

Lägesrapport 2011

Hälso- och sjukvård
och socialtjänst

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-2-1

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2011

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen årligen lämnat lägesrapporter. Lägesrapporterna har avsett folkhälsa, hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt vård och omsorg om äldre. I rapporterna har utvecklingen och tillståndet inom respektive område beskrivits. I år följer lägesrapporterna en gemensam struktur som bygger på kvalitetsmål och kvalitetsområden.

Rapporten vänder sig i första hand till regering och riksdag.

Lägesrapporten har utarbetats med Karin Flyckt som huvudredaktör. Kapitelförfattare och övriga medverkande i rapporten presenteras på nästa uppslag.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Författare

Kapitel

1. Utveckling inom hälso- och sjukvård och socialtjänst
2. Hälso- och sjukvård
3. Tandvård
4. Barn och unga
5. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning
6. Missbruks- och beroendevård
7. Vård och omsorg om äldre
8. Övrig individ- och familjeomsorg

Huvudförfattare

Karin Flyckt, Ingrid Schmidt och Monica Albertsson
Emma Bergmark och Ingrid Schmidt
Andreas Cederlund
Karin Flyckt
Peter Brusén
Ulf Malmström
Gert Alaby
Ingrid Jonasson, Annika Remaeus och Ola Florin

Övriga medverkande

Följande medarbetare vid Socialstyrelsen har bidragit med analyser, statistiskt underlag, databearbetning, texter och värdefulla synpunkter: *Pär Alexandersson, Marianne Appelquist, Helena Axestam, Anna Bennet, Marie Berlin, Ylva Branting, Maria Boustedt-Hedvall, Åsa Börjesson, Ulla Clevnert, Marie Collberg, Cecilia Dahlgren, Anne-Marie Danon, Ulla Essén, Mikael Fabel, Helena Forsell, Solveig Freby, Matilda Hansson, Inger Heimerson, Agneta Holmkvist, Lena Janzon, Gudrun Johansdottir-Bergman, Ann Johansson, Lennarth Johansson, Jaroslava Lafih, Marianne Lidbrink, Katarina Pihl, Anders Printz, Inger Riesenfeld-Örn, Helena Rudander, Peter Salmi, Birgitta Stegmayr, Kristina Stig, Eva Stolpe, Elisabet Svedberg, Daniel Svensson, Staffan Söderberg, Eva Wallin, Kerstin Westergren och Kristina Widgren.*

Innehåll

Förord.....	3
Författare.....	4
Sammanfattning.....	10
Tillgänglighet, jämlikhet och delaktighet – fortsatta utmaningar för hälso- och sjukvården.....	10
Ökad kunskapsbas för tandvården – men stora skillnader i tandhälsa kvarstår	12
Stora regionala skillnader i insatser till barn och unga	12
Ökat inflytande och medbestämmande för personer med funktionsnedsättning	13
Kvalitetssatsningar på missbruksvården	13
Begränsade resurser skapar svårigheter inom äldreomsorgen	13
Övrig individ- och familjeomsorg	14
Fler får ekonomiskt bistånd – även många sjuka behöver ekonomisk hjälp.....	14
Effektiva metoder förebygger hemlöshet och exkludering från bostadsmarknaden ..	14
Riktade verksamheter gynnar våldsutsatta i nära relationer.....	14
Inledning	15
Syfte	15
Målgrupp.....	15
Datakällor och metoder.....	15
Rapportens upplägg	16
Övergripande utveckling inom hälso- och sjukvård och socialtjänst	18
Modell för uppföljning av välfärdstjänsterna.....	18
Fokus på verksamheternas kvalitet och mål – förbättrad effektivitet?.....	19
Ökad valfrihet inom vård och omsorg.....	20
Ökad valfrihet ställer högre krav på information.....	22
Etiska frågor diskuteras alltmer	23
Ökade förväntningar på Socialstyrelsen	23
Ojämlikhet är fortfarande en realitet	24
Långvarig ekonomisk utsatthet är vanligt bland unga	24
Utsatta grupper avstår i högre utsträckning från sjukvård och tandvård.....	25
Ökat fokus på sociala skillnader i hälsa och vård	25
Jämlikhet inom socialtjänsten är ett eftersatt område	26
Hälso- och sjukvård	27
Aktuell utveckling.....	28
Fortsatt gynnsam hälsoutveckling – men inte för alla	28
Fortsatt fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser	30

Behoven av harmonisering mellan landstingen ökar	30
Tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal ökar – men fler behövs	31
Genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnader jämfört med andra länder	32
Kostnaderna för primärvård och specialiserad somatisk vård ökar mest	33
Andelen privat vård fortsätter att öka	35
Allt fler läkarbesök görs i primärvården	35
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	36
Ökat förtroende och minskade skillnader i nöjdhet mellan offentlig och privat vård	36
Information, delaktighet och helhetssyn – stor potential för förbättringar	37
Hälso- och sjukvårdshuvudmännens arbete med styrning och uppföljning	41
Tillgänglig hälso- och sjukvård i rimlig tid	42
Fler vårdcentraler	42
... och fler apotek i tätorter	43
Rehabiliteringsgarantin – tillgång på behandling ökar	43
Minskar köerna?	44
Väntetider vid akutmottagningar	46
Brister i tillgänglighet för funktionshindrade	46
Nationellt utvecklingsarbete och uppföljning	46
Säker hälso- och sjukvård	47
Benägenheten att anmäla missöden ökar	47
Nationella patientsäkerhetssatsningar fortsätter	49
Antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka	50
Antibiotikaanvändningen	51
Hyräkare i primärvården ger bristande kontinuitet	52
Brist på vårdplatser ett utbredd problem	52
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	53
Utvecklingen av kvalitetsregister fortsätter	54
Vanligast att levnadsvanor diskuteras inom den psykiatriska vården	55
Förlossning och kvinnosjukvård	56
Rörelseorganens sjukdomar	57
Diabetesvård	57
Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar	58
Cancersjukvården	59
Psykiatrisk vård	59
Jämlik hälso- och sjukvård	62
Kärnan i hälso- och sjukvårdslagen	62
Ökat fokus på sociala skillnader i hälsa och vård	63
Var tionde medborgare avstår från vård de behöver	64
Behov av lokala riktlinjer som främjar ett jämlikt bemötande	65
Diskrimineringsombudsmannen fokuserar på sjukvården	66
SKL prioriterar arbete mot en jämlik vård	67
Effektiv hälso- och sjukvård	69
Svensk hälso- och sjukvård – relativt effektiv i internationell jämförelse	70
Fokus på kvalitet – ökad effektivitet?	70
Leder ökad konkurrens till bättre effektivitet?	70
Forskningen om vinst i vård	71
Pågående utvecklingsarbete	72
Tandvård	75
Aktuell utveckling	75
Tandhälsan är god hos de flesta	75
Tandvårdsbranschen förändras	76
Andelen kvinnor och män lika stor bland tandläkare	76
Nordiskt samarbete om indikatorer	76
Äldres munhälsa prioriteras i nationella riktlinjer för demens	77

