar och deltagande observationer är några exempel på metoder som behöver komplettera bilden av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Uppföljning

Det finns en risk för att enheterna registrerar uppgifter som optimerar den egna enhetens respektive kommunens eller landstingets resultat. För att undvika det bör granskningar av verksamheterna göras för att bedöma om indikatorerna verkligen är ett mått på vad som är acceptabelt eller bra.

Referenser

1. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landting. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2011
2. Äldreguiden, www.socialstyrelsen.se. Socialstyrelsen 2011
3. Öppna jämförelser 2011 – Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting
4. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen 2011
5. De mest sjuka äldre – Avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen 2011
6. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2010
7. Nationella riktlinjer för strokesjukvården – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2009
8. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård – Beslutsstöd. Socialstyrelsen 2008
9. Nationella riktlinjer för diabetesvården – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2009
10. Vilka är de mest sjuka äldre – försök till karaktärisering av gruppen utifrån data i befolkningsstudier. Ännu inte publicerad studie. Stiftelsen Äldrecentrum 2011
11. Mest sjuka äldre - en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas. Socialdepartementet 2011
12. Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005. Socialstyrelsen 2008
13. Dementia – Etiology and Epidemiology. A systematic Review, volym 1, sid 235-238. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2008

Bilagor

Bilaga 1: Lista med indikatorer som redovisas i rapporten

Bilaga 2: Lista med förslag på nya indikatorer

Bilaga 3: Förteckning över granskade men ej valda indikatorer

Bilaga 4: Valda indikatorer, tabeller för kommunerna

Bilaga 1

Indikatorer som föreslås användas redan nu för att beskriva hur vården och omsorgen om de mest sjuka äldre fungerar och hur samspelet är mellan olika vårdgivare

Indikatorer som hämtas från Äldreguiden är markerade med * och Socialstyrelsens brukarundersökning med **

Indikatorer som hämtas från patient- och socialtjänstregistren är markerade med ***

Indikatorer som hämtas från kvalitetsregister är markerade med ****

Indikatorer som kan användas på både kommun och landstingsnivå redovisas med K, L, enbart kommun med K och enbart landsting med L

Indikatorer som avser hela målgruppen är markerat med A, indikatorer som enbart avser de i målgruppen med omfattande hemtjänst med H, enbart de som bor i särskilt boende med S

Indikatorerna redovisas efter hur stor del av gruppen de mest sjuka äldre de speglar, först indikatorer som avser hela gruppen, därefter indikatorer som avser delgruppen som bor i särskilt boende.

Indikatorer för fortsatt utveckling redovisas i bilaga 2.

Indikatorer som avser hela målgruppen

*** K, L; A	Sluten vård som kan vara undvikbar
Indikator:	Undvikbar sluten vård, avseende följande diagnoser: kroniska sjukdomar: anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL, kärlkramp. Akuta sjukdomar: blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron- näsa- halssjukdomar.
Syfte:	Indikera brister i hur öppenvården respektive det särskilda boendet klarar av att ta hand om patienten utan slutenvårdsvistelse och öppenvårdens förmåga att förebygga att den äldre får sådana besvär att han/hon uppsöker eller skickas till slutenvård.
Typ av indikator:	Process
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal oplanerade inläggningar på sjukhus i målgruppen <i>Nämnare:</i> Målgruppen
Mätmetod:	Register
Datakälla:	Patientregistret, Socialstyrelsen
Relevans:	Hög andel oplanerade inläggningar kan tyda på kvalitetsbrister i öppenvården.
Användbarhet och felkällor:	Indikatorns värde ligger i att skillnader mellan landsting visar på hur väl patienten tas om hand i den öppna vården, där hög andel som skrivs in för diagnoser som anses oftast kunna tas om hand i hemmet indikerar brister i tillgänglighet och/eller kompetens i den öppna vården. Rätt andel är dock inte 0, och det saknas kunskap om vad som är rätt nivå. Diagnossättning och registrering kan variera mellan sjukhus och landsting. Inskrivning sjukhus kan bero på tillgång till sjukhusplatser. Indikatorn bör användas med försiktighet, den kan ge negativa styreffekter i form av att sjukhusvård undviks även i fall då den äldre skulle gynnas av den. Antalet patienter är förhållandevis litet varför jämförelser på kommunnivå blir osäkra.

*** K, L; A	Fall
Indikator:	Andel personer i målgruppen som lagts in på sjukhus för fraktur beroende av fall
Syfte:	Indikera förebyggande av fall
Typ av indikator:	Resultat
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal inskrivna på sjukhus p.g.a. fallorsakad fraktur i målgruppen <i>Nämnare:</i> Målgruppen
Mätmetod:	Manuell registrering i patientregistret
Datakälla:	Patientregistret
Relevans:	Fallskador är ett allvarligt problem och en vanlig inläggningsorsak
Användbarhet och felkällor:	När sjukhusen registrerar frakturer och andra skador ska de ange orsakskod. Denna registrering bedöms numera vara tillfredsställande så att denna indikator kan användas för jämförelser. Fraktur som är förorsakad av fall bör därför kunna användas som indikator. Felkällan torde i första hand vara eventuella brister i orsaksregistreringen. Antalet patienter är förhållandevis litet varför jämförelser på kommunnivå blir osäkra.

*** K, L; A	Eftervård
Indikator:	Andel avlidna eller återinskrivna inom 30 dagar efter slutenvård för samma diagnos, diagnosen hjärtsvikt, ICD-10: I50 och inom 90 dagar efter slutenvård för stroke.
Syfte:	Indikera brister i hur öppenvården respektive det särskilda boendet klarar av att ta hand om patienten efter slutenvårdsvistelse.
Typ av indikator:	Process
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal återinläggningar på sjukhus i målgruppen <i>Nämnare:</i> De i målgruppen som varit inlagda på sjukhus alla resp. för resp. diagnos
Mätmetod:	Register
Datakälla:	Patientregistret, Socialstyrelsen
Relevans:	Hög andel återinläggningar kan tyda på kvalitetsbrister i sluten- eller öppenvården.
Användbarhet och felkällor:	Indikatorns värde ligger i att den kan indikera t.ex. alltför tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen. Dock är önskvärd andel inte 0, det kan t.ex. vara bra att ta vara på möjligheten för en svårt sjuk person att vårdas hemma så mycket som möjligt även om hon behöver läggas in igen. Variationen mellan landstingen kan vara påverkad av annat än kvaliteten i vårdinsatsen, såsom praxis för att skriva in patienter i slutenvården. Ju lindrigare sjuka de inskrivna är, desto bättre blir det redovisade resultatet. Antalet i vår målgrupp är dessutom så litet att man kan behöva lägga ihop flera år, vilket gör att indikatorn inte blir helt aktuell. I redovisningen i rapporten har kommuner med färre än 10 patienter inte tagits med. Antalet är dock givet den begränsningen ändå så lågt att jämförelser på kommunnivå måste göras med försiktighet.

*** K, L; A		Läkemedel som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger
Indikator:	Läkemedel som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger; exempelvis läkemedel med antikolinerga effekter och Benzodiazepiner med lång halveringstid	
Syfte:	Mäta riskfylld läkemedelsbehandling	
Typ av indikator:	Process	
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i>	Antal i målgruppen som har läkemedel som bör undvikas
	<i>Nämnare:</i>	Målgruppen
Mätmetod:	Register	
Datakälla:	Läkemedelsregistret	
Relevans:	Kan ge betydande biverkningar hos äldre, framför allt kognitiva störningar	
Användbarhet och felkällor:	Läkemedelsregistret omfattar inte preparat ordinerade i slutenvård, utdelade från läkemedelsförråd eller köpta utan recept. Uthämtade läkemedel från apotek är inte alltid synonymt med vad som faktiskt används. Det finns ingen nivå som med säkerhet kan anses vara rätt eftersom förskrivning av något av dessa läkemedel kan vara rätt i det individuella fallet.	

*** K, L; A		Läkemedelskombinationer som kan ge upphov till läkemedelsinteraktion av klass D
Indikator:	Läkemedelskombinationer som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser (interaktioner)	
Syfte:	Mäta riskfylld läkemedelsbehandling	
Typ av indikator:	Process	
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i>	Antal i målgruppen som har en eller flera kombinationer av läkemedel som kan ge upphov till D-interaktioner, dvs. kan ge svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svåra att klara med
	<i>Nämnare:</i>	individuell dosering och som därför bör undvikas.
		Målgruppen
Mätmetod:	Register	
Datakälla:	Läkemedelsregistret	
Relevans:	D-interaktioner kan leda till svåra biverkningar eller utebliven effekt och bör därför undvikas	
Användbarhet och felkällor:	Läkemedelsregistret omfattar inte preparat ordinerade i slutenvård, utdelade från läkemedelsförråd eller köpta utan recept. Uthämtade läkemedel från apotek är inte alltid synonymt med vad som faktiskt används. Det finns ingen nivå som med säkerhet kan anses vara rätt eftersom förskrivning av läkemedel som tillsammans kan ge dessa effekter kan vara rätt i det individuella fallet.	

*** K, L; A	Tre psykofarmaka eller mer
Indikator:	Behandling med många psykofarmaka
Syfte:	Mäta risk för felaktig behandling med psykofarmaka
Typ av indikator:	Process
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal personer i målgruppen som har tre eller fler psykofarmaka förskrivna <i>Nämnare:</i> Totala antalet personer i målgruppen
Mätmetod:	Register
Datakälla:	Läkemedelsregistret
Relevans:	Innebär en ökad risk för att den äldre inte har en optimal behandling för psykiatriska tillstånd, med risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner
Användbarhet och felkällor:	Läkemedelsregistret omfattar inte preparat ordinerade i slutenvård, utdelade från läkemedelsförråd eller köpta utan recept. Uthämtade läkemedel från apotek är inte alltid synonymt med vad som faktiskt används.

Indikatorer som avser dem som bor i särskilt boende

* K; S	Aktuell läkemedelsgenomgång	
Indikator:	Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som hade en aktuell läkemedelsgenomgång (2010)	
Syfte:	Mäta andel personer som fått läkemedelsgenomgång; Indikator: andelen personer som den 1 oktober 2010 hade en aktuell genomgång av förskrivna läkemedel.	
Typ av indikator:	Struktur	
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i>	Antal som hade en aktuell läkemedelsgenomgång
	<i>Nämnare:</i>	Samtliga boende
Mätmetod:	Enkät (enkäten till särskilt boende)	
Datakälla:	Äldreguiden	
Relevans:	De som bor i särskilt boende behöver, med anledning av att flertalet har många läkemedel, regelbunden översyn av sina läkemedel. Läkemedelsgenomgångar är en metod.	
Användbarhet och felkällor:	Indikatorn ger en bild av om läkemedelsgenomgångar genomförs, men säger inget om den faktiska kvalitén i dessa. Det finns olika uppfattningar om vad en läkemedelsgenomgång innebär, och en del enheter kan därför ha redovisat att de går igenom läkemedlen trots att genomgångarna inte motsvarar kraven i beskrivningen ovan. Det innebär att skillnaderna mellan olika kommuner måste tolkas försiktigt, liksom skillnaderna över tid.	

** K; S	Hänsyn till den äldres önskemål och åsikter
Indikator:	Andelen i särskilt boende som är nöjda med sin möjlighet att påverka utformningen och genomförandet av det stöd och omsorg som ges inom de särskilda boendena (2011).
Syfte:	Indikera hur väl personalen i det särskilda boendet är lyhörd för och kan uppfylla den äldres önskemål
Typ av indikator:	Resultat
Teknisk beskrivning:	<i>Täjlare:</i> Antal boende som svarat själva alternativt anhöriga svarat lägst 8 på en skala 1-10 <i>Nämnare:</i> Alla boende
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Brukarundersökningen
Relevans:	Den äldres möjlighet till inflytande över de insatser han/hon får framhålls som centralt i exempelvis regeringens proposition om värdegrund.
Användbarhet och felkällor:	Skillnader mellan kommuner och boenden kan bero på i hur hög grad anhöriga varit behjälpliga med att svara, varför analys av indikatorn bör göras så att svaren delas upp på de som svarat själva och de som svarat med hjälp av anhörig. Svaren säger inget om den äldres faktiska möjlighet att råda över sin vardag och den hjälp han/hon får, eftersom svaren är beroende av den enskildes förväntningar på vad man ska kunna påverka. Svarsfrekvensen är låg, främst om man ser till hur många av de boende själva som svarat, vilket bl.a. förklaras av att en majoritet av de boende har kognitiva nedsättningar. Eftersom frågan är ställd "hur nöjd är du ..." blir denna låga svarsfrekvens problematisk vid tolkningen av svaren.

