

Övergripande utveckling inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Socialstyrelsen fortsatte under 2010 arbetet med att integrera analyserna av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta arbete återspeglas även i denna lägesrapport.

I detta kapitel redovisas inledningsvis en preliminär modell för det fortsatta arbetet med att integrera analyserna av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Därefter kommenteras fyra områden som på ett övergripande plan har varit utmärkande för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten under 2010:

- effektivitet
- valfrihet
- etik
- jämlikhet.

Modell för uppföljning av välfärdstjänsterna

Hur följs hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens mål och resultat upp? Vilka mål och kriterier ska vara vägledande? Inom sjukvården har utvecklingen under ett antal år handlat om att fokusera på mål, och resultat och med hjälp av fakta och indikatorer styra vårdens utveckling mot dessa mål. Internationella förebilder har inspirerat till utvecklingen av målen för God vård [1]. Målen för God vård utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och tandvårdslagen (1985:125), TL, och är i överensstämmelse med den internationella utvecklingen. I en bilaga till denna rapport beskrivs innebörden av dessa mål, som Socialstyrelsen utvecklade under 2009 (bilaga 1). I rapportens inledningskapitel ges dessutom en översiktlig beskrivning av målen för god vård såväl som för God kvalitet i socialtjänsten.

För att illustrera Socialstyrelsens ambitioner med uppföljning av hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter har en preliminär modell utvecklats (figur 2:1). Modellen bygger på och har inspirerats av tidigare ansatser för uppföljning av hälso- och sjukvården, och den har sin utgångspunkt i OECD:s så kallade ramverk — som i sin tur är en syntes av olika teoretiska modeller och mångårig forskning [2].

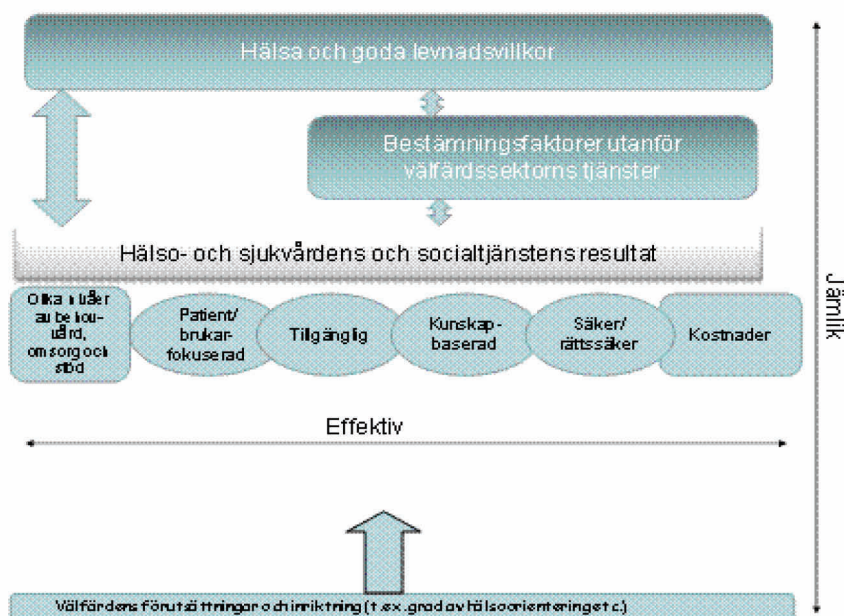
I modellen beskrivs hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter som ”välfärdens tjänster” och sammanfattas som de gemensamt finansierade verksamheter, vars uppgift är att ge god hälsa till medborgarna samt säkerställa skäliga och jämlika levnadsförhållanden för människor i utsatta situationer. Målen för God vård återfinns i modellen och har kompletterats med målen för god kvalitet i socialtjänsten. Modellen tydliggör till stor del gemensamma övergripande mål och kvalitetsaspekter i både HSL, TL, soci-

altjänstlagen (2001:453), SoL och lagen (1993:487) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Den gemensamma modellen visar också att hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens verksamheter i stora delar hänger samman och/eller kompletterar varandra. Verksamheterna behöver många gånger samverka på olika nivåer för att effektivt nå de övergripande målen för välfärdens tjänster.