Målgruppen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård ökar	77
Besvär från dentala material är vanligare bland utsatta grupper	78
Fler tecknar abonnemang med tandvården	78
Patientfokuserad tandvård	79
Bemötandet i tandvården får högt betyg	79
Behov av utökad information om den egna tandstatusen	79
Patienterna nöjda med implantatbehandling	80
Underbehandling av smärta i ansikte och käkar	80
Tandvård i rimlig tid	81
De flesta besöker tandvården regelbundet	81
Regionala skillnader i tillgång på tandvårdspersonal	81
Säker tandvård	82
Stora regionala skillnader i mängden förskrivna antibiotika	82
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig tandvård	83
Ökad kunskap i tandvården	83
Tandvård i förebyggande syfte ökar	84
Tandförluster är sällsynta hos unga vuxna	84
Orsaker till tandförluster skiljer sig mellan åldersgrupper	85
Karies hos barn fortsätter att minska	86
Omgörningar av fyllningar utgör en extra belastning	88
Jämlig tandvård	88
Många avstår tandvård av ekonomiska skäl	88
<i>Vård, omsorg och stöd till barn och unga</i>	<i>90</i>
Aktuell utveckling	91
Psykiatrisk slutenvård ökar bland unga	91
Även den självrapporterade psykiska ohälsan är hög	94
Fler barn och unga placeras utanför familjen	94
Personligt stöd enligt SoL är den vanligaste öppenvårdsinsatsen	95
Socialtjänstens insatser till barn med funktionsnedsättning	96
Socialtjänstens kostnader för öppna insatser ökar mest	96
Tillgänglig vård och socialtjänst	97
Förbättrad vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa	97
Stora skillnader mellan kommunernas verksamheter	97
Minskade resurser för HVB	98
Kunskapsbaserad vård och socialtjänst	100
Specialiserad psykiatrisk vård för barn och unga behöver utvecklas	100
Effektiva metoder efterfrågas	100
Hälften av kommunerna använder standardiserade bedömningsinstrument	101
Endast var tredje kommun har kompetensutvecklingsplaner för familjehem	101
Kompetensen vid akuta omhändertaganden behöver förstärkas	101
Självbestämmande och integritet inom socialtjänsten	102
Barnkonventionen får allt större genomslag i socialtjänsten	102
Svårt att beakta barnperspektivet i LSS-handläggningar	102
Helhetssyn, samordning och kontinuitet	102
Kommunala prioriteringar påverkar resursfördelning	103
BBIC ökar kontinuiteten i myndighetsutövningen	103
Samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa brister fortfarande	103
Rättssäker socialtjänst	104
Hälften av kommunerna har rutiner för att hantera brister i socialtjänstens verksamheter	104
Tillsyn av heldygnsplaceringar har intensifierats	105

Ny information riktar sig direkt till barn och unga	106
Rutiner för anmälan av missförhållanden saknas ofta	107
<i>Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.....</i>	109
Aktuell utveckling.....	110
Andelen personer med insatser enligt LSS och LASS varierar mellan kommuner ..	110
Särskilda boendeformer svarar för de största kommunala kostnaderna	114
Fortfarande ojämlika levnadsförhållanden	117
Tillgänglig vård och socialtjänst	121
Tillgänglighet till vård och omsorg varierar beroende på funktionsnedsättning.....	122
Kostnader för hjälpmedel skapar ojämlik tillgång.....	124
Kunskapsbaserad socialtjänst	124
Statsbidrag stärker personalens kompetens	124
Anmärkningsvärt hög förskrivning av psykofarmaka	125
Självbestämmande och integritet i socialtjänsten.....	125
Begränsande åtgärder och metoder.....	125
Fler genomförandeplaner ökar enskildas delaktighet	126
Bättre arbetsmetoder krävs för att inflytandet ska öka	127
Personliga ombud ökar självbestämmande och delaktighet.....	128
Helhetssyn, samordning och kontinuitet	129
Bristande samverkan drabbar barn med neuropsykiatriska tillstånd.....	129
Gemensamma riktlinjer för rehabilitering och habilitering blir allt vanligare	129
Rättssäker socialtjänst	130
Tecken på åtstramningar.....	130
Långa väntetider från beslut till verkställighet	130
<i>Missbruks- och beroendevård.....</i>	132
Aktuell utveckling.....	133
Uppemot 100 000 personer med missbruk återfinns i samhällets stödsystem	133
Andelen kvinnor med alkoholskador ökar mest	133
Ökande trend av förstagångsvårdade för narkotikaskador.....	134
Individuellt behovsprövade insatser dominerar socialtjänsten	136
Tvångsvården minskar.....	137
Svag kostnadsutveckling för socialtjänstens missbruks- och beroendevård	138
Tillgänglig vård och socialtjänst	139
Kommunernas information behöver förbättras	139
Säker vård och rättssäker socialtjänst.....	139
Stor förbättringspotential för klient- och patientsäkerhet	139
Sprututbytesprogram viktiga för att motverka blodsmitta	140
Kunskapsbaserad vård och socialtjänst	140
Statliga satsningar har fått positiva effekter.....	141
Verksamhetsbidrag får tydligare mål och styrning.....	141
Nationella riktlinjer får allt större genomslag	141
Låg förskrivning av läkemedel vid behandling av alkohol- och opiatmissbruk	142
Självbestämmande och integritet i socialtjänsten.....	143
Delaktigheten är sämre i mindre kommuner.....	143
Helhetssyn, samordning och kontinuitet	144
Flest gemensamt drivna beroendeenheter finns i Stockholmsområdet	144
<i>Vård och omsorg om äldre.....</i>	145
Oförändrad andel äldre behöver hjälp.....	146
Allt färre äldre personer i särskilt boende.....	146