** K; S	Trygghet i det särskilda boendet
Indikator:	Andelen personer i särskilt boende som kände sig mycket trygga med att bo i ett särskilt boende, (2011)
Syfte:	Indikera hur väl det särskilda boendet bidrar till en trygg livssituation
Typ av indikator:	Resultat
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal boende som svarat själva alternativt anhöriga svarat lägst 8 på en skala 1-10. <i>Nämnare:</i> Alla boende
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Brukarundersökningen
Relevans:	Att kunna leva och bo under trygga förhållanden i det särskilda boendet har en grundläggande betydelse för den enskildes hälsa och välbefinnande, i synnerhet som det är vanligt att flytt till särskilt boende föranleds av bl.a. bristande trygghet i det tidigare boendet.
Användbarhet och felkällor:	Skillnader mellan kommuner och boenden kan bero på i hur hög grad anhöriga varit behjälpliga med att svara, varför analys av indikatorn bör göras så att svaren delas upp på de som svarat själva och de som svarat med hjälp av anhörig. Trygghet är inte bara beroende på hur insatserna i det särskilda boendet är utformade. Personlighet och livssituation kan vara mer avgörande för upplevelsen av trygghet. Det är därför inte givet att svaren återspeglar kvalitén i omvårdnaden i det särskilda boendet. Svarsfrekvensen är låg, främst om man ser till hur många av de boende själva som svarat, vilket bl.a. förklaras av att en majoritet av de boende har kognitiva nedsättningar. Eftersom frågan är ställd "hur nöjd är du ..." blir denna låga svarsfrekvens problematisk vid tolkningen av svaren.

** K; S	Kunna göra sådant man trivs med
Indikator:	Andelen i särskilt boende som är nöjda med att kunna göra sådant som man trivs med (2011).
Syfte:	Indikera hur väl det särskilda boendet bidrar med att ge ett socialt innehåll i vardagen
Typ av indikator:	Resultat
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal boende som svarat själva alternativt anhöriga svarat lägst 8 på en skala 1-10. <i>Nämnare:</i> Alla boende
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Brukarundersökningen
Relevans:	Möjligheten till ett innehåll i vardagen har i brukarundersökningarna fått låga betyg, vilket indikerar att detta är ett utvecklingsområde
Användbarhet och felkällor:	Skillnader mellan kommuner och boenden kan bero på i hur hög grad anhöriga varit behjälpliga med att svara, varför analys av indikatorn bör göras så att svaren delas upp på de som svarat själva och de som svarat med hjälp av anhörig. Att göra det man trivs med kan tolkas olika av de som svarar och har olika vikt för olika personer. Att inte kunna göra det man trivs med kan bero på funktionsnedsättningar som inte kan kompenseras av än så skicklig personal. Svarsfrekvensen är låg, främst om man ser till hur många av de boende själva som svarat, vilket bl.a. förklaras av att en majoritet av de boende har kognitiva nedsättningar. Eftersom frågan är ställd "hur nöjd är du ..." blir denna låga svarsfrekvens problematisk vid tolkningen av svaren.

** K; S	Kunna få en pratstund med personalen
Indikator:	Andelen i särskilt boende som är nöjda med möjligheter till en pratstund med personalen (2011).
Syfte:	Indikera hur väl det särskilda boendet bidrar med att ge ett socialt innehåll i vardagen
Typ av indikator:	Resultat
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal boende som svarat själva alternativt anhöriga svarat lägst 8 på en skala 1-10. <i>Nämnare:</i> Alla boende
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Brukarundersökningen
Relevans:	Möjligheten till ett innehåll i vardagen har i brukarundersökningarna fått låga betyg, vilket indikerar att detta är ett utvecklingsområde.
Användbarhet och felkällor:	Skillnader mellan kommuner och boenden kan bero på i hur hög grad anhöriga varit behjälpliga med att svara, varför analys av indikatorn bör göras så att svaren delas upp på de som svarat själva och de som svarat med hjälp av anhörig. En pratstund kan vara ett bra exempel på en personcentrerad omvårdnad, men kan också vara kort och ytlig. Det kan dock antas att om den äldre anger sig vara nöjd så har personalen tid att sitta ner och ägna sig åt den äldre. Att den äldre eller anhörig anger att den äldre inte är nöjd kan det bero på att den äldre helt enkelt inte kommer ihåg de pratstunder som varit pga. kognitiv nedsättning. Svarsfrekvensen är låg, främst om man ser till hur många av de boende själva som svarat, vilket bl.a. förklaras av att en majoritet av de boende har kognitiva nedsättningar. Eftersom frågan är ställd "hur nöjd är du ..." blir denna låga svarsfrekvens problematisk vid tolkningen av svaren.

** K; S	Maten
Indikator:	Andelen i särskilt boende som är nöjd med hur maten smakar (2011).
Syfte:	Indikera hur väl det särskilda boendet ger en god måltidssituation
Typ av indikator:	Resultat
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal boende som svarat själva alternativt anhöriga svarat lägst 8 på en skala 1-10. <i>Nämnare:</i> Alla boende
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Brukarundersökningen
Relevans:	Måltiden är viktig inte bara för näringstillförseln och att undvika undernäring utan också som en viktig del av innehållet i vardagen.
Användbarhet och felkällor:	Skillnader mellan kommuner och boenden kan bero på i hur hög grad anhöriga varit behjälpliga med att svara, varför analys av indikatorn bör göras så att svaren delas upp på de som svarat själva och de som svarat med hjälp av anhörig. Hur maten smakar kan tolkas olika av de som svarar och har olika vikt för olika personer vilket tillsammans med den äldres förväntningar kan påverka svaren. Svarsfrekvensen är låg, främst om man ser till hur många av de boende själva som svarat, vilket bl.a. förklaras av att en majoritet av de boende har kognitiva nedsättningar. Eftersom frågan är ställd "hur nöjd är du ..." blir denna låga svarsfrekvens problematisk vid tolkningen av svaren.

** K; S	Hjälp med munhygien
Indikator:	Andelen i särskilt boende som är nöjda med hjälp med munhygien, av de som ansåg sig vara i behov av sådan hjälp. (2011)
Syfte:	Indikera hur väl det särskilda boendet kan ge hjälp med den dagliga munhygien
Typ av indikator:	Resultat
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal boende som svarat själva alternativt anhöriga svarat lägst 8 på en skala 1-10. <i>Nämnare:</i> Alla boende
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Brukarundersökningen
Relevans:	Det finns ett tydligt samband mellan bristande munhälsa och allmänhälsa hos äldre personer. En av orsakerna tros vara spridningen av munhålebakterier till andra organ, som hjärta och lungor. En god munhälsa och tuggförmåga är också av betydelse för att tillgodogöra sig mat och dryck. Att kunna äta och njuta av måltiden är dessutom en källa till välbefinnande och god livskvalitet.
Användbarhet och felkällor:	Skillnader mellan kommuner och boenden kan bero på i hur hög grad anhöriga varit behjälpliga med att svara, varför analys av indikatorn bör göras så att svaren delas upp på de som svarat själva och de som svarat med hjälp av anhörig. Eftersom det är vanligt att personer med kognitiv nedsättning behöver hjälp med munhygien och de inte själva kan besvara enkäten och att deras anhöriga sällan är på plats när denna del av omvårdnaden utförs blir svaren osäkra. Svarsfrekvensen är låg, främst om man ser till hur många av de boende själva som svarat, vilket bl.a. förklaras av att en majoritet av de boende har kognitiva nedsättningar. Eftersom frågan är ställd "hur nöjd är du ..." blir denna låga svarsfrekvens problematisk vid tolkningen av svaren.

* K; S	Fall; riskbedöms
Indikator	Andel i särskilt boende med aktuell riskbedömning genomförd enligt validerad metodik för fall Äldreguidens fråga 6 i enkäten till särskilt boende, antal med aktuell riskbedömning 2011-10-01
Syfte:	Indikera förebyggande av fall
Typ av indikator:	Process
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal riskbedömda (i särskilt boende) <i>Nämnare:</i> Antal boende (i särskilt boende)
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Äldreguiden
Relevans:	Viktigt att undvika fall
Användbarhet och felkällor:	Indikatorn ger en bild av hur aktivt och strukturerat man inom särskilt boende arbetar med att förebygga fall genom att göra riskbedömning med vetenskapligt utvärderat instrument. Indikatorn är en uppskattning av antalet på ett boende, och är inte individbaserat, vilket gör svaren osäkra. Svaren kan också anpassas för att ge en bättre bild av andel riskbedömda. Att riskbedömning görs behöver inte innebära att riskbedömningen faktiskt används i den dagliga omvårdnaden. På sikt bör kvalitetsregistret Senior Alert användas, och givet att täckningsgraden blir tillräcklig kunna användas för såväl hemsjukvården i ordinärt boende som i särskilt boende.

* K; S	Nutrition; riskbedöms
Indikator	Andel i särskilt boende som riskbedöms enligt validerad metodik för undernäring Äldreguidens fråga i enkäten till särskilt boende, totalt antal personer i permanent särskilt boende med aktuell riskbedömning avseende undernäring 2011-10-01
Syfte:	Indikera förebyggande av undernäring
Typ av indikator:	Process
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal riskbedömda (i särskilt boende) <i>Nämnare:</i> Antal boende (i särskilt boende)
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Äldreguiden
Relevans:	Viktigt att undvika undernäring
Användbarhet och felkällor:	Indikatorn ger en bild av hur aktivt och strukturerat man inom särskilt boende arbetar med att förebygga undernäring genom att använda vetenskapligt utvärderade instrument för riskbedömning. Indikatorn är en uppskattning av antalet på ett boende, och är inte individbaserat, vilket gör svaren osäkra. Svaren kan också anpassas för att ge en bättre bild av andel riskbedömda. Att riskbedömning görs behöver inte innebära att riskbedömningen faktiskt används i den dagliga omvårdnaden. På sikt bör kvalitetsregistret Senior Alert användas, och givet att täckningsgraden blir tillräcklig kunna användas för såväl hemsjukvården i ordinärt boende som i särskilt boende.

* K; S	Trycksår; riskbedöms
Indikator	Andel i särskilt boende som riskbedöms enligt validerad metodik för trycksår Äldreguidens fråga 7 i enkäten till särskilt boende, totalt antal personer i permanent särskilt boende med aktuell riskbedömning avseende trycksår 2011-10-01
Syfte:	Indikera förebyggande av trycksår
Typ av indikator:	Process
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal riskbedömda (i särskilt boende) <i>Nämnare:</i> Antal boende (i särskilt boende)
Mätmetod:	Enkät
Datakälla:	Äldreguiden
Relevans:	Viktigt att undvika trycksår
Användbarhet och felkällor:	Indikatorn ger en bild av hur aktivt och strukturerat man inom särskilt boende arbetar med att förebygga trycksår med vetenskapligt utvärderade instrument. Indikatorn är en uppskattning av antalet på ett boende, och är inte individbaserat, vilket gör svaren osäkra. Svaren kan också anpassas för att ge en bättre bild av andel riskbedömda. Att riskbedömning görs behöver inte innebära att riskbedömningen faktiskt används i den dagliga omvårdnaden. På sikt bör kvalitetsregistret Senior Alert användas, och givet att täckningsgraden blir tillräcklig kunna användas för såväl hemsjukvården i ordinärt boende som i särskilt boende.

**** K, L; S		Vård i livets slutskede, smärtskattning sista levnadsveckan
Indikator:	Avlidna som smärtskattats sista levnadsveckan (från och med januari 2011 frågas efter om ett validerat smärtskattningsinstrument använts).	
Syfte:	Indikerar om personernas smärta uppmärksammas i livets slutskede	
Typ av indikator:	Process	
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i>	Antal med smärta under den sista veckan i livet och som smärtlindrats helt eller delvis, bor på särskilt boende
	<i>Nämnare:</i>	Alla registrerade (i särskilt boende)
Mätmetod:	Register	
Datakälla:	Svenska palliativregistret	
Relevans:	Viktigt att vara så smärtbefriad som möjligt i livets slutfas. Smärtlindring är centralt i palliativ vård.	
Användbarhet och felkällor:	Indikatorn kan inte ange om den äldre verkligen blivit smärtlindrad så långt som varit möjligt. Indikatorn kan manipuleras om man vet att "rätt svar" ger betalning; Endast de personer som kunnat medverka i smärtskattningen omfattas av indikatorn. Täckningsgraden är låg i 105 av landets kommuner varför de kommunerna inte kunnat tas med	

* K; S	Kompetens; personal med gymnasial utbildning
Indikator:	Andel personal med yrkesutbildning för sitt arbete
Syfte:	Mäta andel personal med utbildning som enligt Socialstyrelsens allmänna råd behövs för att kunna utföra service- och omsorgsinsatser i hemtjänst och särskilt boende; Indikator: andelen av månadsanställda undersköterskor, vårdbiträden och motsvarande (omvårdnadspersonal) som har yrkesförberedande utbildning (minst 900 poäng i karaktärsämnen) och arbetar i särskilt boende.
Typ av indikator:	Struktur
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i> Antal med yrkesförberedande utbildning <i>Nämnare:</i> Samtlig anställd vård- och omsorgspersonal
Mätmetod:	Enkät (särskilt boende)
Datakälla:	Äldreguiden
Relevans:	De i målgruppen som har omfattande hemtjänst behov, med anledning av att flertalet har komplexa behov, omsorgspersonal med erforderlig kompetens.
Användbarhet och felkällor:	Indikatorn ger en bild av en viktig förutsättning för kvalitet i vården, personalens kompetens mätt i form av utbildning. Indikatorn i sig säger dock inget om den faktiska kvalitén i vården och omsorgen. Uppgifterna om utbildning kan för närvarande inte hämtas från SCB:s utbildningsregister varför de hämtats från Socialstyrelsens kommunenkäter, vilket innebär att svaren kan bero på att frågeställningen trots tydliga definitioner, kan ha missförstått av den som svarar, att uppgifterna om utbildningsnivå kan vara bristfälliga på den svarande enheten och att svaren kan manipuleras för att ge en bättre bild än den verkliga. Uppgifterna bedöms dock ha tillräcklig reliabilitet.