Vidare visas hur jämlikhet inom vården och socialtjänsten kan följas utifrån om verksamheterna är kunskapsbaserade, säkra eller rättssäkra, patient- eller klientfokuserade samt tillgängliga i samma utsträckning för olika grupper av medborgare. Effektivitet visas också som en genomgripande aspekt i modellen. Det betyder att välfärdstjänsterna kan bedömas vara effektiva om de fokuserar på och arbetar samstämmigt mot de övriga kvalitetsmålen – och samtidigt beaktar kostnaderna.

Figur 2:1. Modell för uppföljning av välfärdstjänster, med fokus på kvalitet, jämlikhet och effektivitet



Källa: Socialstyrelsens bearbetning.

Längst ner i ovanstående modell illustreras – som en plattform – grundförutsättningarna för välfärdstjänsterna. Med detta menas till exempel de förhållanden inom välfärdsystemet som påverkar hur medborgarna kan använda tjänsterna och vad dessa kostar. Här ingår också i vilken uträkning verksamheternas insatser tydligt fokuserar på en resultatorientering mot målen – det vill säga hälsa och goda levnadsvillkor.

Fokus på verksamheternas kvalitet och mål – förbättrad effektivitet?

För att på sikt utveckla och förbättra välfärden behövs en ökad sysselsättning och fler arbetade timmar per person, särskilt då andelen förvärvsarbe-

tande personer successivt förväntas att minska. Detta råder det enighet om. Men utvecklingen av den framtida välfärden beror också på hur välfärdstjänsterna utvecklas och i vilken utsträckning verksamheterna kan effektiviseras. Långtidsutredningens beräkningar visade att den framtida efterfrågan på välfärd till stor del kan finansieras om den offentliga tjänsteverksamheten blir bättre på att göra rätt saker och om effektiviteten och produktiviteten ökar [3]. Samtidigt framhöll utredningen hur svårt det är att mäta effektiviteten och produktiviteten inom denna typ av tjänsteverksamheter.

Även internationellt diskuteras möjligheter och problem med att effektivisera välfärdstjänsterna. Under 2000-talet har öppna redovisningar och jämförelser blivit allt vanligare strategier för att öka effektiviteten inom både hälso- och sjukvården och andra välfärdstjänster. Syftet med utvecklingen är också att ge medborgare, patienter och klienter bättre insyn och möjligheterna till delaktighet.

Det finns dock risker med att beskriva en komplicerad och flerdimensionell verklighet i enkla nyckeltal eller att reducera värdet av välfärdens tjänster till siffermässiga målsättningar. En risk är att verksamheterna gör felaktiga prioriteringar för att leva upp till nyckeltalen snarare än till de formulerade målen för verksamheten. Detta kan till exempel medföra att prioritering av åtgärder som ger ett omedelbart resultat i stället för åtgärder som långsiktigt kan leda till en mer effektiv verksamhet. En annan risk är att verksamheter okritiskt utför olika mätningar enligt principen ”det är bättre att mäta det som kan mätas än att inte mäta alls”. Detta synsätt riskerar att leda till fokus på fel saker och förmedla felaktiga bilder av verksamheten.

Socialstyrelsen har länge pekat på risken för att verksamheter, där det är svårt att använda enkla, kvantitativa mått på kvalitet och resultat, inte prioriteras i förhållande till verksamheter som lätt kan beskrivas med sådana mått. Det är därför särskilt angeläget att utveckla metoder och strategier för uppföljning av verksamheter där möjligheterna till kvalitetsuppföljning hittills har varit begränsade. Exempel på sådana verksamheter är vård vid psykiatrisk sjukdom och missbruk, vissa delar av socialtjänstens verksamhet samt vård och rehabilitering vid olika smärttillstånd. Inom psykiatri och den öppna vården inklusive primär- och närvård pågår olika utvecklingsarbeten för att möjliggöra framtida uppföljning också inom dessa områden.