Färre anställda – lika mycket arbete	148
Minskade kostnader i kommunerna under 2000-talet	149
Utvecklingen inom några kvalitetsområden	151
Äldre med sämre hälsa är mindre nöjda med hemtjänsten	151
Självbestämmande i socialtjänsten	152
Ökad delaktighet vid upprättandet av genomförandeplaner	152
Bristande möjlighet att påverka tidpunkt för hjälp	153
Kunskapsbaserad socialtjänst	154
Större andel bland de anställda i särskilt boende har yrkesutbildning	154
Vissa förbättringar i läkemedelsförskrivning till äldre	154
Fall drabbar många äldre	155
Tillgänglig socialtjänst	158
Stora skillnader i väntetider för plats i särskilt boende	158
Åtta av tio är nöjda med hemtjänstens omfattning	158
Minskade skillnader mellan kommunerna	159
Rättssäker socialtjänst	161
Sex av tio demensboenden låser in äldre demenssjuka	161
Biståndshandläggning följer inte alltid gällande regelverk	162
Riskbedömningar genomförs inte regelmässigt	162
Åtta av tio är trygga med sin hemtjänst	163
Övrig individ- och familjeomsorg	167
Ekonomiskt bistånd	167
Behov av ekonomiskt bistånd beror i huvudsak på strukturella faktorer	168
Biståndsmottagandet fortsatte att öka under 2009	169
Ekonomiskt bistånd ökar mest inom IFO	170
Biståndsmottagare är i huvudsak unga personer i arbetsför ålder	170
Den nationella statistiken utvecklas	172
Hemlöshet och exkludering från bostadsmarknaden	173
Antalet hemlösa är svårt att uppskatta	173
Helhetssyn, samordning och kontinuitet inom socialtjänsten	176
Tillgänglig vård och omsorg	176
Våld och sexhandel	177
Svårt att uppskatta antalet som utsätts för relationsvåld	177
Bättre statistik krävs för att kunskapen om våldsutsatta ska öka i socialtjänsten	178
Särskilda insatser till våldsutsatta upplevs ge positiva effekter	179
Interventioner för relationsvåldsutsatta kvinnor utvärderas sällan	179
Risk att våldsutsatta kvinnor inte får rätt hjälp av kommuner	180
Få kommuner har riktad verksamhet till personer som berörs av sexhandel	181
Få domar för människohandel	181
Internet medför nya arenor för sexförsäljning	182
Utveckling av evidensbaserade metoder krävs för att motverka sexhandel	182
Svårt att bedöma behov hos personer som berörs av sexhandel	183
Referenser	184
Bilaga 1. Målen för god vård	198

Sammanfattning

Årets lägesrapport utgör en samlad beskrivning av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rapporten fokuserar i huvudsak på i vilken utsträckning verksamheterna är tillgängliga, säkra, kunskapsbaserade, jämlika och effektiva. Även självbestämmande och helhetssyn uppmärksammas.

Under 2010 har följande trender varit särskilt framträdande i vård och omsorg:

- ökad valfrihet
- etiska frågor
- ökat fokus på jämlikhet
- ökade krav på effektivitet.

Tillgänglighet, jämlikhet och delaktighet – fortsatta utmaningar för hälso- och sjukvården

Det pågår en ständig utveckling av hälso- och sjukvården, men fortfarande är vården inte lika tillgänglig för alla och den är inte heller jämlik. Många patienter upplever dessutom inte att de ges möjlighet till delaktighet i beslut som rör deras egen behandling.

Läkarbesöken i primärvård fortsätter att öka och vårdvalsreformen i primärvården har inneburit att över 200 fler vårdenheter har etablerats.

Vården är inte tillgänglig för alla

Resultat från Vårdbarometern visar att var femte person tyckte det är svårt att nå vårdcentralen via telefon och enligt den Nationella patientenkäten 2010 angav lika stor andel att väntetiden till besök på vårdcentralen är för lång.

Hälso- och sjukvården är inte heller tillräckligt tillgänglig för olika grupper, exempelvis bland personer med funktionsnedsättning. År 2010 publicerade Socialstyrelsen en undersökning som visade att förutsättningarna att söka stöd på vårdcentraler är sämre än för befolkningen i övrigt. Det gäller särskilt personer med syn- eller hörselnedsättning, överkänslighet eller allergier samt kognitiva funktionsnedsättningar. Tillgängligheten för personer med rörelsehinder är emellertid god, vilket indikerar att nationella satsningar som rör enkelt avhjälpbara hinder har haft effekt.

Vården måste utgå mer från individens förmåga att ta till sig information

Majoriteten av patienterna känner sig respektfullt bemötta i vården, men resultaten från den Nationella patientenkäten visar att delaktighet, informa-

tion och helhetssyn behöver bli bättre. I den somatiska öppenvården upplevde nästan 90 procent av patienterna att de blev respektfullt bemötta, medan 30 procent av patienterna uppgav att de inte varit delaktiga i beslut om behandling i den utsträckning de önskade. Resultaten visar sammantaget att vården i högre grad behöver utgå ifrån varje enskilds patients förutsättningar och förmåga att ta till sig information än vad som är fallet i dag.

Landstingen prioriterar arbetet för social jämlikhet i vård och hälsa

Under 2000-talet fokuserade landstingen mycket på att minska regionala skillnader och skillnader i hälsa mellan män och kvinnor, medan satsningar för att minska socialt betingade skillnader varit mindre framträdande. Under 2010 uppmärksammades emellertid sociala skillnader i hälsa och vård, och diskuterades i högre utsträckning än tidigare. Under 2010 prioriterade Sveriges Kommuner och Landsting sociala skillnader i hälsa och vård, och fortsätter med satsningen under 2011. Under 2010 uppmärksammade även Diskrimineringsombudsmannen diskriminering i vården.

Vårdgivarna arbetar mer med patientsäkerhet

Mycket arbete återstår för att förbättra patientsäkerheten. Benägenheten att anmäla missöden enligt lex Maria ökar dock, vilket tyder på att patientsäkerhetsfrågorna fått större uppmärksamhet. Även vårdgivarens benägenhet att rapportera vårdskador till patientregistret på Socialstyrelsen har ökat. Noterbart är också att antibiotikaföreskrivningen fortsätter minska. Resistensproblematiken fortsätter dock att utgöra en betydande utmaning för sjukvården och samhället i stort.

Öppna jämförelser främjar kunskapsbaserad vård

Öppna jämförelser av vårdens resultat fortsätter att initiera olika utvecklingsinsatser i verksamheterna, vilket successivt bidrar till en mer kunskapsbaserad vård. Landstingen förefaller allt mer samverka kring en rad olika frågor, i synnerhet frågor kopplade till kunskapsstyrning exempelvis inom ramen för den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning.

Socialstyrelsens arbete med ta fram riktlinjer för hälso- och sjukvården har intensifierats och under 2010 har Nationella riktlinjer publicerats inom följande områden:

- demenssjukdom (slutlig)
- depressionssjukdomar och ångesttillstånd (slutlig)
- diabetesvården (slutlig)
- sjukdomsförebyggande metoder (preliminär)
- rörelseorganens sjukdomar (preliminär)
- lungcancer (preliminär)
- schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (preliminär).

Under 2010 diskuterades Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hälsosamma levnadsvanor runt om i landet och riktlinjerna kommer att ställa ytterligare krav på prioriteringar av resurser i hälso- och sjukvården.

Ökad kunskapsbas för tandvården – men stora skillnader i tandhälsa kvarstår

Under 2010 dominerades utvecklingen inom tandvården framförallt av arbetet med nationella riktlinjer för vuxentandvården och indikatorer för tandvård. Samtliga landsting och regioner har börjat införa riktlinjerna.