* K; S	Omvårdnad personer med demenssjukdom	
Indikator:	Andel i särskilt boende som bor i särskilt anpassat demensboende max 10 personer	
Syfte:	Indikera i vilken utsträckning kommunen tillgodoser behovet av demensboende	
Typ av indikator:	Struktur	
Teknisk beskrivning:	<i>Täljare:</i>	Antal boende i demensboende
	<i>Nämnare:</i>	Skattat antal personer med demenssjukdom – prevalens
Mätmetod:	Enkät	
Datakälla:	Kommunenkät (fråga 8)	
Relevans:	Riktlinjerna för demensomsorgen prioriterar att personer med demenssjukdom ska erbjudas särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom	
Användbarhet och felkällor:	Nämnaren, prevalens är en skattning och kan skifta mellan kommunerna pga. att socioekonomisk struktur har betydelse för prevalensen av demenssjukdom. Vissa kommuners svar till Äldreguiden har vissa brister, vilket framkommer när uppgifterna om antal enheter och antal boende jämförs.	

Bilaga 2

Indikatorer som bör utvecklas för att beskriva vården och omsorgen om de mest sjuka äldre

Indikatorer som redan är tillgängliga i ett kvalitetsregister men som ännu har för låg täckningsgrad är markerad med *

Indikatorer som kan tas från en utvidgad kommun- eller landstingsenkät är markerade med **, från brukarundersökningar ***

Indikatorer som på sikt bör kunna erhållas ur patient- och socialtjänstregister av Socialstyrelsen är markerade med ****

Indikatorer som kan användas på både kommun och landstingsnivå redovisas med K, L, enbart kommun med K och enbart landsting med L

Indikatorer som belyser hela målgruppen redovisas med A, enbart de med hemtjänst H, enbart personer boende i särskilt boende med S.

Samverkan mellan vårdgivare

**** K; L; H**

Samverkan och samarbete

Indikator: Tillgång till teambaserade lösningar¹

Syfte: Följa om personer i målgruppen kan erbjudas insatser från en verksamhet där alla erforderliga professioner finns.

¹ Med teambaserat avses att huvudmännen gemensamt ordnat så att olika professioner (läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, undersköterska/vårdbiträde) kan arbeta tillsammans utifrån ett gemensamt uppdrag, i en gemensam enhet eller på annat sätt med en struktur som möjliggör gemensam planering, prioritering och uppföljning av arbetet, såväl för teamet som för de enskilda patienterna/brukarna.

**** K; H**

Gemensam individuell plan (SoL 2 kap § 7, HSL § 3f)

Indikator:

Andel av äldre med hemtjänst minst 25 timmar per månad som har en individuell plan upprättad gemensamt² mellan primärvård och hemtjänst och som följs upp enligt överenskommelse.

Syfte:

Följa om det finns en struktur för att göra och följa upp gemensamma individuella planer. Gemensam individuell plan kan ses som ett instrument när de berörda aktörerna agerar samordnat och planmässigt.

² I en gemensam individuell plan ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Kvalitet

**** K; H, S**

Indikator:

Syfte:

Personaltäthet; antal omvårdnadspersonal per brukare

Antal omvårdnadspersonal per boende i särskilt boende och – om möjligt – per hemtjänsttagare.

Mäta vilken personal som finns för att kunna utföra service- och omsorgsinsatser i hemtjänst och särskilt boende.

Målgruppen har komplexa behov och därmed behövs tillräckligt med personal för att kunna ge den personliga omvårdnad som förutsätts i socialtjänstlagens värdegrund.

**** K; H, S**

Indikator:

Kompetens; personal med eftergymnasial utbildning

Andelen av all vård- och omsorgspersonal som har eftergymnasial utbildning om minst två år, i särskilt boende och – om möjligt – i hemtjänst

Register finns över legitimerad personal, statistiken har dock en tvåårig eftersläpning.

**** K; H**

Syfte:

Personkontinuitet omsorg

Mäta personkontinuitet för personer med service- och omvårdnadsinsatser om minst 25 timmar per månad från hemtjänsten. Hög personkontinuitet ger bättre förutsättningar för personalen att ha god kännedom om vårdtagarnas behov och önskemål. Det ökar också chansen att vårdtagarna känner sig trygga med personalen.

Svår indikator att utforma och mäta. Måste relateras till antal hemtjänsttimmar.

***** K; H**

Indikator:

Syfte:

Inflytande

Hur nöjd är du med hur personalen tar hänsyn till dina åsikter och önskemål om den hjälp du vill ha?

Indikera hur väl den äldre kan påverka hemtjänstinsatserna.

Indikatorn finns i undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?. Svaren speglar de äldres egna åsikter bara för dem som själva förmår att fylla i en enkät – vilket en stor del av de ”mest sjuka äldre” sannolikt inte kan.

Indikatorn behöver utvecklas mer.

**** K, L; A	Många besök på akutmottagning
Indikator:	Andel av gruppen mest sjuka äldre som besökt akutmottagning minst tre gånger under senaste året
Syfte:	Indikera brister i hur öppenvården klarar av att ta hand om patienten. Hög andel akutbesök kan tyda på kvalitetsbrister i sluten- eller öppenvården. Ur patientregistret kan hämtas data om oplanerade besök vid specialiserad öppenvård. Indikatorn behöver utvecklas och valideras.
**** K, L; A	Överbeläggningar och ”utlokaliserade” patienter
Indikator	Antal av gruppen mest sjuka äldre som under ett år legat på en ”överbeläggningsplats” eller varit ”utlokaliserad” till annan vårdavdelning än den personen skulle ha lagts in på
Syfte:	Fånga in brister i vårdorganisation och flöden (vårdkedjor) som kan vara av betydelse för vår målgrupp. Överbeläggning eller att ligga på ”fel” plats innebär risker och kan – men behöver inte – bero på brister i vårdkedjorna. Arbete pågår hos Socialstyrelsen i samråd med SKL att utveckla denna indikator, bl.a. genom att precisera definitioner.
* K, L; A	Fall; två indikatorer; riskbedöms resp. följs upp
Indikator 1	Andel av gruppen mest sjuka äldre som riskbedöms enligt validerad metodik för fall
Indikator 2	Andel som följs upp av dem som bedömts ha risk
Syfte:	Indikera förebyggande av fall. Indikatorn ger en bild av hur aktivt och strukturerat man inom hemsjukvård i ordinärt boende resp. i särskilt boende arbetar med att förebygga fall. Indikatorn hämtas från SeniorAlert, men täckningsgraden är ännu för låg för att kunna ge en nationell bild.

*** K, L; A**

Indikator 1

Indikator 2

Syfte:

Nutrition; två indikatorer; riskbedöms resp. följs upp

Andel av gruppen mest sjuka äldre som riskbedöms enligt validerad metodik för undernäring

Andel som följs upp av dem som bedömts ha risk

Indikatorn ger en bild av hur aktivt och strukturerat man inom hemsjukvård i ordinärt boende resp. i särskilt boende arbetar med att förebygga undernäring.

Indikatorn hämtas från SeniorAlert, men täckningsgraden är ännu för låg för att kunna ge en nationell bild.

*** K, L; A**

Indikator 1

Indikator 2

Syfte:

Trycksår, två indikatorer; riskbedöms resp. följs upp

Andel av gruppen mest sjuka äldre som riskbedöms enligt validerad metodik för trycksår

Andel som följs upp av dem som bedömts ha risk

Indikatorn ger en bild av hur aktivt och strukturerat man inom hemsjukvård i ordinärt boende resp. i särskilt boende arbetar med att förebygga trycksår.

Indikatorn hämtas från SeniorAlert, men täckningsgraden är ännu för låg för att kunna ge en nationell bild.

(*) K, L; A

Indikator 1

Indikator 2

Syfte:

Smärta/Smärtlindrad; två indikatorer

Andel av gruppen mest sjuka äldre som bedöms enligt validerad metodik för smärta

Andel som fått smärtlindring

Indikatorn kan ge en bild av hur aktivt och strukturerat man inom hemsjukvård i ordinärt boende resp. i särskilt boende arbetar med att ge smärtlindring.

Indikatorn finns ej, men har förutsättningar att kunna ingå i ett kvalitetsregister, exempelvis SeniorAlert.

(*), (****) K, L

Munhälsa

Indikator:

Alternativ 1) Andel av gruppen mest sjuka äldre som erhållit munhälsobedömning respektive nödvändig tandvård; källa tandvårdsregistret.

Alternativ 2) Andel av gruppen mest sjuka äldre som erhållit munhälsobedömning och åtgärder, registrerat i Senior Alert (ännu bara tillval i detta kvalitetsregister)

Indikator från brukarundersökningen finns med i de indikatorer som använts nu, se bilaga 1

Syfte:

Indikera hur den äldres munhälsa uppmärksammas, eftersom munhälsan är av stor betydelse för vår målgrupp.

Trygghet

*** K; H, S

Trygghet

Indikator:

Andel som har hemtjänst minst 25 timmar per månad och som uppger att de känner sig trygga

Syfte:

Indikera hur den äldre själv/anhöriga ser på sin/sin närståendes trygghet. Trygghet är det som mest kan anses underlätta att hantera funktionsnedsättningar och bristande hälsa och att ha tillit till att bo kvar i sitt hem.

I Socialstyrelsens brukarundersökning ingår en fråga om trygghet i hemmet med hemtjänst. Trygghet är svårt att mäta och än svårare att via en enkät få en säker bild av vilka faktorer som för den enskilde är trygghetsskapande.

Begreppet trygghet saknar ännu validerade mätmetoder.

För särskilt boende används i bilaga 1 en fråga om trygghet hämtad från Socialstyrelsens brukarundersökning, validiteten dock osäker.

*** K; H, S

Livskvalitet

Indikator:

Andel med hemtjänst minst 25 timmar per månad resp. boende i särskilt boende med livskvalitet mätt med validerad skala.

Syfte:

Indikatorer av livskvaliteten kan vara ett relevant sätt att följa resultaten av förbättrade insatser i vården och omsorgen på längre sikt. För närvarande saknas dock validerade metoder.

*** K; H, S

Oro

Indikator:

Andel med hemtjänst minst 25 timmar per månad resp. boende i särskilt boende med oro mätt med validerad skala.

Syfte:

Indikera hur den äldres livssituation uppmärksammas. Oro är ett vanligt problem i gruppen de mest sjuka äldre, särskilt för dem som bor i särskilt boende. För närvarande saknas dock validerade metoder.

Anhörigstöd

(**), (****)

K; A (?)

Indikator:

Stöd till anhöriga

Andel anhöriga till personer som ingår i gruppen de mest sjuka äldre och som får individuellt anpassat stöd i olika former.

Syfte:

Indikera i vilken utsträckning kommunen tillgodoser behovet av stöd och avlösning. Anhöriga utför en stor del av omvårdnaden om målgruppen, stödet till de anhöriga är viktigt såväl för den anhörige som för dennes närstående som får vården och omsorgen.

Anhörigstöd är ett brett begrepp, som inkluderar såväl biståndsbedömda som generella insatser. De generella fångas inte in via socialtjänstregistret. Biståndsbedömda insatser redovisas för den som får insatserna, och det kan inte säkert utläsas i socialtjänstregistret i vilken mån dessa har som ett viktigt syfte att avlasta anhörig.

Ett utvecklingsarbete pågår hos Socialstyrelsen.

* K, L; A

Indikator:

Syfte:

Vård i livets slutskede, eftersamtal med närstående

Erbjöds de anhöriga eftersamtal?

Anhörigas situation efter att den närstående avlidit behöver uppmärksammas.

Indikatorn finns i Svenska Palliativregistret, men täckningsgraden är ännu låg varför denna indikator föreslås användas när täckningsgraden är lägst 50 procent i majoriteten av landets kommuner.