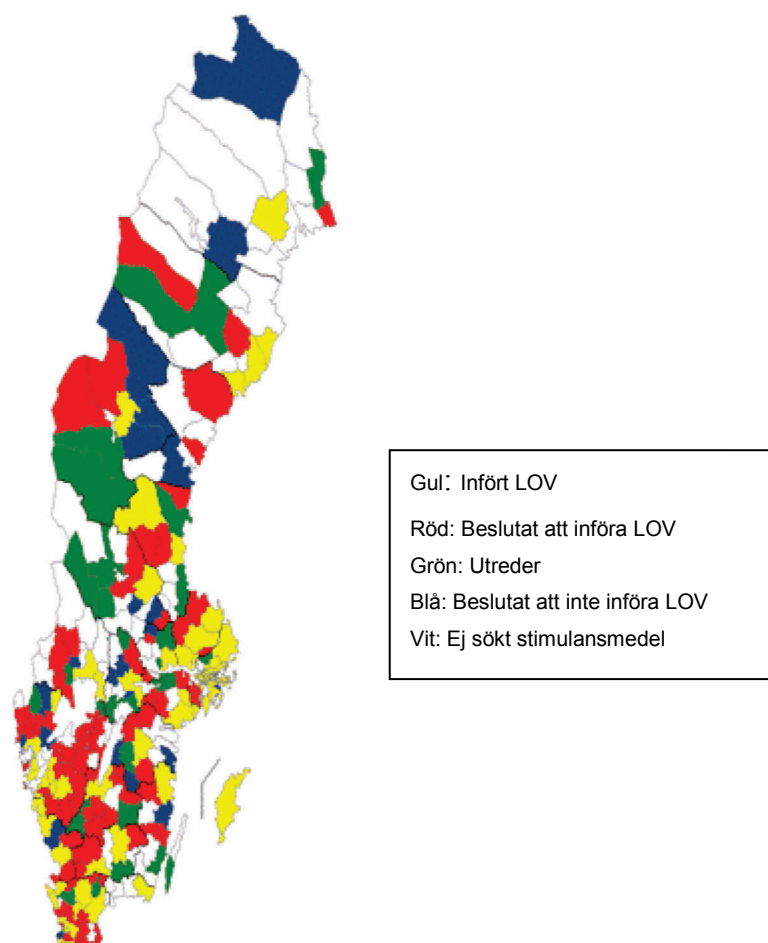
Ökad valfrihet inom vård och omsorg

Utvecklingen inom vård och omsorg under 2010 präglades i hög grad av befolkningens ökade möjligheter att fritt välja utförare, dels inom kommunernas omsorger om äldre och personer med funktionsnedsättningar, dels inom landstingens primärvård. I alla landsting kan numera befolkningen fritt välja vårdgivare i primärvården och närmare 100 000 personer berörs av valfrihetssystem inom kommunernas socialtjänst.

Socialstyrelsen har sedan 2008 haft regeringens uppdrag att fördela 305 miljoner kronor till kommunerna för att förbereda och utveckla valfrihetssystem inom äldre- och handikappomsorgen enligt SoL. Medlen har i huvudsak använts till att antingen utreda och i förekommande fall införa valfrihetssystem eller till utvecklings- och anpassningsinsatser i kommuner som redan har infört eller har fattat beslut om att införa valfrihetssystem. Intres-

set från kommunerna har varit stort. Stimulansbidrag har beviljats 212 kommuner. I oktober 2010 hade 153 kommuner beslutat att införa valfrihetssystem enligt lagen (2008:982) om valfrihetssystem, LOV, och bland dessa kommuner hade 68 valfrihetssystem i drift, se figur 2:2 [4].

Figur 2:2. Beslutsläget 2010 i kommunerna angående införande av LOV



Grafik: SKL.

Varje kommun avgör själv om vårdvalssystem enligt LOV ska införas och vilka verksamheter som på så sätt ska konkurrensutsättas. Landstingen är däremot sedan januari 2010 skyldiga att erbjuda sina invånare valfrihetssystem enligt LOV inom primärvården, men landstingen beslutar själva om hur de utformar sina respektive vårdval. Skillnaderna mellan utförarnas uppdrag och åtaganden i de olika landstingen kan vid en första anblick förefalla större än vad de i realiteten är. Det finns en stor överensstämmelse, en kärna, i de uppdrag som vårdnadheterna ska uppfylla inom ramen för det allmänmedicinska kompetensområdet utifrån de krav som sammantaget ställs i grundåtaganden och allmänna villkor. Skillnaderna handlar främst om hur landstingen har valt att hantera framför allt barnhälsovård, mödrahälsovård och rehabilitering. I vissa landsting utgör sådana verksamheter egna vårdvalssystem.

Stockholms läns landsting (SLL) har flest vårdvalssystem och har även vårdval inom den öppna specialiserade vården såsom för kataraktoperationer och höft- och knäoperationer. SLL beslutade också i oktober 2010 att införa ett vårdvalssystem inom psykiatri, inklusive tvångsvården.