Befolkningen i stort anser sig ha en god tandhälsa och cirka två tredjedelar av den vuxna befolkningen besökte tandvården under en tvåårsperiod för att få en undersökning av mun och tänder.

Den självskattade tandhälsan skiljer sig stort mellan olika grupper. Utrikesfödda, studerande och lågutbildade är exempel på grupper som avstår från tandvård i högre utsträckning än andra. Förekomsten av karies hos barn och ungdomar fortsätter att minska, men de regionala skillnaderna är stora.

Tandvårdens patienter uppger att de känner sig respektfullt bemötta, men att information om munhälsa och om förebyggande av sjukdomar i munhålan kan ges i större utsträckning

Stora regionala skillnader i insatser till barn och unga

Andelen barn och unga som vårdas för psykisk ohälsa ökar, särskilt när det gäller diagnoser för ångest, depression och neuropsykiatriska tillstånd. Tillgången till vård för barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa blir samtidigt bättre, i den bemärkelse att andelen som får vänta mer än 90 dagar på besök hos barn- och ungdomspsykiatri har sjunkit. Samtidigt visar Socialstyrelsens tillsyn att det fortfarande är oklart vem som ansvarar för insatser mot psykisk ohälsa hos barn mellan 6 och 18 år och att samverkan mellan olika aktörer brister. Få verksamheter upprättar gemensamma behandlingsplaner med andra verksamheter, och samverkan sker oftast kring enskilda patienter och sällan på ett organiserat, övergripande plan.

Socialtjänstens förutsättningar att hantera brister i verksamheter som riktar sig till barn och unga varierar. Endast hälften av kommunerna anger att de har dokumenterade rutiner för hur fel och brister identifieras, åtgärdas och följs upp.

På nationell och lokal nivå pågår arbete för att komma till rätta med tidigare konstaterade brister inom heldygnsplaceringar. Samtidigt som detta arbete pågår noteras även att kommunerna lägger allt mindre resurser på hem för vård eller boende (HVB). Det finns också stora skillnader i resursfördelning mellan landets kommuner. I vilken utsträckning detta påverkar möjligheterna till att förbättra kvaliteten på HVB är oklart.

Under 2010 år har Socialstyrelsen följt upp tidigare tillsyn av socialtjänstens arbete med barn i familjehem och brister som rörde vårdplanering och uppföljning av vården, barns delaktighet och utredning av familjehem. Bristerna är på vissa håll och till vissa delar åtgärdade. Men det finns också ex-

empel på att inga större förändringar har skett. I dessa fall har Socialstyrelsen ställt ytterligare krav på åtgärd. En slutsats är att återkommande tillsyn i många fall behöver göras för att nå resultat.

Socialstyrelsen har tagit fram informationsmaterial som vänder sig direkt till barn och unga som bor i familjehem eller HVB. Informationen handlar om barnens rättigheter och innehåller även ett telefonnummer dit barn kan ringa om de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten.

Ökat inflytande och medbestämmande för personer med funktionsnedsättning

Riktade satsningar för att förbättra stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning har gett resultat. Personalens kompetens har stärkts och målgruppens inflytande och medbestämmande har stärkts.

Andelen sysselsatta bland personer med insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (20–64 år) är extremt låg, cirka sju procent. Daglig verksamhet har blivit en ersättning för arbete, framförallt för unga med funktionsnedsättning. Direkt övergång från skola till daglig verksamhet och brist på prövning av arbetsförmåga är några av orsakerna.

Socialstyrelsens tillsyn under 2010 visar att begränsnings- och tvångsåtgärder fortfarande används inom verksamheter som ges enligt LSS. Socialstyrelsen bedömer att verksamheterna behöver kunskapsstöd för att kunna hantera och undvika de aktuella situationerna. Det behövs både förtydliganden av vad som är tillåtet juridiskt och vilka arbetsmetoder som är lämpliga. Vidare är det viktigt med rekrytering av utbildad personal och kontinuerlig handledning.

Kvalitetssatsningar på missbruksvården

Missbruksvården har under 2010 präglats av omfattande satsningar på kunskapsbaserad vård och evidensbaserade metoder. De nationella riktlinjerna får ett allt större genomslag.

Det finns stora regionala skillnader i vårdens och omsorgens kvalitet, vilket är särskilt tydligt när det gäller förekomst av policyer och rutiner för bland annat brukarråd och vårdplaner.

De tidigare konstaterade låga förskrivningarna av läkemedel mot såväl alkoholberoende som opiatberoende kvarstår. Socialstyrelsen kan också notera stora regionala variationer i förskrivningsnivån. Antalet sprututbytesverksamheter är få och ur smittskyddssynpunkt är det angeläget att antalet verksamheter ökar.

Begränsade resurser skapar svårigheter inom äldreomsorgen

Andelen äldre personer som behöver hjälp med personlig omvårdnad och service är oförändrad de senaste 15 åren, samtidigt som andelen äldre i särskilt boende minskat. Antalet personer med hemtjänst ökar något, medan

antalet beviljade hemtjänsttimmar per person är oförändrat. Åtta av tio äldre uppger att de är nöjda med hemtjänstens omfattning.

Resurstillgången i kommunernas vård och omsorg om äldre har begränsats, så att äldres säkerhet och trygghet inte alltid kan tillgodoses. Bemanningen nattetid vid särskilda boenden för personer med demenssjukdom är många gånger otillräcklig. Vidare konstateras att väntetiderna till särskilt boende varierar kraftigt mellan kommunerna och är oskäligt långa i vissa kommuner.

Kompetensfrågor är fortfarande i fokus. Andelen personal som har yrkesutbildning ökar och personaltätheten i särskilt boende var i princip oförändrad de sista tre åren. De ökande behoven till följd av befolkningsutvecklingen har emellertid inte resulterat i en totalt sett ökad personalvolym.

Övrig individ- och familjeomsorg

Fler får ekonomiskt bistånd – även många sjuka behöver ekonomisk hjälp

Andelen personer som mottar ekonomiskt bistånd ökar och att förhindra fortsatt långvarigt biståndsmottagande är ytterst angeläget. Två särskilt utsatta grupper är utrikesfödda och unga. Andelen unga med långvarigt bistånd har ökat från 2008 till 2009. 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).

Statistikuppgifter tyder också på att allt fler sjuka som hamnar utanför sjukförsäkringen ansöker om ekonomiskt bistånd för sin försörjning.