Bilaga 3 Indikatorer som Socialstyrelsen föreslår ej ska användas

Hälso- och sjukvård, Tillgänglighet och Utbud Sluten vård och specialistvård

	Indikator	Källa	individ	grupp-nivå	Kommentarer/motivering
T	Andel med nydiagnostiserad demenssjukdom	SveDem	x		Kan bli användbar på sikt när täckningsgraden ökat i primärvården, ännu bara god täckningsgrad inom specialistvården (minnesmottagningar).
T	Väntetid från remissregistrering till första besök på specialistmottagning	Lungcancerregistret	x		Hade varit ett mått på tillgänglighet om det funnits att tillgå för alla i gruppen de mest sjuka äldre.
T	Väntat längre än 90 dagar på specialistbesök	Landstingen mäter	x		7+90 dagars väntetid efter remiss är för lång, ingen indikator på bra vård för gruppen de mest sjuka äldre, till behandling kan det ytterligare gå 90 dagar
T	Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon	Vårdbarometern		x	Tveksamt mått för de mest sjuka äldre, de bör ha särskilt nummer att ringa där de är kända och inte behöver redogöra hela sin historia från början. Låg täckningsgrad.
T	Andel diabetespatienter som fått fotundersökning	Diabetesregistret	x		Mycket specifik indikator, inte prioriterat om man vill spegla vården/omsorgen för alla mest sjuka äldre.
U	Vårdtillfällen slutenvård	Patientregistret	x		Det saknas kunskap om inget eller ett litet antal vårdtillfällen kan visa att de mest sjuka äldre inte får den hälso- och sjukvård de behöver, eller tvärtom att de får ett bra omhändertagande i hemmet eller i det särskilda boendet och därför slipper vårdas på sjukhus. Dessutom är hög slutenvårdskonsumtion ett kriterium att avgränsa gruppen.
U	Vårdtillfällen läkarbesök i specialistvård	Patientregistret	x		Skillnader mellan landstingen för de mest sjuka äldre kan vara ett mått på de mest sjuka äldres tillgång till specialistvård, men också återspegla olika strukturer i hur vården är organiserad. Dessutom är indikatorn ett kriterium att avgränsa målgruppen

Primärvård; Tillgänglighet och Utbud

	Indikator	Källa	indiv	grup pni- vå	Kommentarer/motivering
T	Läkarbesök inom sju dagar i primärvården	Landstingen mäter	x		Inte adekvat för gruppen de mest sjuka äldre, som behöver ha flexibla insatser när behovet uppstår
T	Influensavaccinering av äldre	Landstingets smittskyddsläkare	?		Inte specifik för de mest sjuka äldre
U	Antal vårdtillfällen övriga besök	Patientregistret	x		Här ingår i det nationella registret ännu ej primärvård, när det inkluderas kan det vara ett mått på hur de mest sjuka äldre uppmärksammas av primärvården och då bli användbart. I avvaktan på att primärvården inkluderas i nationella registret föreslås att denna indikator ej används.
T	Andel av de mest sjuka äldre med hemsjukvård som haft en fast distriktsköterskekontakt senaste halvåret.	Saknas	x		Begreppet ”fast” är komplext och kan vara svårt att precisera. Begreppet hemsjukvård definieras olika. Olika huvudmän. Säger inget om den fasta kontakten bidrar till trygghet och kontinuitet. På sikt kan en indikator för kommunal hemsjukvård utformas.

Bemötande i hälso- och sjukvården

Kontinuitet	Andel patienter som upplever att de erbjudits önskad kontinuitet i vårdkonakterna	Nationell patientenkät		x	Användbar, men hur många i de mest sjuka äldre svarar själv? Målgruppen kan inte identifieras, varför det är svårt att specifikt följa gruppen de mest sjuka äldre.
Be	Bemötande vid besök i primärvården	Nationell patientenkät		x	Användbarheten av den nationella patientenkäten försvåras av att vi inte kan urskilja de mest sjuka äldre och att svarsfrekvensen i den gruppen sannolikt är otillräcklig.
Delaktighet	Andel patienter som upplever att mål för behandlingen satts i samråd med dem	Nationell patientenkät		x	Kan spegla delaktigheten, men har en begränsning i att indikatorn är bättre lämpad att spegla hur vården fungerar för personer som är kognitivt klara och har kapaciteten kvar att själv koordinera sin hälso- och sjukvård.

	Indikator	Källa	indi- vid	Grupp- nivå	Kommentarer/motivering
Del- aktig- het	Andel patienter som upplever att de varit delaktiga i den egna vårdens planering och genomförande	Nationell patientenkät		x	Samma motivering som raden ovan
Del- aktig- het	Andel patienter som upplever att deras egna kunskaper och erfarenheter tagits tillvara	Nationell patientenkät		x	Användbar som ett av flera mått på tillit och trygghet, att man känner sig väl omhändertagen, men den är för abstrakt formulerad.
Info	Andel patienter som upplever att den information som de fått har gett dem möjlighet att vara delaktig och ha inflytande över sin egen hälsa och, vård och behandling	Nationell patientenkät		x	Inte anpassad för de mest sjuka äldres livssituation, delaktighet förutsätter att man inte har de olika funktionsnedsättningar som kännetecknar gruppen de mest sjuka äldre. Bra mått är snarare hur hälso- och sjukvården samordnar sina insatser och erbjuder en ”dirigent”.
Info	Andel patienter som upplever att de fått en individuellt anpassad information/information som de har förstått om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och aktuella metoder för undersökning och behandling	Nationell patientenkät		x	Användbarheten kompliceras av att många av de mest sjuka äldre pga. kognitiv nedsättning inte klarar av att ta till sig komplicerad medicinsk information. Att många inte minns att de haft en vårdplanering på sjukhuset belyser att det är svårt att tolka denna indikator, varför den inte bör användas.

Resultat

Rehab	Andel av gruppen mest sjuka äldre registrerade i RiksStroke senaste året, som var ADL-oberoende 3-mån efter akutfasen (och tillhör målgruppen	RiksStroke	x		Indikatorn (nummer 81 i Öppna jämförelser) kan vara ett mått på stöd efter sjukhusvistelse, men den är självrapporterad och därmed osäker. För närvarande ej tillåtet samköra RiksStroke med socialtjänstregistret varför gruppen de mest sjuka äldre inte kan identifieras.
Läke-medel	Andel i befolkningen 80 år och äldre som behandlas med tio eller fler läkemedel	Läkemedelsregistret	x		Finns läkemedelsindikatorer som är bättre (se bilaga 1). Mer än tio läkemedel behöver inte vara fel.
	Indikator	Källa	Indi-vid	grup-pni-vå	Kommentarer/motivering
Livs-kvali-tet	Andel diabetespatienter som upplever trygghet	Diabetesregistret	x		Indikatorn är under utveckling. Den är diffus, trygghet med vad? Speglar inte situationen annat än för en del av gruppen de mest sjuka äldre.
Livs-kvali-tet	Smärta, åtgärd inom 15 min	Källa saknas på nationell nivå		x	Svårt skilja mellan om vårdgivaren beskriver sin möjlighet att erbjuda det eller att man faktiskt gör det.
Livs-kvali-tet	Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede (cancer)	Svenska palliativregistret	x		Intressant indikator, men för speciell för att prioriteras.
Livs-kvali-tet	Var patienten informerad av läkare, dokumenterat i journal (frågeformuleringen från och med 2011, tidigare även av sjuksköterska, och dokumentation i journal var ej villkor)	Svenska palliativregistret	x		Frågan har omformulerats 2011, dock för speciell för att prioriteras. Endast för personer i ordinärt boende om de haft hemsjukvård, särskilt boende och korttidsboende, inte för avlidna på sjukhus och de med avancerad hemsjukvård,

Samverkan i öppenvård

Samverkan	Andel i målgruppen som har en utsedd läkare som samordnar ordinationer och förskrivningar	Saknas	x		Att direkt fråga om funktionen ”samordnande läkare” finns har troligen låg validitet, dvs. ger inte svar på huruvida det faktiskt sker någon samordning eller om funktionen bara finns i teorin. Dock en viktig frågeställning, distriktsläkarna har dålig kännedom om patienter som ofta är inlagda och till följd av multisjuklighet går på många olika specialistmottagningar.
-----------	---	--------	---	--	---

	Indikator	Källa	individ	gruppnivå	Kommentarer/motivering
Samverkan	Distriktssköterska/motsvarande med samordningsansvar och mandat	Saknas		x	Kunna följa andel av gruppen de mest sjuka äldre som har en utsedd samordnare (”dirigent”) med mandat att sammankalla till vårdplaneringar och som den äldre och anhöriga har som kontaktperson för alla insatser. Bedöms dock som svårt att få trovärdiga svar som speglar verkligheten. Felkälla t.ex. att samordningsansvarig med mandat inte är tillräckligt definierat, och vid en enkät att det är enklast att svara ja oavsett hur det fungerar i praktiken.
Samverkan	Andel personer i målgruppen som varit inlagd på sjukhus mer än två gånger under senaste året	Patientregistret	x		Många sjukhusvistelser kan tyda på kvalitetsbrister i sluten eller öppenvården. Sjukhusinläggningar är dock oftast befogade, varför antalet inte kan vara 0, och det saknas kunskap om vilken andel som kan anses som optimal. Antalet i gruppen de mest sjuka äldre är sannolikt så liten på kommunnivå att man kan behöva lägga ihop flera år, vilket gör att indikatorn inte blir helt aktuell.
Samverkan	Andel i SÄBO som vårdats på akutsjukhus minst en gång under senaste året	Patientregistret samkört med socialtjänstregistret Enhetsnivå	x		Om sjukhusvistelser för personer i särskilt boende är vanligt kan det vara ett tecken på att det särskilda boendet inte fullt ut tar sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Indikatorn torde vara bättre på enhets än på kommun- och nationell nivå. Uppgifter om enhet saknas i socialtjänstregistret.

Samverkan	Upplevelse av stöd/hjälp efter sjukhusvistelse ("Tycker Du att Dina behov av stöd eller hjälp är tillgodosedda?")	RiksStroke, (tre-månaders uppföljning)	x		Svarsfrekvensen kan vara låg i gruppen de mest sjuka äldre, måste testas innan ställning tas. Kan eventuellt vara användbar som indikator för hur övergången fungerar mellan olika vårdgivare, men strokepatienter är bara en del av gruppen de mest sjuka äldre. I dagsläget ej möjligt bearbeta RiksStroke för gruppen de mest sjuka äldre.
Info	Info om vart man kan vända sig efter utskrivningen	RiksStroke, (tre-månaders uppföljning)	x		Svårtolkad, många minns inte t.ex. vårdplanering varför låg andel kan bero på vem som svarar, individen själv som inte minns eller anhörig som varit med och minns.

	Indikator	Källa	indi- vid	grup- pni- vå	Kommentarer/motivering
Sam- ver- kan	Upplevelse av rehabilitering efter stroke	RiksStroke, (tre- månaders uppföljning)	x		Samma kommentar. Dessutom är uppgiften själv- rapporterad vilket gör det svårt att säkert veta vad som fak- tiskt mäts.
Sam- ver- kan	Antal vårdtillfällen då patient har skrift- lig ordination om nutritionsbehandling till övertagande vårdgivare/kommun	Finns hos vissa lands- ting		x	Finns (ännu) inte på nationell nivå; oklart om det kan gå att skilja ur gruppen de mest sjuka äldre. Olika landsting har olika former för kvalitetsuppföljning

Äldreomsorg, ordinärt boende Utbud och Tillgänglighet

U	Andel som har dagverksamhet av mål- gruppen	SoS officiella verksam- hetsstatistik	x		Det saknas kunskap om indikatorn ”hög andel som har dagverksamhet” är ett mått på bra omhändertagande av de mest sjuka äldre.
U	Andel som har korttidsplats	SoS officiella verksam- hetsstatistik	x		Det saknas kunskap om indikatorn ”hög andel som bevil- jats korttidsplats” är ett mått på bra omhändertagande av de mest sjuka äldre. Många med korttidsplats kan också tyda på brister i samspelet sluten-öppen vård och brist på plats i särskilt boende (korttidsplats i väntan på annat)
U	Beviljad hemtjänst	SoS officiella verksam- hetsstatistik	x		Det saknas kunskap om indikatorn ”hög andel som bevil- jats hemtjänst” är ett mått på bra omhändertagande av de mest sjuka äldre. Det saknas säker kunskap vad hög/låg andel står för. Dessutom är beviljad hemtjänst ett kriteri- um för att avgränsa målgruppen, ingen indikator på hur vården fungerar.
U	Beviljade hemtjänsttimmar	SoS officiella verksam- hetsstatistik	x		Det saknas kunskap om det är bra om t.ex. kommunen har en hög andel med små insatser (dvs. ”låg tröskel” in i systemet), eller om det är bra att kommunen har en hög andel med många timmar (skulle kunna vara ett mått på hur väl kommunen lever upp till kvarboendeprincipen). Detta bör studeras mer innan denna indikator skulle kunna tas med.

	Indikator	Källa	indiv	grupp nivå	Kommentarer/motivering
U	Andel personer med demenssjukdom och som har hemtjänst som erhåller den från personal specialiserade på att arbeta med personer med demenssjukdom ³	Saknas		x	"Fördjupad kunskap" är ett begrepp som ännu saknar definiering. Att mäta andel kan vara problematiskt eftersom kommunerna inte registrerar diagnoser, antal med denna insats och prevalens kan vara en möjlighet.

Bemötande

Info; Delaktighet	Hur nöjd ... info om förändringar och vilken hjälp (hemtjänst)	Brukarundersökningen		x	Svårt tolka frågor som ställs kring nöjdhet, med annan formulering och högre svarsfrekvens kan denna fråga användas som indikator.. Exempel: "Blir du informerad?"; "Kan du påverka ...?"
Bemötande	Hur nöjd ... bemöter och respekt (hemtjänst)	Brukarundersökningen		x	När frågan ställs om man bemöts med respekt och svarsfrekvensen blir tillräcklig kan denna fråga användas som indikator. "Blir du bemött med respekt....?"
Bemötande	Hur nöjd ... dusch, ofta och sättet (hemtjänst)	Brukarundersökningen		x	Adekvat fråga för gruppen de mest sjuka äldre, men alltför låg svarsfrekvens för att ännu kunna användas.
Bemötande	Hur nöjd ... social samvaro och aktiviteter (hemtjänst)	Brukarundersökningen		x	Adekvat fråga för gruppen de mest sjuka äldre, men alltför låg svarsfrekvens för att ännu kunna användas
Bemötande	Hur nöjd ... få den mat du vill ha (hemtjänst)	Brukarundersökningen		x	Indikatorn behandlar ett angeläget område, men har dels svagheten att den kan ha låg täckningsgrad hos de mest sjuka äldre, dels att den inte handlar om maten är bra utan bara om äldre personers nöjdhet.
Nöjd?	Hur nöjd ... hemtjänsten som helhet	Brukarundersökningen		x	Mått på generell nöjdhet slätar över mycket som de äldre egentligen inte är nöjda med. Då är alla nöjda har det visat sig i några studier. Frågar man mer specifikt efter olika moment verkar de äldre inte vara lika nöjda.