Sedan vårdvalen infördes i primärvården, vilket alltså har skett vid skilda tidpunkter för olika landsting, har det tillkommit uppskattningsvis 223 vårdcentraler till och med oktober 2010. Dessa drivs till helt övervägande del i privat regi. Samtidigt har närmare ett trettiotal vårdcentraler upphört. Sammantaget har alltså vårdvalsreformen bidragit till att öka antalet vårdcentraler i primärvården. Detta har i sin tur medfört att fler invånare i landet, cirka en halv miljon, kan välja mellan två vårdenheter som är tillgängliga inom fem minuters resväg med bil. Men för dem som tidigare hade en resväg med bil på över 30 minuter till den näst närmaste vårdenheten har situationen i de flesta landsting inte förändrats [5].

De flesta kommuner och landsting befinner sig i en start- och etableringsfas när det gäller valfrihetssystem utformade enligt bestämmelserna i LOV. Därför är det ännu för tidigt att bedöma i vilken mån och på vilket sätt dessa valfrihetssystem påverkar enskilda människors vård och omsorg och kvaliteten i dessa insatser. Att stärka medborgarnas och patienternas ställning inom vård och omsorg är emellertid den bärande idén bakom valfrihetssystemen ur ett socialpolitiskt perspektiv. Men det finns också farhågor för att den fria etableringen medför regionala skillnader och att rika och välutbildade personer får fördelar om inte särskilda åtgärder vidtas för att stödja missgynnade grupper. Det kan till exempel finnas en motsättning mellan önskan att välja och den faktiska förmågan att välja. Detta framgick bland annat av en rapport om kundval för äldre personer från 2004 [6]. Komplicerade valsituationer uppstod ofta, då de som berördes befann sig i mer eller mindre vanmakt och därför hade svårt att fatta rationella beslut.

Socialstyrelsen följer under 2011 upp valfrihetssystemen inom primärvård och socialtjänst ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Utifrån nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet undersöks om enskilda människors fria val bidrar till att deras ställning stärks och till att tillgängligheten, kontinuiteten och kvaliteten i vård och omsorg utvecklas. Valfrihetssystemens konsekvenser för utsatta grupper ska uppmärksammas särskilt.

Ökad valfrihet ställer högre krav på information

För att valfriheten ska kunna utnyttjas till fullo krävs att befolkningen får korrekt information som är lätt tillgänglig. Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården publiceras årligen [7] och under 2010 inleddes publicering av öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamheter [8]. Öppna jämförelser vänder sig främst till profession och beslutsfattare, men enskilda personers och deras anhörigas behov av information för att kunna fatta välgrundade beslut behöver också tillgodoses. Tillgång till sådan information är i dag begränsad, med utvecklas successivt. Ett exempel på nationell nivå är Äldreguiden, som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats [9]. Ett annat exempel är Nationell patientenkät om primärvården. Den genomför-

des första gången 2009 och mäter patientupplevd kvalitet på vårdcentralsnivå [10].

Information är en förutsättning, men ingen garanti för att medborgares och patienters val av vårdgivare grundar sig på offentliga kvalitetsredovisningar. Enligt en studie av internationell forskning inom området finns det föga som tyder på att människor gör sina val utifrån sådana redovisningar [11].

Etiska frågor diskuteras alltmer

Etiska frågeställningar blir allt viktigare och vanligare inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst, bland annat när det gäller frågor som rör prioriteringar i vården och bemötanden i socialtjänsten [13]. Några exempel på vad som debatterats under senare tid är:

- patientens rätt att själv besluta att en behandling ska avbrytas, trots att hon eller han då kommer att avlida
- gränsen för att rädda ett extremt för tidigt fött barn, som riskerar att få stora skador
- tvångsåtgärder och inlåsning inom vården och omsorgen om äldre personer med demens
- personer med funktionsnedsättning som återkommande utsätts för tvångs- eller begränsningsåtgärder, till exempel i form av inlåsning
- olika tvångsåtgärder inom psykiatri
- bristande hänsyn till barns rättigheter, till exempel när socialnämnden fattar beslut att omhänderta barn som far illa.