Effektiva metoder förebygger hemlöshet och exkludering från bostadsmarknaden

Under 2009 ökade antalet vräkningar för första gången under 2000-talet. Många kommuner arbetar vräkningsförebyggande och siffrorna borde därför gå i motsatt riktning. Antalet vräkt barnfamiljer har dock minskat. Allt fler människor får dessutom hjälp av socialtjänsten med boendet, genom till exempel specialkontrakt. Lokala kartläggningar av antalet hemlösa i storstäderna ger olika bilder av utvecklingen, i Malmö ökar antalet hemlösa samtidigt som de minskar i Stockholm. Hemlösa lever ofta i en mycket utsatt situation och har svårt att bevaka sina rättigheter. Integritet och självbestämmande är därför viktiga aspekter i arbetet att motverka hemlöshet.

Riktade verksamheter gagnar våldsutsatta i nära relationer

Effektutvärderingar av verksamheter för barn som bevittnat våld, våldsutsatta kvinnor och män som utövar våld i nära relation tyder på att riktad verksamhet har positiva effekter på berörda målgruppers psykosociala hälsa. Uppföljningar av Socialstyrelsens tidigare tillsyn visar dessutom att kommuners arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld har förbättrats. Det kvarstår emellertid stora behov av kunskaps- och metodutveckling.

Inledning

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att senast den 1 februari 2011 redovisa tillståndet och utvecklingen när det gäller:

- hälso- och sjukvård inklusive tandvård
- äldreomsorg och äldreomsorg
- stöd och service till flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning
- individ- och familjeomsorg.

Fördjupningsområdet folkhälsa utgör inte ett eget avsnitt i år, eftersom Socialstyrelsen tillsammans med Statens folkhälsoinstitut för närvarande genomför en översyn av folkhälsorapporteringen. Väsentliga förändringar som rör folkhälsa redovisas inom de områden som berörs, till exempel hälso- och sjukvård eller äldre.

Syfte

Lägesrapporterna syftar till att redovisa tillståndet och utvecklingen inom ovan nämnda områden samt utgöra ett underlag för beslutsfattare på nationell nivå.

Målgrupp

Denna rapport riktar sig främst till regeringen och riksdagen men kan vara av intresse även för andra målgrupper.

Datakällor och metoder

Analyserna i denna rapport bygger på flera källor:

- Aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Socialstyrelsens verksamhetstillsyn
- Pågående uppföljningar, till exempel av den nationella vårdgarantin samt inom psykiatri.
- Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.
- Litteratursökningar inom aktuell och relevant forskning.
- Specialbearbetningar och analyser av nationella enkäter, nationella kvalitetsregister, Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper.

- Specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel "Undersökningen om levnadsförhållanden" (ULF), "Hushållens ekonomi" (HEK), "Hälsa på lika villkor" (folkhälsoenkäten), Väntetidsdatabasen, Vårdbarometern och Nationella patientenkäten.

Det finns här skäl att peka på att lägesrapporten inte ger någon heltäckande bild av de olika verksamheterna, utan urvalet av vad som rapporteras har ibland begränsats till följd av otillräcklig tillgång till datakällor.

Rapportens upplägg

Lägesrapporterna utgör i år en gemensam produkt och denna rapport består i huvudsak av två delar. Den första delen beskriver den övergripande utvecklingen inom vård och omsorg. Den andra delen av rapporten utgörs av fördjupningskapitel, ett för varje verksamhetsområde. Tandvård redovisas i år i ett separat fördjupningskapitel. Samma sak gäller för missbruksvården och insatser till barn och unga.

Fördjupningskapitlen är strukturerade efter målen för god hälsa, vård och omsorg. Målen för God vård utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och tandvårdslagen (1985:215) och är formulerade i vägledningen för God vård [1].

Målen för god kvalitet inom omsorg och socialtjänst utgår från socialtjänstlagen (2001:453), SoL och lagen (1933:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och är formulerade i handboken för God kvalitet i socialtjänsten [2]. Kvalitetsområden för socialtjänsten har sitt ursprung i Socialstyrelsens förslag till modell för att utveckla kvalitetsindikatorer i socialtjänsten [3].

Målen för God vård är:

- *Patientfokuserad vård*: vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och dessa vägs in i de kliniska besluten.
- *Hälso- och sjukvård i rimlig tid*: ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.
- *Säker hälso- och sjukvård*: vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.
- *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård*: vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.
- *Jämlig hälso- och sjukvård*: vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.
- *Effektiv hälso- och sjukvård*: tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.

Ytterligare beskrivning av målen för God vård finns i bilaga 1.

God kvalitet i socialtjänsten innebär att:

- *Insatserna bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet.* Tjänsterna ska bygga på respekt för människors självbestämmande. Det är viktigt att genomförda insatser utgår ifrån och bidrar till, att den enskilde både kan och vill styra sitt eget liv. Detta gäller inte minst i de fall då insatserna innebär ett mått av tvång. I och med att socialtjänstens insatser många gånger på ett genomgripande sätt påverkar den enskildes livsvillkor, är det också väsentligt att insatserna utformas med respekt för den enskildes integritet.
- *Insatserna utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet.* Den enskildes samlade livssituation utgör utgångspunkten. I detta ligger också att se till hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande. I den mån den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter och av olika utförare är det viktigt att dessa olika tjänster är samordnade på ett bra sätt och präglade av kontinuitet.
- *Insatserna är kunskapsbaserade och effektivt utförda.* Insatserna ska baseras på bästa tillgängliga kunskap om utformning, innebörd och förväntade resultat. Detta innebär att de, så långt det är möjligt, bör bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. De sociala tjänsterna bör också vara effektiva.
- *Insatserna är tillgängliga och fördelade efter behov.* Det ska vara lätt att få information om vilka tjänster socialtjänsten kan bistå den enskilde med och även att det ska vara lätt att, vid behov, ta kontakt med socialtjänsten och få del av dessa tjänster.
- *Myndighetsutövningen präglas av rättssäkerhet.* Den enskilde brukaren ska inte löpa någon risk att drabbas i någon negativ mening av detta.

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].

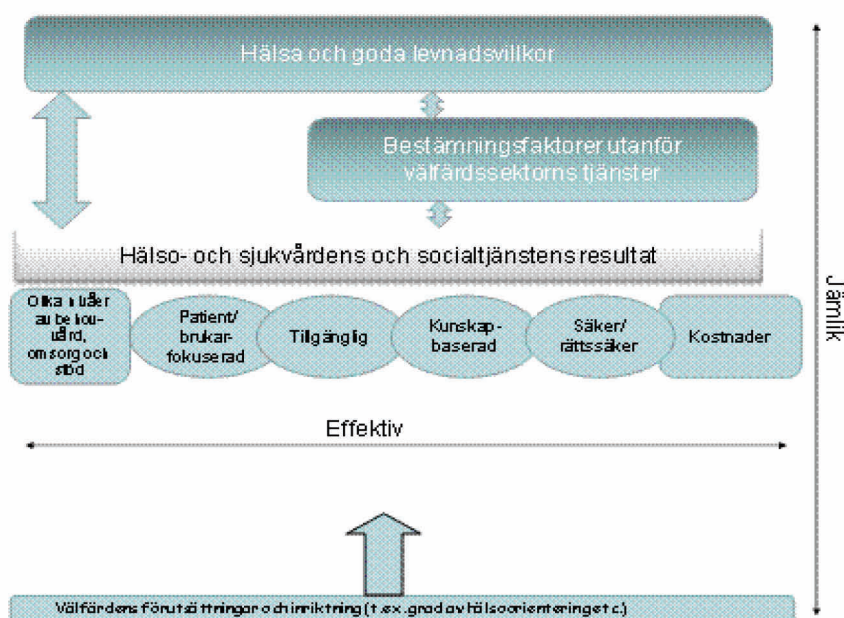
I modellen beskrivs hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter som ”välfärdens tjänster” och sammanfattas som de gemensamt finansierade verksamheter, vars uppgift är att ge god hälsa till medborgarna samt säkerställa skäliga och jämlika levnadsförhållanden för människor i utsatta situationer. 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.