³ Med "specialiserade på att arbeta med personer med demenssjukdom" avses att hemtjänstpersonalen har en fördjupad kunskap om olika demenssjukdomar och hur de påverkar en persons aktivitetsförmåga. Arbetet skall vara organiserat på så sätt att mycket hög personalkontinuitet uppnås hos pensionären och möjliggöra personcentrerat arbete i nära samverkan med övriga vårdgivare.

Trygghet, livskvalitet

	Indikator	Källa	indiv	grup pnivå	Kommentarer/motivering
Livs-kvalitet	Självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande	Nationella folkhälsoenkäten		x	Ingen indikator på vårdkvalitet, de mest sjuka äldre kan inte urskiljas, ej rikstäckning
Livs-kvalitet	Var någon närvarande i dödsögonblicket? (alternativ: närstående, närstående och personal, personal, nej, vet ej)	Svenska palliativregistret	x		Viktig men smal indikator, ännu för låg täckningsgrad.
Livs-kvalitet	Fråga individen om smärta med t.ex. frågor anpassade från EQ-5D. För personer med demenssjukdom/som inte kan frågas direkt kan t.ex. Abbey pain scale (personal observerar) användas.	Saknas	x		Indikatorn säger inget om något gjorts för att lindra smärtan. En kombination av registrering i ett kvalitetsregister (se bilaga 2) och fråga i brukarundersökningen om man har smärta och om man anser att man fått (tillräcklig) smärtlindring kan vara ett framtida utvecklingsområde.

Särskilt boende

U	Beviljat särskilt boende	SoS officiella verksamhetsstatistik	x		Det saknas kunskap om hög andel i särskilt boende är bra, eller om det tvärtom är ett tecken på dåligt utbyggt stöd i hemmet. Det kan också finnas olika förutsättningar mellan olika kommuntyper vad gäller möjligheten att erbjuda alternativ till särskilt boende. Det skiljer med faktor tre mellan kommunen med lägst andel platser per 80 + och kommunen med högst.
T	Väntetid till SÄBO – antal dagar	KOLADA		x	Mäter inte i förhållande till behov utan till biståndsbeslut
T	Väntetid till SÄBO	Jämförelseprojektet (SKL)		x	Är beroende av hur biståndsbedömning sker, utbud av platser och mix av hemtjänst och särskilt boende – väntetider är alltid fel men väntetid kan vara osäkert mått eftersom det inte enbart återspeglar i otillgodosedd efterfrågan.
vård	Uppmärksamhet på inkontinens och hur den enskilde kan få adekvat hjälp	Förslag finns till kommun- och enhetsundersökningen		x	Förslag har utarbetats för indikatorer för en god inkontinensvård. Inkontinens är ett vanligt problem, främst för personer i särskilt boende. Indikatorn kan användas givet att den inkluderas i Äldreguidens frågor.

Bilaga 4 Indikatorerna per kommun

Del 1 (sidorna 88-95) Andel (%) av de mest sjuka äldre i respektive kommun; källor patientregistret (kolumn 1, 5 och 6) och läkemedelsregistret (kolumn 2-4); år 2010

Kommun	Undvik- bar sluten vård	Olämpliga läkemedel	Läkeme- delskom- binationer	Tre eller fler psykofar- maka	Avlidna/ återin- skrivna efter hjärt- svikt	Avlidna/ återin- skrivna efter stroke
ALE	11	20	4	12	22	48
ALINGSÅS	9	19	4	10	24	43
ALVESTA	10	12	3	13	23	73
ANEBY	7	16	1	5		
ARBOGA	10	17	4	9	25	50
ARJEPLOG	10	18	4	5		
ARVIDSJAUR	9	18	2	6		33
ARVIKA	10	18	5	9	25	29
ASKERSUND	8	18	5	8		37
AVESTA	10	22	4	12	21	56
BENGTSFORS	10	22	5	11	23	60
BERG	9	18	3	9		
BJURHOLM	9	18	3	10		
BJUV	8	18	4	7	23	61
BODEN	11	20	4	6	21	50
BOLLEBYGD	12	14	4	9	29	
BOLLNÄS	10	16	2	8	14	35
BORGHOLM	10	18	2	10	12	33
BORLÄNGE	12	17	2	8	14	38
BORÅS	10	18	4	9	23	47
BOTKYRKA	12	17	5	8	32	39
BOXHOLM	4	15	4	12		
BROMÖLLA	11	14	4	11	31	33
BRÄCKE	8	15	2	10		
BURLÖV	10	19	4	9	23	30
BÅSTAD	10	14	5	7	35	33
DALS-ED	10	18	4	6		
DANDERYD	8	11	4	5	31	43
DEGERFORS	11	19	4	9	22	47
DOROTEA	8	16	3	8		
EDA	12	17	4	11	25	
EKERÖ	9	14	4	8		43
EKSJÖ	9	16	2	9	13	35
EMMABODA	7	18	5	8	30	36
ENKÖPING	14	15	3	9	22	39

Kommun	Undvik- bar sluten vård	Olämpliga läkemedel	Läkeme- delskom- binationer	Tre eller fler psykofar- maka	Avlidna/ återin- skrivna efter hjärt- svikt	Avlidna/ återin- skrivna efter stroke
ESKILSTUNA	10	13	2	8	17	40
ESLÖV	11	15	5	8	35	47
ESSUNGA	9	20	4	12		
FAGERSTA	9	22	2	12	9	46
FALKENBERG	9	15	4	10	23	53
FALKÖPING	11	17	3	12	20	
FALUN	11	15	3	9	17	51
FILIPSTAD	9	16	4	9	22	29
FINSPÅNG	9	11	4	8	37	22
FLEN	12	13	2	9	15	35
FORSHAGA	9	16	4	9	27	
FÄRGELANDA	14	15	5	9		
GAGNEF	8	17	4	9	24	50
GISLAVED	6	26	5	8	19	33
GNESTA	7	16	2	8	9	47
GNOSJÖ	6	19	3	7		64
GOTLAND	10	16	4	6	26	38
GRUMS	13	14	4	11	28	33
GRÄSTORP	12	16	3	9		
GULLSPÅNG	9	20	4	10		39
GÄLLIVARE	9	18	2	4	13	41
GÄVLE	8	14	4	9	25	44
GÖTEBORG	9	20	4	15	20	
GÖTENE	12	16	4	10		
HABO	10	19	3	17		19
HAGFORS	11	16	3	10	16	30
HALLSBERG	7	19	4	10	23	33
HALLSTAHAMMAR	10	15	3	8	22	44
HALMSTAD	9	18	4	11	21	27
HAMMARÖ	7	13	4	12	27	41
HANINGE	10	16	4	8	26	39
HAPARANDA	10	14	3	6	21	33
HEBY	13	16	3	10	16	35
HEDEMORA	11	16	3	6	16	51
HELSINGBORG	9	17	4	11	21	47
HERRLJUNGA	12	19	3	9	15	
HJO	12	21	4	11		
HOFORS	11	14	3	9	24	33
HUDDINGE	10	12	3	9	26	53
HUDIKSVALL	10	15	3	8	17	42

Kommun	Undvik- bar sluten vård	Olämpliga läkemedel	Läkeme- delskom- binationer	Tre eller fler psykofar- maka	Avlidna/ återin- skrivna efter hjärt- svikt	Avlidna/ återin- skrivna efter stroke
HULTSFRED	11	19	5	8	28	
HYLTE	11	15	4	13	26	64
HÅBO	14	13	5	10	37	40
HÄLLEFORS	6	20	6	6		
HÄRJEDALEN	4	14	2	7		36
HÄRNÖSAND	8	16	3	7	16	39
HÄRRYDA	10	19	3	12	19	25
HÄSSLEHOLM	10	16	5	10	31	30
HÖGANÄS	9	15	3	8	18	
HÖGSBY	8	21	2	9		
HÖRBY	11	16	6	7	35	45
HÖÖR	10	18	5	9	28	
JOKKMOKK	9	13	3	2		42
JÄRFÄLLA	10	16	5	9	31	35
JÖNKÖPING	8	19	3	14	13	29
KALIX	11	12	4	4	31	56
KALMAR	10	14	2	8	17	
KARLSBORG	10	17	4	8		46
KARLSHAMN	11	22	4	12	18	47
KARLSKOGA	11	16	3	7	20	44
KARLSKRONA	9	21	3	12	15	46
KARLSTAD	10	14	3	11	23	52
KATRINEHOLM	11	16	3	11	20	20
KIL	11	14	4	10	27	
KINDA	8	16	3	10	18	28
KIRUNA	11	17	4	5	23	36
KLIPPAN	10	19	3	9	18	
KNIVSTA	9	18	3	10		44
KRAMFORS	8	22	4	9	18	40
KRISTIANSTAD	9	15	4	11	25	50
KRISTINEHAMN	12	16	4	9	28	43
KROKOM	7	14	3	7		38
KUMLA	10	19	3	7	17	35
KUNGSBACKA	8	14	4	10	29	40
KUNGSÖR	6	16	2	9		55
KUNGÄLV	8	19	3	13	16	55
KÄVlinge	11	16	5	7	33	21
KÖPING	11	18	3	10	17	56
LAHOLM	9	16	5	8	29	52
LANDSKRONA	12	18	3	9	19	

Kommun	Undvik- bar sluten vård	Olämpliga läkemedel	Läkeme- delskom- binationer	Tre eller fler psykofar- maka	Avlidna/ återin- skrivna efter hjärt- svikt	Avlidna/ återin- skrivna efter stroke
LAXÅ	8	17	4	10		30
LEKEBERG	13	19	6	11		42
LEKSAND	9	15	2	8	13	50
LERUM	8	19	5	15	24	
LESSEBO	12	15	4	14	27	44
LIDINGÖ	9	15	4	9	28	19
LIDKÖPING	11	17	3	11	19	
LILLA EDET	9	21	3	15	15	53
LINDESBERG	8	18	4	8	23	36
LINKÖPING	7	17	3	9	18	30
LJUNGBY	9	18	2	11	14	53
LJUSDAL	10	15	3	7	21	53
LJUSNARSBERG	14	13	4	3	34	71
LOMMA	7	13	5	9	41	38
LUDVIKA	10	16	4	8	23	38
LULEÅ	8	18	4	7	20	30
LUND	8	16	4	8	25	64
LYCKSELE	12	16	3	4	21	21
LYSEKIL	8	17	7	15	39	40
MALMÖ	9	19	3	11	15	
MALUNG	8	13	1	9	8	
MALÅ	10	17	6	6		
MARIESTAD	11	15	3	10	21	43
MARK	10	17	4	8	24	
MARKARYD	8	13	2	8	16	
MELLERUD	7	26	5	12		36
MJÖLBÄ	8	18	3	9	16	39
MORA	12	13	3	9	23	45
MOTALA	7	21	3	11	15	
MULLSJÖ	14	19	2	8		
MUNKEDAL	8	19	4	11	23	
MUNKFORS	10	21	4	9		44
MÖLNDAL	9	16	3	13	18	50
MÖNSTERÅS	10	18	1	9	6	21
MÖRBYLÅNGA	10	12	4	7	35	38
NACKA	8	15	4	9	24	
NORA	10	19	2	11	13	
NORBERG	9	15	5	8		
NORDANSTIG	11	19	5	10	26	50
NORDMALING	10	23	4	8	19	42

Kommun	Undvik- bar sluten vård	Olämpliga läkemedel	Läkeme- delskom- binationer	Tre eller fler psykofar- maka	Avlidna/ återin- skrivna efter hjärt- svikt	Avlidna/ återin- skrivna efter stroke
NORRKÖPING	9	17	5	8	30	44
NORRTÄLJE	10	15	3	8	17	62
NORSJÖ	11	15	3	9		50
NYBRO	11	15	4	8	27	
NYKVARN	7	10	4	8		35
NYKÖPING	8	14	4	8	27	40
NYNÄSHAMN	10	18	2	9	13	48
NÄSSJÖ	9	21	2	9	10	
OCKELBO	11	16	2	8		29
OLOFSTRÖM	11	23	4	9	18	
ORSA	12	20	5	10	27	35
ORUST	10	17	4	12	23	20
OSBY	8	15	4	9	29	44
OSKARSHAMN	11	17	2	9	10	28
OVANÅKER	9	12	4	9	36	
OXELÖSUND	7	15	5	7	34	
PAJALA	9	15	4	7		42
PARTILLE	11	20	4	13	18	30
PERSTORP	6	15	4	11		32
PITEÅ	10	20	3	9	17	
RAGUNDA	12	20	4	8		
ROBERTSFORS	7	17	4	11	24	39
RONNEBY	9	19	2	9	11	
RÄTTVIK	10	17	5	7	32	52
SALA	10	16	3	10	21	
SALEM	6	16	2	12	13	22
SANDVIKEN	8	13	5	6	40	41
SIGTUNA	13	16	4	7	26	40
SIMRISHAMN	11	16	2	7	12	39
SJÖBO	12	16	4	6	22	
SKARA	10	17	3	9		47
SKELLEFTEÅ	9	14	3	10	18	
SKINNSKATTEBERG	6	19	4	8	19	39
SKURUP	11	16	4	10	25	58
SKÖVDE	11	16	2	8	13	20
SMEDJEBACKEN	13	16	4	5	27	45
SOLLEFTEÅ	11	21	5	6	24	44
SOLLENTUNA	9	16	4	8	26	48
SOLNA	10	15	5	9	33	
SORSELE	11	13	2	4		31