Ökade förväntningar på Socialstyrelsen

Allt fler verksamhetsutövare vill ha stöd när de står inför svåra beslut, samtidigt som Socialstyrelsen förväntar sig att vård- och omsorgsgivarna gör etiska analyser och ställningstaganden som gagnar den enskilda människan. Behovet av sådana analyser och överväganden uppstår framför allt i skärningspunkten mellan juridik och medicin och mellan juridik och omsorgs- och omvårdnadsinsatser.

Råd för etiska frågor

Vid Socialstyrelsen finns ett råd för etiska frågor. Rådets uppgift är ta sig an frågor av etisk natur vilka uppkommer i verkets interna arbete. Det fungerar som ett rådgivande organ för Socialstyrelsen och dess tjänstemän. De ärenden och frågor som behandlas av rådet kan ha sitt ursprung i verkets verksamhet avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, smittskydd och hälso- och smittskydd, men rådet tar även upp frågor av eget initiativ. Rådet har ett utskott som diskuterar frågeställningar vilka inkommit till Socialstyrelsen från praktiskt verksamma personer inom socialtjänsten. Rådet består av nationella experter inom Socialstyrelsens verksamhetsområden. Socialstyrelsen publicerar de diskussioner, juridiska aspekter och kortfattade slutsatser som de etiska frågeställningarna som handlar om socialtjänsten föranleder (13).

Antalet förfrågningar har successivt ökat. Under 2010 kom cirka 30 etiska frågeställningar in och av dessa har 16 diskuterats i etikrådet [14]. De flesta frågorna har handlat om integritet och självbestämmande, det vill säga integritetskränkande handlingar som har utförts mot en enskild person samt med bristande respekt för enskildas självbestämmande, framför allt när det gäller personer med nedsatt förmåga att själva fatta beslut.

Frågeställarna uppger att etikrådets argumentation har hjälpt dem att strukturera sina interna diskussioner. Några av dem använder också fallbeskrivningarna när de vill visa de förtroendevalda i kommunen hur komplext socialtjänstens arbete kan vara och vilka svåra överväganden personalen kan ställas inför. Flera socialhögskolor använder sig också av fallbeskrivningarna i sin etikundervisning [14].

Regelverk om palliativ vård och livsuppehållande behandling förtydligas

Framträdande etiska frågeställningar inom det medicinska området har under senare år berört livsuppehållande behandling. Inom Socialstyrelsen pågår också arbeten med att förtydliga regelverket kring lindrande behandling av patienter med livshotande tillstånd, så kallad palliativ vård, samt reglerna som anger när livsuppehållande behandling inte ska sättas in eller avbrytas. Inom båda dessa områden behövs tydligare regler, goda kunskaper och tillräckliga resurser i vården med en tydlig förankring i etiska förhållningssätt.

För att förbättra och utveckla den palliativa vården ska Socialstyrelsen utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Detta innebär att nationella riktlinjer och annan vägledning ska tas fram under de närmaste ett och ett halvt åren. Parallellt arbetar Socialstyrelsen också med att ta fram gemensamma termer för systematisk begreppsanvändning, ge förslag på utveckling av datakällor och utarbeta indikatorer inom detta område.

För närvarande pågår ett arbete med att ta fram nya föreskrifter och allmänna råd samt en handbok för att tydliggöra vad som gäller vid livsuppehållande behandling – när sådan inte ska sättas in och när den ska avbrytas. Dessa beräknas vara klara vid halvårsskiftet 2011.

Ojämlighet är fortfarande en realitet

Allt fler äldre är friskare och lever längre med en god ekonomi och färre barn lever i utsatthet. Resultaten i denna rapport visar dock att ojämlikhet fortfarande är en realitet för vissa grupper.

Långvarig ekonomisk utsatthet är vanligt bland unga

Unga vuxna är en särskilt utsatt grupp, framför allt när det gäller ekonomin. Under 2009 hade 9 procent av unga i åldern 18–24 år ekonomiskt bistånd vid minst ett tillfälle och 3 procent under minst tio månader per år (det vill säga långvarigt ekonomiskt bistånd). Andelen unga med långvarigt bistånd ökade med 13 procent från 2008 till 2009.