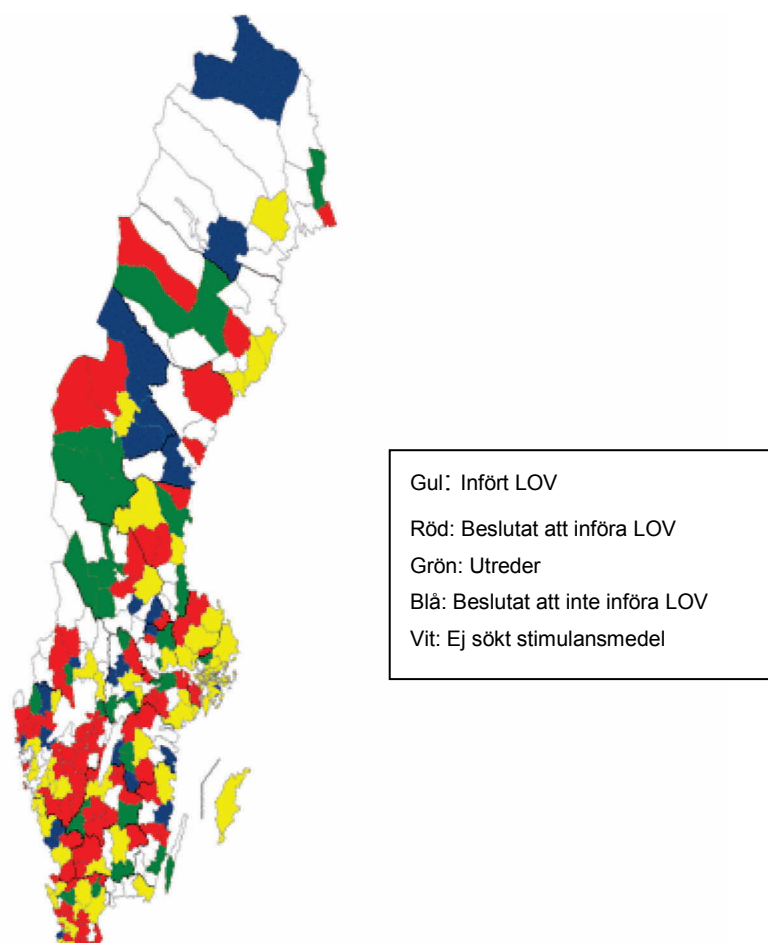
Ökad valfrihet inom vård och omsorg

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-skydd, 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 jämlikt 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.

Hälso- och sjukvård

Sammanfattande iakttagelser

- Läkarbesöken i primärvården fortsätter att öka och vårdvalsreformen i primärvården har inneburit att över 200 fler vårdenheter har etablerats. Fler personer har också fått närmare till närmaste vårdcentral, men fortfarande bedömer en femtedel av patienterna att väntetiden är för lång. Utvecklingen av väntetiderna till specialistsjukvården är fortfarande mer svårbedömda. Enligt den nationella patientenkäten uppger dock en fjärdedel att väntetiden till behandling är för lång.
- Under 2010 uppmärksammades och diskuterades socialt betingade skillnader i hälsa och vård, både på nationell och på regional nivå. Sjukvårdshuvudmännen kommer att fortsätta prioritera sociala aspekter av jämlik vård under 2011.
- Vårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete förefaller prioriteras i allt högre utsträckning. Under 2010 publicerades den preliminära versionen av Socialstyrelsens riktlinjer för hur sjukvården kan arbeta med metoder för hälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna diskuterades runt om i landet under hösten 2010 och kommer att ställa ytterligare krav på att hälso- och sjukvården omprioriterar sina resurser.
- Den nationella patientenkäten visar att de flesta patienter blir respektfullt bemötta, men att det finns brister när det gäller patienternas delaktighet, informationen till patienterna och helhetssynen i vården.
- Öppna jämförelser av vården visar på ett allt bättre resultat inom många områden, vilket successivt leder till en alltmer kunskapsbaserad vård.
- Den självrapporterade psykiska ohälsan är enligt folkhälsoenkäten fortsatt hög och inga förändringar kan ses 2010 jämfört med tidigare år. Antalet självmordsförsök och intag i psykiatrisk slutenvård är fortsatt hög bland unga kvinnor 15–24 år och det ökar bland unga män 15–24 år. För vissa grupper har dock tillgången på kognitiv beteendeterapi i primärvården ökat under de senaste två åren. Enligt en europeisk undersökning från 2010 uppger också svenskarna bättre psykisk hälsa än genomsnittet för Europa.
- Benägenheten att anmäla missöden ökar, vilket tyder på att vårdgivarna successivt blir mer benägna att rapportera missöden och att patientsäkerhetsfrågorna fått större uppmärksamhet. Samma utveckling har också skett när det gäller vårdgivarens benägenhet att rapportera om olika vårdskador till patientregistret på Socialstyrelsen. Under 2010 avstannade den minskning av antibiotikaförskrivning som observerats de senaste åren. Andelen personer med vårdrelaterade infektioner i slutenvården har eventuellt minskat något. Problemet med resistenta bakterier är fortfarande en betydande utmaning och mycket arbete återstår innan en fungerande säkerhetskultur genomsyrar sjukvården.

I kapitlet om hälso- och sjukvård beskrivs den övergripande utvecklingen inom de olika målområdena för God vård. Konceptet God vård introducerades av Socialstyrelsen i myndighetens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [1,2]. I lägesrapportens bilaga 1 återfinns Socialstyrelsens innebördsbeskrivningar för de olika målområdena.

Hälso- och sjukvård för barn och unga, äldre och personer med missbruk behandlas mer utförligt i särskilda kapitel.

Inledningsvis belyses några aktuella utvecklingstrender samt resurs- och personalutvecklingen i hälso- och sjukvården.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt beskrivs den aktuella utvecklingen inom sjukvården med fokus på den allmänna hälsoutvecklingen, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal, landstingens kostnader och vårdtillfällen.