Kommun	Undvik- bar sluten vård	Olämpliga läkemedel	Läkeme- delskom- binationer	Tre eller fler psykofar- maka	Avlidna/ återin- skrivna efter hjärt- svikt	Avlidna/ återin- skrivna efter stroke
SOTENÄS	10	12	3	11		27
STAFFANSTORP	10	14	4	7	29	29
STENUNGSUND	10	18	4	10	21	40
STOCKHOLM	9	15	3	8	21	
STORFORS	13	17	4	7		
STORUMAN	5	20	2	8		25
STRÄNGNÄS	8	10	4	7	36	
STRÖMSTAD	6	12	4	12	31	27
STRÖMSUND	8	18	4	9		59
SUNDBYBERG	10	17	3	9	17	45
SUNDSVALL	9	17	3	8	15	55
SUNNE	11	15	4	8	28	43
SURAHAMMAR	12	17	3	9	19	40
SVALÖV	13	10	4	3	37	
SVEDALA	9	15	4	8	23	
SVENLJUNGA	12	15	4	8	27	69
SÄFFLE	9	14	3	10	21	31
SÄTER	8	21	3	12	12	39
SÄVSJÖ	11	17	3	8	15	18
SÖDERHAMN	9	12	4	8	30	25
SÖDERKÖPING	6	15	3	9	18	51
SÖDERTÄLJE	9	15	4	9	30	42
SÖLVESBORG	11	22	3	10	15	50
TANUM	8	14	3	11	22	
TIBRO	14	14	3	6		
TIDAHOLM	13	18	5	12		50
TIERP	10	17	4	11	24	44
TIMRÅ	8	20	5	8	24	50
TINGSRYD	9	16	6	10	37	
TJÖRN	8	21	2	15	7	33
TOMELILLA	9	15	3	10	17	50
TORSBY	10	17	3	9	21	36
TORSÅS	10	14	5	10	35	
TRANEMO	8	19	3	13	14	24
TRANÅS	6	22	2	13	7	43
TRELLEBORG	12	17	6	8	33	32
TROLLHÄTTAN	9	19	5	15	26	50
TROSA	7	16	3	9	17	16
TYRESÖ	9	13	5	6	38	31
TÅBY	10	15	3	8	17	

Kommun	Undvik- bar sluten vård	Olämpliga läkemedel	Läkeme- delskom- binationer	Tre eller fler psykofarmaka	Avlidna/ återin- skrivna efter hjärt- svikt	Avlidna/ återin- skrivna efter stroke
TÖREBODA	15	18	4	9		59
UDDEVALLA	10	19	2	13	12	38
ULRICEHAMN	10	18	4	10	20	41
UMEÅ	9	19	4	11	21	40
UPPLANDS-BRO	11	15	3	8	22	60
UPPLANDS-VÄSBY	11	15	3	8	21	37
UPPSALA	10	17	3	11	20	
UPPVIDINGE	16	14	3	10	23	
VADSTENA	5	18	4	12		36
VAGGERYD	10	23	3	8	12	
VALDEMARSVIK	9	16	4	9	24	44
VALLENTUNA	12	13	3	5	27	55
VANSBRO	11	22	3	11		
VARA	10	15	4	10		42
VARBERG	10	14	4	9	26	
VAXHOLM	9	9	4	4		45
VELLINGE	9	18	3	12	15	39
VETLANDA	9	17	3	9	18	50
VILHELMINA	7	15	4	6		20
VIMMERBY	9	15	2	9	13	50
VINDELN	10	17	3	7	18	
VINGÅKER	12	17	5	8	31	50
VÄRGÅRDA	11	19	3	10		49
VÄNERSBORG	9	19	5	13	24	
VÄNNÄS	11	22	3	8	15	46
VÄRMDÖ	9	12	4	8	33	31
VÄRNAMO	9	26	6	10	24	51
VÄSTERVIK	11	17	2	8	12	38
VÄSTERÅS	9	16	5	10	28	47
VÄXJÖ	10	14	4	13	31	
YDRE	8	23	4	10	18	40
YSTAD	10	16	3	9	20	40
ÅMÅL	8	16	3	11		46
ÅNGE	8	20	4	10	20	
ÅRE	5	14	3	5		47
ÅRJÄNG	10	21	2	12	12	
ÅSELE	6	20	3	13		
ÅSTORP	11	16	4	9	28	
ÅTVIDABERG	6	16	5	7	33	17
ÄLMHULT	7	19	4	14	19	

Kommun	Undvik- bar slut- envård	Olämpliga läkemedel	Läkeme- delskom- binationer	Tre eller fler psykofar- maka	Avlidna/ återin- skrivna efter hjärt- svikt	Avlidna/ återin- skrivna efter stroke
ÄLVDALEN	7	12	4	8	29	62
ÄLVKARLEBY	5	20	4	10	20	
ÄLVSBY	10	19	3	7	18	50
ÄNGELHOLM	11	17	7	8	40	47
ÖCKERÖ	9	25	3	15	11	
ÖDESHÖG	9	20	1	6		46
ÖREBRO	9	16	6	9	37	
ÖRKELLJUNGA	11	14	3	4		35
ÖRNSKÖLDSVIK	8	19	4	9	21	46
ÖSTERSUND	8	16	2	9	13	39
ÖSTERÅKER	12	15	5	9	31	41
ÖSTHAMMAR	11	15	3	8	20	20
ÖSTRA GÖINGE	9	13	3	8	23	
ÖVERKALIX	13	15	3	5		
ÖVERTORNEÅ	7	16	2	8		48

Del 2; sidorna 96-103: andel av de som svarat i särskilt boende (den äldre själv eller annan, vanligen anhörig); källa: Socialstyrelsens brukarundersökning 2011.

Kommun	Hänsyn till åsikter och önskemål	Trygghet i särskilt boende	Göra sådant man trivs med	Pratstund med personalen	Nöjd med hur maten smakar	Hjälp med munhygien
ALE	48	74	42	43	38	53
ALINGSÅS	49	82	37	41	41	49
ALVESTA	53	85	51	52	66	58
ANEBY	67	89	57	71	67	67
ARBOGA	40	75	49	41	44	49
ARJEPLOG	71	85	76	65	80	45
ARVIDSJÄUR	52	74	19	39	25	48
ARVIKA	47	77	48	54	60	59
ASKERSUND	27	57	16	14	36	24
AVESTA	38	66	31	34	39	50
BENGTSFORS	46	83	43	51	56	54
BERG	42	65	28	30	53	45
BJURHOLM	37	64	50	37	55	63
BJUV	71	81	54	55	65	58
BODEN	38	72	26	30	40	40
BOLLEBYGD	22	80	42	36	75	31
BOLLNÄS	46	78	32	43	49	45
BORGHOLM	45	72	15	39	35	64
BORLÄNGE	47	73	35	50	45	44
BORÅS	50	82	47	47	48	51
BOTKYRKA	40	68	36	36	37	40
BOXHOLM	68	82	65	65	75	62
BROMÖLLA	44	69	25	41	47	53
BRÄCKE	63	78	36	46	50	70
BURLÖV	38	74	40	36	40	43
BÅSTAD	58	73	50	54	47	53
DALS-ED	63	88	25	38	38	63
DANDERYD	44	69	43	46	53	46
DEGERFORS	63	86	39	56	63	56
DOROTEA	35	68	38	36	62	50
EDA	63	73	25	22	50	57
EKERÖ	50	73	34	33	48	43
EKSJÖ	55	83	48	60	75	63
EMMABODA	64	90	67	50	81	63
ENKÖPING	60	86	51	55	62	52
ESKILSTUNA	53	80	47	46	52	47
ESLÖV	56	81	46	49	55	52

Kommun	Hänsyn till åsikter och önskemål	Trygghet i särskilt boende	Göra sådant man trivs med	Pratstund med personalen	Nöjd med hur maten smakar	Hjälp med munhygien
ESSUNGA	40	69	35	40	56	44
FAGERSTA	59	72	50	46	36	55
FALKENBERG	52	80	47	46	63	48
FALKÖPING	48	78	45	49	50	60
FALUN	47	76	39	44	48	51
FILIPSTAD	53	73	33	35	54	49
FINSPÅNG	53	66	44	42	54	58
FLEN	53	79	54	42	45	48
FORSHAGA	51	84	47	33	51	48
FÄRGELANDA	64	73	38	36	42	36
GAGNEF	44	67	42	57	36	55
GISLAVED	66	84	67	59	63	73
GNESTA	60	81	50	48	56	52
GNOSJÖ	56	79	55	50	61	63
GOTLAND	50	82	40	56	66	58
GRUMS	44	75	35	46	67	54
GRÄSTORP	59	78	29	42	69	45
GULLSPÅNG	60	90	68	61	67	70
GÄLLIVARE	58	83	43	51	53	66
GÄVLE	53	77	45	51	50	54
GÖTEBORG	45	70	37	39	48	44
GÖTENE	64	88	59	63	76	62
HABO	64	78	46	47	56	55
HAGFORS	51	82	40	42	53	57
HALLSBERG	43	73	42	44	60	49
HALLSTAHAMMAR	53	81	38	36	46	39
HALMSTAD	53	80	49	52	56	50
HAMMARÖ	44	73	38	39	42	45
HANINGE	52	71	30	38	45	44
HAPARANDA	49	87	47	39	71	61
HEBY	56	74	48	52	56	59
HEDEMORA	49	75	42	43	49	49
HELSINGBORG	46	71	42	40	44	49
HERRLJUNGA	42	69	33	38	47	55
HJO	43	65	22	39	42	44
HOFORS	44	76	46	48	55	48
HUDDINGE	44	72	46	37	50	39
HUDIKSVALL	55	78	40	50	59	54
HULTSFRED	47	72	42	44	57	51
HYLTE	48	78	48	48	57	70

Kommun	Hänsyn till åsikter och önskemål	Trygghet i särskilt boende	Göra sådant man trivs med	Pratstund med personalen	Nöjd med hur maten smakar	Hjälp med munhygien
HÅBO	57	65	48	50	44	38
HÄLLEFORS	46	78	56	39	46	47
HÄRJEDALEN	37	75	33	30	58	51
HÄRNÖSAND	48	77	37	39	46	40
HÄRRYDA	43	70	34	42	51	41
HÄSSLEHOLM	51	79	37	41	53	47
HÖGANÄS	62	79	54	45	56	49
HÖGSBY	43	72	23	31	62	57
HÖRBY	43	70	31	40	49	52
HÖÖR	50	78	39	44	53	41
JOKKMOKK	58	76	31	47	44	44
JÄRFÄLLA	44	72	43	35	36	47
JÖNKÖPING	52	82	47	50	55	44
KALIX	47	70	25	37	40	52
KALMAR	53	75	40	44	53	48
KARLSBORG	44	81	38	36	54	58
KARLSHAMN	59	83	49	55	56	57
KARLSKOGA	40	66	38	39	41	39
KARLSKRONA	55	77	43	54	53	51
KARLSTAD	40	74	36	35	48	51
KATRINEHOLM	52	82	56	52	51	54
KIL	46	75	48	47	68	57
KINDA	48	80	32	55	41	66
KIRUNA	37	72	21	35	35	41
KLIPPAN	59	81	59	61	63	71
KNIVSTA	48	68	22	29	57	29
KRAMFORS	34	74	32	30	33	41
KRISTIANSTAD	56	79	50	54	48	58
KRISTINEHAMN	42	72	34	33	49	42
KROKOM	49	77	17	27	56	34
KUMLA	48	62	13	14	56	32
KUNGSBACKA	51	80	47	48	50	45
KUNGSÖR	54	84	32	34	44	56
KUNGÄLV	65	85	64	62	51	56
KÄVLINGE	68	84	61	60	57	55
KÖPING	48	74	35	41	51	51
LAHOLM	47	73	52	42	55	53
LANDSKRONA	52	73	42	46	53	47
LAXÅ	67	85	38	53	70	60
LEKEBERG	86	86	67	65	64	63