Utsatta grupper avstår i högre utsträckning från sjukvård och tandvård

I genomsnitt har 12 procent av männen och cirka 14 procent av kvinnorna under de senaste åren avstått från vård trots att de upplevde ett behov [15]. Fler bland dem med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning avstår från vård jämfört med dem som har en högskoleutbildning. Andelen som har avstått på grund av att de inte haft råd var 2–3 procent, men bland vissa utsatta grupper är andelen högre. En undersökning i Stockholm visade att 35 procent av alla som fick ekonomiskt bistånd avstod från att söka vård för att de inte hade råd [16]. En nationell undersökning om inkomster och utgifter bland personer med funktionsnedsättning visade vidare att 15 procent av gruppen har varit i behov av vård men avstått från ett sådant besök. Den vanligaste orsaken var att de inte hade råd [17].

Det är vanligt att avstå från tandvård av ekonomiska skäl. Drygt 20 procent av hela befolkningen uppger att de helt eller delvis har avstått från tandvård eftersom de inte hade råd [18]. Socioekonomiska faktorer har stor betydelse. Andelen som avstod från tandvård var särskilt hög bland dem som var födda i Europa men utanför EU och Norden, där 71 procent helt eller delvis lät bli att söka tandvård.

Ökat fokus på sociala skillnader i hälsa och vård

Hälsan är inte jämlikt fördelad i befolkningen och det finns relativt betydande skillnader i hälsa och dödlighet mellan olika utbildningsgrupper och mellan svenskfödda och utlandsfödda. Däremot har hälso- och sjukvårdens roll för att minska dessa skillnader inte varit i fokus förrän de senaste två – tre åren.

Tandhälsan är inte heller jämlikt fördelad hos befolkningen. Socioekonomiska faktorer har stor betydelse för den självskattade tillfredställelsen av tändernas utseende och funktion. Sådana faktorer gör också att vissa avstår från att söka tandvård trots behov. Bland långtidssjukskrivna är till exempel endast 30 procent nöjda med sin tandhälsa [18].

Att hälso- och sjukvårdens insatser i olika avseenden inte är jämlikt fördelade har diskuterats mycket under det senaste decenniet. Fokus har framförallt legat på regionala skillnader. Skillnader relaterade till sociala och socioekonomiska faktorer har inte uppmärksammas i samma utsträckning. Också dessa förhållanden har kommit att uppmärksammas allt mer. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) påbörjade under 2010 ett nationellt projekt med syfte att öka medvetenheten om hälso- och sjukvårdens roll för att utjämna hälsoskillnader i befolkningen och för att minska obefogade skillnader i vården och behandlingarna. Sedan några år driver SKL också på utvecklingen för att minska skillnaderna mellan män och kvinnor när det gäller vård och behandling.

En viktig fråga är om vården verkligen når fram till dem med störst behov och den har blivit särskilt aktuell på grund av vårdvalsreformerna. Inom ramen för tillgänglig empirisk forskning på området brukar framhållas att valfrihetsreformer bidrar till att vården och omsorgen utvecklas mot att bli efterfrågestyrd i stället för behovsstyrd. I landstingen pågår för närvarande

ett intensivt arbete med att skapa ersättningssystem för att motverka en sådan utveckling.

Jämlikhet inom socialtjänsten är ett eftersatt område

Studier av jämlikhet inom socialtjänsten har under de senaste åren framför allt fokuserat på jämställdhet mellan könen [19,20]. Men det är fortfarande oklart vad som egentligen orsakar skillnader i kvinnors och mäns tillgång till stöd. Beror skillnaderna på att män och kvinnor har olika behov, att deras behov bedöms olika eller att de har olika ansökningsmönster? I så fall bör skillnaderna kunna jämnas ut om socialtjänsten har standardiserade bedömningsinstrument och riktad uppsökande verksamhet. Men skillnaderna kan också bero på olika behov mellan könen eller på samhällsskillnader som socialtjänsten inte rår på.

Det är också angeläget att inkludera fler perspektiv och vidga analyserna till att omfatta andra aspekter av jämlikhet inom socialtjänsten. Vad beror de geografiska skillnaderna på, när det gäller tillgång till stöd och omsorg? Bedöms människors behov olika på grund av deras födelseland? Hur heteronormativ är familjerätten? Dessa frågor har delvis studerats under åren, men har inte kopplats till behov i tillräckligt stor utsträckning. Det är viktigt att socialtjänstens insatser fördelas så jämnt som möjligt, men det behövs också mer kunskap inom området. Socialstyrelsen arbetar därför sedan 2010 med att ta fram en strategi för att studera jämlikhet inom socialtjänst och sjukvård.