Fortsatt gynnsam hälsoutveckling – men inte för alla

Medellivslängden är ett sammanfattande mått på hur hälsan utvecklas och den fortsätter att öka för både kvinnor och män. 2009 var den 83,4 år för kvinnor och 79,4 år för män. Dessutom har svår sjuklighet som påverkar äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet förskjutits uppåt i åldrarna.

Den vanligaste dödsorsaken är sedan länge hjärt- och kärlsjukdomar, som år 2008 var dödsorsak för 42 procent av kvinnorna och för 41 procent av männen [3]. Både kvinnornas och männens dödstal sjönk kontinuerligt för dessa sjukdomar under perioden 1987–2008.

Tumörer fortsätter att vara den näst vanligaste dödsorsaken och svarade år 2008 för 23 procent av dödsfallen bland kvinnorna och 26 procent bland männen. Lungcancer har gått om bröstcancer som den vanligaste dödsorsaken för kvinnor. Dödligheten i lungcancer har för kvinnor stadigt ökat sedan slutet av 1980-talet medan den har sjunkit för män. Dödligheten i magsäckscancer har sjunkit kraftigt och halverades för både kvinnor och män mellan 1987 och 2008.

Demenssjukdomar uppges i allt större utsträckning som dödsorsak för både kvinnor och män.

Hälsan har inte utvecklats lika positivt för alla [4,5]. Skillnaderna i såväl dödlighet som självskattad hälsa har ökat mellan olika socioekonomiska grupper. Under de senaste 20 åren har exempelvis medellivslängden inte alls ökat bland kvinnor med endast grundskoleutbildning, samtidigt som den ökat bland kvinnor med längre utbildning och bland män med såväl kort som längre utbildning.

Risken för förtida död (före 65 års ålder) är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning. Det gäller för både kvinnor och män. Stora skillnader i förtida död återfinns i samtliga stora dödsorsaker (hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, skador, alkoholrelaterad sjuklighet, diabetes och sjukdomar i andningsorganen).

Den ökande skillnaden i dödlighet mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer har huvudsakligen berott på ökande skillnader i cancerdödlighet. Förkomsten av lungcancer ökar fortfarande bland kvinnor med kortare utbildning, men inte längre bland de med längre utbildning. Dessutom har överlevnaden i bröstcancer förbättrats i högre utsträckning bland dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning än bland dem med enbart grundskoleutbildning. En i sammanhanget positiv utveckling är att det är ovanligare med rökare bland yngre generationer av kvinnor nu än tidigare. Detta börjar nu avspegla sig i lungcancerdödligheten i åldrarna 45–54 år, den minskar medan den fortfarande ökar bland äldre kvinnor.

Övervikt och ungas psykiska ohälsa är fortsatta utmaningar

Övervikt och fetma är riskfaktorer för flera stora folksjukdomar. Betydligt fler är överviktiga eller lider av fetma i dag jämfört med för 20 år sedan, även om det nu finns tecken på att den snabba viktökningstakten har avstannat något på befolkningsnivå [4]. Fetma och övervikt i yngre åldersgrupper har ökat snabbast de senaste 20 åren. Övervikt är dock fortfarande betydligt vanligare bland äldre än bland yngre eftersom övervikt i allmänhet tilltar med stigande ålder. Övervikt är också vanligare i socialt utsatta grupper: exempelvis är fetma ($BMI \geq 30$) i åldern 30–64 år dubbelt så vanligt bland kvinnor och tre gånger så vanligt bland män med förgymnasial utbildning jämfört med de som har eftergymnasial utbildning. De sociala skillnaderna är påfallande redan i barndomen, alltså långt tidigare än personen själv kan börja ta ansvar för sin hälsa på ett medvetet sätt.

I den nationella folkhälsoenkäten ställs frågor till ett urval i befolkningen om bland annat psykisk hälsa [6]. I den senaste enkäten, som genomfördes år 2010, uppgav 21 procent av kvinnorna och 14 procent av männen ett nedsett psykiskt välbefinnande. Dessa andelar har i stort sett varit oförändrade sedan den första folkhälsoenkäten som genomfördes år 2004. Resultatet från en jämförande undersökning mellan europeiska länder från år 2010, visade emellertid att svenskarna i högre grad uppgav positiva känslor och i lägre grad negativa känslor än genomsnittet för de deltagande EU-länderna [7].

Unga har under de senaste 20 åren haft en sämre hälsoutveckling än andra åldersgrupper. Det gäller särskilt för olika former av självrapporterade hälsoproblem. Det blir vanligare att unga rapporterar dåligt allmänt hälsotillstånd och tydligast är förändringen när det gäller självskattad psykisk ohälsa. Enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökningar om levnadsförhållanden (ULF-undersökningen) har besvär av ångslan, oro och ångest ökat trefaldigt bland kvinnor i åldern 16–24 år. På liknande sätt har även självrapporterade besvär av värk ökat kraftigt bland unga, särskilt bland kvinnor. Numera upplever således stora ungdomsgrupper, ungefär 30 procent av kvinnorna och 15 procent av männen i åldern 16–24 år, ångslan, oro eller ångest.

Dessa iakttagelser ger emellertid inte en fullständig bild av ungas psykiska hälsa, bland annat saknas kunskap om barn och unga yngre än 13 år. Mer resonemang om detta förs i kapitel om vård, omsorg och stöd till barn och unga.

Fortsatt fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Socialstyrelsen har under de senaste åren pekat på betydelsen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården [8]. I 2010 års lägesrapport konstaterades att allt fler landsting också lyfter fram de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna i sina förfrågningsunderlag och avtal med utförare i primärvården [5].

Riktlinjer avser att öka det sjukdomsförebyggande arbetet

Under hösten 2010 publicerade Socialstyrelsen en preliminär version av ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” [9]. Riktlinjerna fokuserar på metoder för att förändra ohälsosamma levnadsvanor när det gäller tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat. I riktlinjerna rekommenderas olika former av rådgivning för att förbättra patienters levnadsvanor.

Under hösten 2010 höll samtliga sjukvårdsregioner seminarier för landstingen för att diskutera vad riktlinjerna innebär. Inför dessa seminarier fick landstingen inventera hur de i dagsläget försöker hjälpa patienterna att förbättra sina ohälsosamma levnadsvanor och i vilken mån landstingen behöver bygga ut denna verksamhet.

Riktlinjerna har fått ett positivt mottagande och landstingen ger likartade beskrivningar av nuläget: sjukdomsförebyggande arbete pågår men det följs inte upp på ett systematiskt sätt och är därför svårsmitt.