Kommun	Hänsyn till åsikter och önskemål	Trygghet i särskilt boende	Göra sådant man trivs med	Prattstund med personalen	Nöjd med hur maten smakar	Hjälp med munhygien
LEKSAND	43	76	19	33	34	47
LERUM	49	77	43	43	55	48
LESSEBO	67	79	47	51	64	73
LIDINGÖ	47	64	38	33	32	31
LIDKÖPING	63	83	49	55	55	58
LILLA EDET	58	70	48	29	67	53
LINDESBERG	60	79	50	43	51	53
LINKÖPING	52	73	54	47	53	53
LJUNGBY	56	76	48	45	54	56
LJUSDAL	51	75	38	44	56	51
LJUSNARSBERG	50	74	56	51	43	48
LOMMA	49	76	41	45	50	42
LUDVIKA	56	72	37	37	40	46
LULEÅ	46	68	33	38	36	47
LUND	50	74	43	51	55	49
LYCKSELE	54	75	27	41	32	58
LYSEKIL	36	64	34	35	45	47
MALMÖ	47	72	41	43	45	49
MALUNG	71	80	56	61	60	76
MALÅ	72	82	22	43	55	47
MARIESTAD	60	81	35	34	58	54
MARK	63	82	55	49	57	66
MARKARYD	51	70	35	34	51	46
MELLERUD	31	75	21	17	57	46
MJÖLBY	53	83	53	46	54	53
MORA	56	77	42	53	56	60
MOTALA	56	81	43	42	46	53
MULLSJÖ	87	95	50	65	53	69
MUNKEDAL	53	78	42	53	58	56
MUNKFORS	53	70	29	50	60	47
MÖLNDAL	49	72	38	38	45	42
MÖNSTERÅS	64	84	50	41	45	57
MÖRBYLÅNGA	57	78	51	44	54	65
NACKA	57	76	42	50	55	50
NORA	55	86	55	47	41	72
NORBERG	57	73	28	33	42	43
NORDANSTIG	36	68	33	31	39	50
NORDMALING	50	73	35	53	64	50
NORRKÖPING	54	80	42	44	51	53
NORRTÄLJE	62	75	47	56	58	57

Kommun	Hänsyn till åsikter och önskemål	Trygghet i särskilt boende	Göra sådant man trivs med	Pratstund med personalen	Nöjd med hur maten smakar	Hjälp med munhygien
NORSJÖ	62	84	50	52	68	41
NYBRO	41	76	37	33	47	49
NYKVARN	50	83	0	40	71	60
NYKÖPING	46	76	30	38	40	50
NYNÄSHAMN	59	78	57	56	45	51
NÄSSJÖ	54	79	45	51	43	62
OCKELBO	55	77	33	29	48	55
OLOFSTRÖM	75	79	43	45	50	56
ORSA	57	78	45	41	47	60
ORUST	42	71	33	42	52	50
OSBY	50	81	45	52	60	61
OSKARSHAMN	62	83	46	51	59	61
OVANÅKER	47	81	38	47	40	59
OXELÖSUND	26	54	24	25	41	28
PAJALA	66	85	41	54	68	59
PARTILLE	51	67	40	42	38	40
PERSTORP	39	72	25	38	26	50
PITEÅ	46	72	34	37	34	48
RAGUNDA	32	62	28	26	41	30
ROBERTSFORS	66	81	41	50	40	62
RONNEBY	49	79	42	45	48	47
RÄTTVIK	41	73	28	28	38	46
SALA	43	65	41	39	41	38
SALEM	53	67	48	28	50	42
SANDVIKEN	47	69	36	40	51	44
SIGTUNA	41	70	32	34	33	38
SIMRISHAMN	65	79	53	52	65	67
SJÖBO	61	73	60	50	61	58
SKARA	58	77	48	49	39	50
SKELLEFTEÅ	54	79	32	44	49	47
SKINNSKATTEBERG	62	79	36	38	47	73
SKURUP	52	85	48	55	55	54
SKÖVDE	55	79	47	33	52	48
SMEDJEBACKEN	45	74	43	42	52	70
SOLLEFTEÅ	43	80	37	32	43	56
SOLLENTUNA	41	68	31	34	44	40
SOLNA	52	75	45	42	49	46
SORSELE	60	82	60	57	33	62
SOTENÄS	63	91	59	57	72	58
STAFFANSTORP	35	67	38	29	57	37

Kommun	Hänsyn till åsikter och önskemål	Trygghet i särskilt boende	Göra sådant man trivs med	Prattstund med personalen	Nöjd med hur maten smakar	Hjälp med munhygien
STENUNGSUND	51	80	40	43	53	41
STOCKHOLM	42	65	41	40	40	43
STORFORS	67	83	25	50	71	43
STORUMAN	58	71	48	52	39	63
STRÅNGNÄS	52	77	51	43	37	57
STRÖMSTAD	43	72	43	50	46	47
STRÖMSUND	44	78	24	36	55	69
SUNDBYBERG	33	57	25	34	35	40
SUNDSVALL	53	82	43	45	53	52
SUNNE	45	76	49	57	65	59
SURAHAMMAR	48	73	40	27	44	43
SVALÖV	64	75	34	47	67	52
SVEDALA	44	75	38	30	50	44
SVENLJUNGA	70	88	68	73	69	71
SÄFFLE	59	77	49	44	59	64
SÄTER	46	68	35	23	35	62
SÄVSJÖ	66	85	45	48	57	56
SÖDERHAMN	52	77	46	50	50	56
SÖDERKÖPING	65	87	54	49	65	59
SÖDERTÄLJE	41	62	34	35	45	44
SÖLVESBORG	49	75	51	49	55	49
TANUM	64	81	56	53	54	66
TIBRO	55	77	51	53	45	59
TIDAHOLM	42	77	36	43	46	42
TIERP	51	86	37	47	47	51
TIMRÅ	45	76	33	28	39	40
TINGSRYD	69	82	57	56	69	61
TJÖRN	54	85	44	42	38	51
TOMELILLA	63	83	51	58	51	52
TORSBY	50	77	40	50	66	59
TORSÅS	45	67	37	36	48	60
TRANEMO	70	91	71	64	68	77
TRANÅS	50	80	48	53	61	53
TRELLEBORG	48	74	41	48	50	53
TROLLHÄTTAN	48	71	42	39	51	41
TROSA	50	83	48	38	39	44
TYRESÖ	44	72	44	44	49	41
TÄBY	43	71	26	42	48	41
TÖREBODA	46	78	30	42	62	61
UDDEVALLA	54	69	46	47	46	49

Kommun	Hänsyn till åsikter och önskemål	Trygghet i särskilt boende	Göra sådant man trivs med	Pratstund med personalen	Nöjd med hur maten smakar	Hjälp med munhygien
ULRICEHAMN	57	84	52	50	61	53
UMEÅ	48	77	44	44	47	48
UPPLANDS-BRO	56	73	46	49	50	43
UPPLANDS-VÄSBY	45	65	37	28	45	53
UPPSALA	45	70	34	42	46	41
UPPVIDINGE	55	81	42	44	63	40
VADSTENA	67	76	48	62	58	85
VAGGERYD	46	82	39	30	32	44
VALDEMARSVIK	65	88	36	60	40	53
VALLENTUNA	54	65	36	40	42	58
VANSBRO	50	74	42	54	52	69
VARA	46	80	32	26	49	44
VARBERG	48	76	42	39	61	47
VAXHOLM	43	52	25	19	15	29
VELLINGE	48	79	45	53	54	51
VETLANDA	55	77	51	49	56	52
VILHELMINA	69	88	51	59	50	51
VIMMERBY	73	81	41	45	45	43
VINDELN	41	81	21	35	49	52
VINGÅKER	54	76	28	39	42	52
VÅRGÅRDA	48	87	50	41	68	50
VÄNERSBORG	49	76	41	36	58	51
VÄNNÄS	46	76	16	37	24	50
VÄRMDÖ	38	64	37	40	40	56
VÄRNAMO	47	78	42	45	48	60
VÄSTERVIK	50	82	47	53	44	48
VÄSTERÅS	44	78	43	40	45	53
VÄXJÖ	49	74	44	38	51	47
YDRE	33	86	41	35	61	45
YSTAD	52	83	52	55	59	60
ÅMÅL	74	89	50	56	42	46
ÅNGE	53	72	53	45	68	57
ÅRE	44	78	42	49	45	49
ÄRJÄNG	53	83	48	36	46	43
ÅSELE	48	82	42	36	42	58
ÅSTORP	39	60	43	36	44	44
ÅTVIDABERG	43	76	31	32	37	49
ÄLMHULT	47	82	48	50	46	58
ÄLVDALEN	47	90	50	46	56	64
ÄLVKARLEBY	58	74	24	31	39	50

Kommun	Hänsyn till åsikter och önskemål	Trygghet i särskilt boende	Göra sådant man trivs med	Pratstund med personalen	Nöjd med hur maten smakar	Hjälp med munhygien
ÄLVSBYN	31	63	13	35	45	44
ÄNGELHOLM	53	83	50	46	58	52
ÖCKERÖ	57	91	38	50	52	55
ÖDESHÖG	64	88	59	38	58	68
ÖREBRO	43	73	31	42	48	49
ÖRKELLJUNGA	41	78	13	35	48	60
ÖRNSKÖLDSVIK	43	71	46	39	44	51
ÖSTERSUND	41	64	28	35	44	45
ÖSTERÅKER	47	62	27	29	34	39
ÖSTHAMMAR	49	62	28	41	43	42
ÖSTRA GÖINGE	41	73	35	34	46	52
ÖVERKALIX	47	53	57	41	44	50
ÖVERTORNEÅ	30	55	19	19	47	50

Del 3; sidorna 104-111: kolumn 1 och 5 andel av mest sjuka äldre i respektive kommun, källa patientregistret resp. palliativregistret 2010; kolumn 2-4 och 6-7 andel enligt Kommun- och enhetsundersökningen 2011

Kommun	Sluten-vård pga. fall-skada	Riskbe-dömning fall	Riskbe-dömning trycksår	Riskbe-dömning under-näring	Smärt-skattning sista levnads- veckan	Vård- och omsorgsut- bildning gymnasie- nivå	Bor i säbo anpassat demens max 10 boende
ALE	8	27	27	26	2	82	24
ALINGSÅS	8	6	7	8	3	64	25
ALVESTA	7	11	0	16	0	65	9
ANEBY	7	100	100	100	0	74	0
ARBOGA	4	46	40	40		83	33
ARJEPLOG	8	98	98	98		83	17
ARVIDSJAUR	6	72	55	91	0	81	0
ARVIKA	7	38	26	23	9	79	5
ASKERSUND	6	23	1	1	0	70	13
AVESTA	6	5	5	5	0	94	9
BENGTSFORS	6	66	66	66		73	29
BERG	9	68	59	60	8	67	3
BJURHOLM	5	65	65	65		93	14
BJUV	5	80	82	88	15	92	24
BODEN	6	54	40	42	0	71	23
BOLLEBYGD	6	77	9	27		78	34
BOLLNÄS	5	80	80	80	7	94	28
BORGHOLM	8	13	5	10	13	67	23
BORLÄNGE	8	77	72	71	1	74	13
BORÅS	6	28	15	23	0	88	26
BOTKYRKA	6	25	36	50	5	66	12
BOXHOLM	8	0	0	0		73	25
BROMÖLLA	7	57	47	42	0	78	8
BRÄCKE	5	29	9	9		79	10
BURLÖV	5	31	23	5		85	26
BÅSTAD	5	25	2	75		86	14
DALS-ED	4	100	100	100		51	0
DANDERYD	6	100	98	99		70	17
DEGERFORS	6	62	40	63	0	87	33
DOROTEA	6	56	56	36		94	17
EDA	9	0	0	0		91	17
EKERÖ	3	75	69	73		73	18
EKSJÖ	8	79	79	79	3	85	12
EMMABODA	7	30	23	16	3	100	5
ENKÖPING	6	60	50	22	21	70	4
ESKILSTUNA	7	65	61	70	4	86	13
ESLÖV	4	47	44	67		94	7

Kommun	Sluten- vård pga. fall- skada	Riskbe- dömning fall	Riskbe- dömning trycksår	Riskbe- dömning under- näring	Smärt- skattning sista levnads- veckan	Vård- och omsorgsut- bildning gymnasie- nivå	Bor i säbo anpassat demens max 10 boende
ESSUNGA	6	34	27	18		92	33
FAGERSTA	6	42	33	59	3	79	13
FALKENBERG	7	85	26	48		95	15
FALKÖPING	7	3	10	5	0	82	8
FALUN	7	25	4	17	1	67	24
FILIPSTAD	5	0	0	1	0	71	12
FINSPÅNG	7	78	99	99	0	81	18
FLEN	6	96	70	79	0	74	5
FORSHAGA	4	13	0	5	0	96	18
FÄRGELANDA	4	49	7	45		93	47
GAGNEF	8	98	98	98	0	66	23
GISLAVED	5	70	51	63		90	15
GNESTA	5	52	23			66	18
GNOSJÖ	4	99	99	99		75	0
GOTLAND	8	74	77	82	2	78	19
GRUMS	6	52	90	6		83	31
GRÄSTORP	6	7	10	52		95	0
GULLSPÅNG	6	0	0	0		87	0
GÄLLIVARE	7	42	37	47	24	92	17
GÄVLE	6	80	40	68	1	66	27
GÖTEBORG	7	39	24	42	7	81	2
GÖTENE	5	12	20	4		96	15
HABO	3	50	52	53		85	17
HAGFORS	8	35	6	20	0	88	19
HALLSBERG	7	20	3	41		81	11
HALLSTAHAMMAR	6	37	17			81	15
HALMSTAD	5	67	62	62	14	69	17
HAMMARÖ	7	0	0	65		88	28
HANINGE	6	94	78	80	17	90	25
HAPARANDA	5	67	67			97	0
HEBY	9	47	43			66	25
HEDEMORA	6	91	91	91	0	60	18
HELSINGBORG	7	19	17	19	4	93	0
HERRLJUNGA	6	76	0	0	0	78	0
HJO	6	90	90	94		80	26
HOFORS	6	89	89	90	2	70	6
HUDDINGE	7	86	78	78	4	64	8
HUDIKSVALL	5	75	72	73	4	75	4
HULTSFRED	6	31	25	25	0	66	0
HYLTE	6	82	82	82		77	10

Kommun	Sluten- vård pga. fall- skada	Riskbe- dömning fall	Riskbe- dömning trycksår	Riskbe- dömning under- näring	Smärt- skattning sista levnads- veckan	Vård- och omsorgsut- bildning gymnasie- nivå	Bor i säbo anpassat demens max 10 boende
HÅBO	7	46	35	47		84	15
HÄLLEFORS	4	96	86	86		83	12
HÄRJEDALEN	8	20	22	45		69	15
HÄRNÖSAND	6	99	99	99		61	25
HÄRRYDA	5	52	22	18	0	75	9
HÄSSLEHOLM	6	15	5	19		78	24
HÖGANÄS	7	25	27	28		92	12
HÖGSBY	9	0	0	0		61	12
HÖRBY	5	26	27	43		83	15
HÖÖR	6	30	10	10		82	14
JOKKMOKK	6	100	91	91		58	0
JÄRFÄLLA	6	99	95	97	13	76	19
JÖNKÖPING	7	52	50	66	11	81	19
KALIX	5	48	43	84	0	87	4
KALMAR	6	21	7	8	2	83	21
KARLSBORG	10	0	0	9		74	16
KARLSHAMN	5	100	100	100	10	85	18
KARLSKOGA	6	17	100	75	2	81	25
KARLSKRONA	6	31	24	24	5	71	12
KARLSTAD	6	17	5	17	0	82	14
KATRINEHOLM	6	38	9	37	1	87	15
KIL	7	11	30	21	4	85	18
KINDA	6	93	93	93	0	100	21
KIRUNA	7	34	14	19	0	74	35
KLIPPAN	8	0	32	0		74	10
KNIVSTA	5	40	80	80		79	0
KRAMFORS	6	69	33	59	0	73	2
KRISTIANSTAD	6	74	39	58	7	91	26
KRISTINEHAMN	5	59	23	30	0	96	11
KROKOM	5	80	37	83	10	92	9
KUMLA	7	23	14	74		88	15
KUNGSBACKA	6	82	65	79	0	85	18
KUNGSÖR	8	45	0	12		89	10
KUNGÄLV	7	0	0	0		80	12
KÄVLINGE	5	83	86	82		79	19
KÖPING	7	46	22	40	0	87	21
LAHOLM	6	39	7	38		93	7
LANDSKRONA	7	38	56	80		90	16
LAXÅ	6	65	89	47		81	19
LEKEBERG	3	61	61	61		100	33

Kommun	Sluten- vård pga. fall- skada	Riskbe- dömning fall	Riskbe- dömning trycksår	Riskbe- dömning under- näring	Smärt- skattning sista levnads- veckan	Vård- och omsorgsut- bildning gymnasie- nivå	Bor i säbo anpassat demens max 10 boende
LEKSAND	8	52	47	86	44	86	7
LERUM	6	85	85	85	8	79	26
LESSEBO	8	14	15	15		97	14
LIDINGÖ	6	67	77	77	3	78	28
LIDKÖPING	6	81	51	60	0	93	20
LILLA EDET	5	12	27	21		60	26
LINDESBERG	4	44	45	83		69	10
LINKÖPING	6	36	34	43	3	77	15
LJUNGBY	7	33	24	12	11	73	10
LJUSDAL	6	27	14	31	2	66	10
LJUSNARSBERG	7	45	0	0		82	7
LOMMA	4	74	12	62		84	23
LUDVIKA	8	27	6	14	13	88	13
LULEÅ	6	98	98	98	31	92	5
LUND	6	92	22	38		77	24
LYCKSELE	6	28	5	52	0	61	72
LYSEKIL	7	85	84	77		87	21
MALMÖ	7	59	48	51		86	2
MALUNG	6	21	17	13	5	75	10
MALÅ	5	24	5	7		86	26
MARIESTAD	7	8	16	55	0	92	12
MARK	6	49	44	73		80	18
MARKARYD	8	0	9	13		94	21
MELLERUD	7	76	70	68	50	76	19
MJÖLBY	7	23	44	29	0	78	17
MORA	6	99	99	99	7	86	15
MOTALA	5	80	34	35	15	76	10
MULLSJÖ	6	100	100	86		62	25
MUNKEDAL	5	0	0	100		87	27
MUNKFORS	6	0	0	0		82	9
MÖLNDAL	7	30	16	13	3	81	26
MÖNSTERÅS	6	3	3	2		91	13
MÖRBYLÅNGA	6	37	29	59	6	79	25
NACKA	6	88	81	87	10	78	18
NORA	5	100	0	100	0	83	5
NORBERG	7	0	0	100		38	17
NORDANSTIG	6	74	73	75		78	0
NORDMALING	6	88	88	88		85	19
NORRKÖPING	7	81	71	73	6	74	4
NORRTÄLJE	7	74	66	83	5	84	16

Kommun	Sluten- vård pga. fall- skada	Riskbe- dömning fall	Riskbe- dömning trycksår	Riskbe- dömning under- näring	Smärt- skattning sista levnads- veckan	Vård- och omsorgsut- bildning gymnasie- nivå	Bor i säbo anpassat demens max 10 boende
NORSJÖ	6	100	100	100		80	22
NYBRO	7	51	13	31		71	10
NYKVARN	5	100	0	0		69	21
NYKÖPING	7	60	19	27	14	70	19
NYNÄSHAMN	6	11	12	6		79	13
NÄSSJÖ	8	72	65	67	9	84	17
OCKELBO	7	100	100	100		85	15
OLOFSTRÖM	4	67	14	55		99	13
ORSA	7	52	52	52	6	62	16
ORUST	7	0	0	0		82	17
OSBY	6	100	100	100	14	92	11
OSKARSHAMN	6	13	9	6	1	94	15
OVANÅKER	4	83	83	83	0	90	10
OXELÖSUND	8	65	7	25	9	83	0
PAJALA	6	40	33	61		82	22
PARTILLE	8	74	44	83		66	19
PERSTORP	6	26	31	57		92	22
PITEÅ	6	82	36	57	0	99	16
RAGUNDA	8	28	6	82		55	17
ROBERTSFORS	5	100	100	100	3	100	27
RONNEBY	7	31	0	67	6	93	22
RÄTTVIK	8	85	88	87	0	76	16
SALA	9	30	34	82	0	76	20
SALEM	4	57	53	71		84	28
SANDVIKEN	6	46	25	39	7	78	5
SIGTUNA	6	44	40	40		79	19
SIMRISHAMN	8	40	83	81		83	7
SJÖBO	6	78	99	72		90	12
SKARA	6	13	28	20	6	81	8
SKELLEFTEÅ	8	32	32	32	1	82	21
SKINNSKATTEBERG	3	96	96	96		75	30
SKURUP	8	100	91	4		91	17
SKÖVDE	7	13	13	12	3	92	17
SMEDJEBACKEN	7	23	20	20		79	9
SOLLEFTEÅ	8	64	11	74		71	5
SOLLENTUNA	4	80	80	81	5	72	26
SOLNA	8	94	80	78	79	68	25
SORSELE	7	62	68	64		79	32
SOTENÄS	9	94	94	94	24	86	31
STAFFANSTORP	5	58	18	24		92	17

Kommun	Sluten- vård pga. fall- skada	Riskbe- dömning fall	Riskbe- dömning trycksår	Riskbe- dömning under- näring	Smärt- skattning sista levnads- veckan	Vård- och omsorgsut- bildning gymnasie- nivå	Bor i säbo anpassat demens max 10 boende
STENUNGSUND	6	0	2	69		95	28
STOCKHOLM	6	82	74	75	7	82	2
STORFORS	3	21	4	100		100	19
STORUMAN	9	51	49	44		89	13
STRÄNGNÄS	7	64	51	53	0	76	12
STRÖMSTAD	5	71	60	66	6	78	13
STRÖMSUND	7	91	98	98		71	14
SUNDBYBERG	7	86	95	90	3	70	13
SUNDSVALL	7	0	0	0	2	82	1
SUNNE	9	45	6	72	0	86	10
SURAHAMMAR	4	0	0	0		49	12
SVALÖV	5	18	18	27	4	88	19
SVEDALA	4	99	77	100	6	92	24
SVENLJUNGA	3	21	7	18	0	71	26
SÄFFLE	6	47	37	48	0	76	13
SÄTER	6	97	97	97	0	83	21
SÄVSJÖ	5	99	99	99		89	17
SÖDERHAMN	6	99	99	100	1	96	7
SÖDERKÖPING	5	82	82	82		91	24
SÖDERTÄLJE	7	81	70	69	0	70	26
SÖLVESBORG	4	24	6	5	2	87	25
TANUM	5	67	68	63		65	25
TIBRO	5	55	9	6	0	82	27
TIDAHOLM	4	16	24	35	8	94	0
TIERP	7	58	68	60		71	18
TIMRÅ	7	100	0	100		93	19
TINGSRYD	7	14	44	36	3	78	2
TJÖRN	5	8	8	8		92	8
TOMELILLA	5	9	98			85	0
TORSBY	7	46	27	25	0	74	5
TORSÅS	8	9	3	3	0	90	5
TRANEMO	6	56	24	28	5	89	17
TRANÅS	7	82	3	100		81	19
TRELLEBORG	6	67	66	72		90	28
TROLLHÄTTAN	6	59	49	77		87	21
TROSA	4	27	11	19	12	82	23
TYRESÖ	6	63	36	51		90	19
TÄBY	6	94	94	85	20	65	19
TÖREBODA	7	0	0	0	0	78	10
UDDEVALLA	8	13	15	15		73	32

Kommun	Sluten- vård pga. fall- skada	Riskbe- dömning fall	Riskbe- dömning trycksår	Riskbe- dömning under- näring	Smärt- skattning sista levnads- veckan	Vård- och omsorgsut- bildning gymnasie- nivå	Bor i säbo anpassat demens max 10 boende
ULRICEHAMN	6	23	0	100	0	88	24
UMEÅ	8	88	88	88	1	85	25
UPPLANDS-BRO	5	82	89	83		66	2
UPPLANDS-VÄSBY	5	99	99	99		91	18
UPPSALA	7	85	67	82	6	73	
UPPVIDINGE	8	36	38	33	0	69	8
VADSTENA	9	35	35	35		95	4
VAGGERYD	9	87	78	82		81	7
VALDEMARSVIK	8	28	24	15		82	0
VALLENTUNA	3	88	91	90		78	27
VANSBRO	7	41	21	81	0	76	19
VARA	6	13	21	36	4	72	17
VARBERG	6						
VAXHOLM	5						25
VELLINGE	6	66	66	72		95	6
VETLANDA	7	83	52	78	32	87	4
VILHELMINA	5	99	99	99		89	29
VIMMERBY	6	10	0	0	13	41	21
VINDELN	8	94	94	89		61	41
VINGÅKER	6	97	97	97		79	28
VÅRGÅRDA	6	0	18	6	7	86	15
VÄNERSBORG	6	80	66	57		93	28
VÄNNÄS	7	5	1	4		67	6
VÄRMDÖ	6	51	60	55		73	33
VÄRNAMO	6	91	90	90	13	86	10
VÄSTERVIK	5	17	10	39	14	83	11
VÄSTERÅS	7	88	85	91	0	76	0
VÄXJÖ	7	31	18	19	2	83	12
YDRE	6	7	2	0		85	23
YSTAD	6	48	70	68		91	24
ÅMÅL	7	33	5	7	4	81	20
ÅNGE	4	93	93	91		81	18
ÅRE	8	60	9	30		83	10
ÄRJÄNG	7	95	88	98	0	80	16
ÅSELE	8	100	100	100		98	42
ÅSTORP	9	28	5	43		93	17
ÅTVIDABERG	5	16	16	75	85	62	16
ÄLMHULT	8	63	59	60	2	81	0
ÄLVDALEN	6	73	72	72	27	97	20
ÄLVKARLEBY	5	22	22	22	0	92	16

Kommun	Sluten- vård pga. fall- skada	Riskbe- dömning fall	Riskbe- dömning trycksår	Riskbe- dömning under- näring	Smärt- skattning sista levnads- veckan	Vård- och omsorgsut- bildning gymnasie- nivå	Bor i säbo anpassat demens max 10 boende
ÄLVSBYN	8	39	90	90	0	70	24
ÄNGELHOLM	6	47	45	56		78	17
ÖCKERÖ	7	0	0	0		76	16
ÖDESHÖG	4	0	0	0		96	7
ÖREBRO	7	67	48	58	2	94	29
ÖRKELLJUNGA	7	6	34			91	28
ÖRNSKÖLDSVIK	3	17	20	6	39	88	6
ÖSTERSUND	8	77	74	79	2	85	3
ÖSTERÅKER	6	100	100	100		82	37
ÖSTHAMMAR	7	1	16	47		59	7
ÖSTRA GÖINGE	9	66	59	56	10	92	18
ÖVERKALIX	8	94	94	94		76	17
ÖVERTORNEÅ	4	100	100	100		95	0