Arbetet med rökslutarstöd är mest utbyggt, om än inte tillräckligt. Riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet arbetas med i olika grad i olika landsting och områden. För dessa tre levnadsvanor finns i viss utsträckning rutiner och strukturer, men ytterligare prioritering behövs för att rådgivning ska kunna ges enligt rekommendationerna i riktlinjerna.

Däremot bedömer de flesta landsting att de i för liten omfattning har kompetens, rutiner och strukturer för att kunna erbjuda rådgivning till alla patienter med ohälsosamma matvanor. En stor del av satsningen kommer därför sannolikt att avse utbildning av olika personalkategorier och utveckling av arbetet med ohälsosamma matvanor.

Behoven av harmonisering mellan landstingen ökar

Under år 2010 fortsatte landstingsledningarna att anpassa sig till den ökade statliga styrningen, i form av exempelvis vårdgarantin och den prestationsbaserade ersättningen ”kömiljarden”, rehabiliteringsgarantin, sjukskrivningsmiljarden och den nationella cancerstrategin. Genom dessa reformer och handlingsplaner vill regeringen bland annat utjämna skillnader mellan landstingen.

Kunskapsstyrning är något landstingen i allt ökad utsträckning arbetar gemensamt med, till exempel genom samordning av arbete för att täcka kunskapsluckor och genom arbete med nationella vårdprogram. För landstingen är det också av vikt med nationella medicinska indikationer, till exempel gemensamma indikationer för fetmakirurgi, på grund av de långa köerna. Arbetet med nationella medicinska indikationer tas från och med 2011 över av Socialstyrelsen.

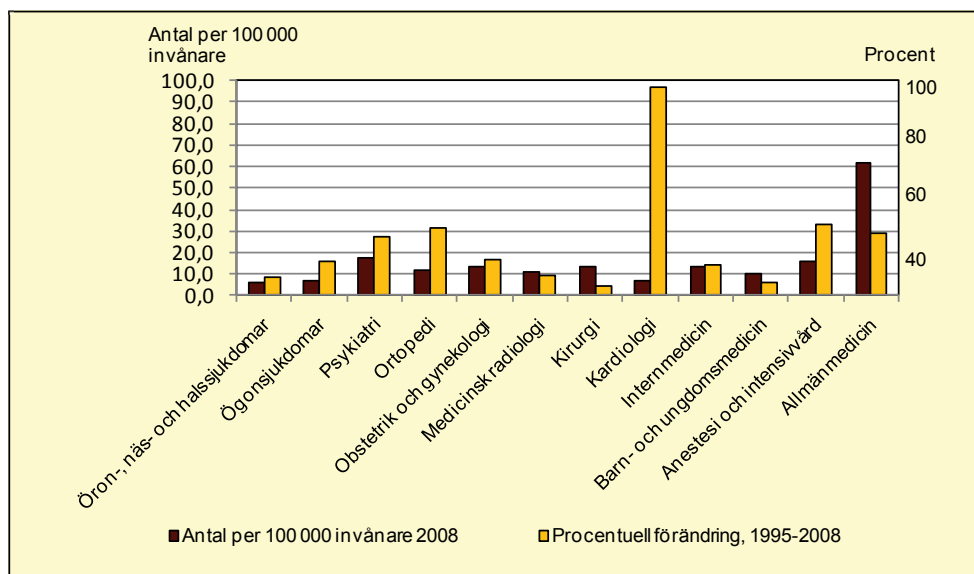
Tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal ökar – men fler behövs

Antalet läkare inom hälso- och sjukvården fortsätter att öka och en allt större andel av dessa är utbildade i andra länder [10]. Efterfrågan fortsätter trots det att överstiga tillgången, särskilt när det gäller specialistutbildade läkare. Detta visar Socialstyrelsens analys som bygger på sysselsättningsstatistik från november 2008, vilket är de senast tillgängliga uppgifterna. Med den nuvarande utbildningskapaciteten och dagens höga invandringsnivå kan tillgången på läkare i hälso- och sjukvården även fortsättningsvis förväntas öka.

Tillgången på vissa grupper av specialistläkare, till exempel i allmänmedicin, är relativt jämn över landet medan tillgången på psykiatriker varierar betydligt. Totalt sett har Stockholms sjukvårdsregion den högsta tätheten av specialistläkare som arbetar inom hälso- och sjukvården. År 2008 fanns där 317 specialistläkare per 100 000 invånare, jämfört med 263 för hela riket.

Tillväxten inom olika specialiteter varierar också. Exempelvis har antalet specialister i kardiologi per 100 000 invånare ökat kraftigt sedan 1995, med närmare 97 procent. Även inom allmänmedicin och psykiatri, två specialiteter som uppmärksammats på grund av rekryteringssvårigheter, har tillgången ökat under dessa år (figur 3:1).

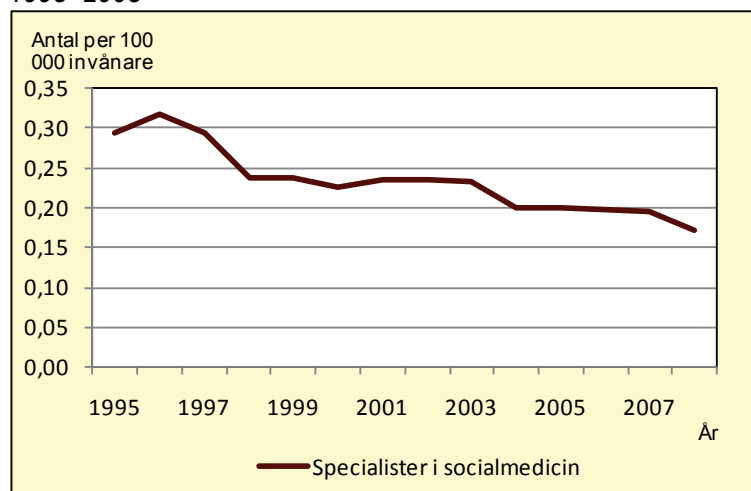
Figur 3:1. Antal specialistläkare per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården, november 2008, samt procentuell tillväxt åren 1995–2008



Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen.

En specialitet som däremot har minskat kraftigt är specialister i socialmedicin. Antalet är bara 0,17 per 100 000 invånare och under perioden 1995–2008 minskade de med 40 procent (figur 3:2). År 2008 fanns därmed endast verksamma 18 läkare med specialistkompetens i socialmedicin som var verksamma i hälso- och sjukvården.

Figur 3:2. Antal socialmedicinare per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården 1995–2008



Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen.

Vidare finns förhållandevis få verksamma specialister inom geriatrik, med tanke på nuvarande och kommande vård- och omsorgsbehov. Antalet är 4,9 per 100 000 invånare, vilket är en ökning med 29 procent åren 1995–2008 (återfinns inte i figur 3:1).

Majoriteten av landstingen bedömer att arbetsmarknaden för sjuksköterskor är i balans, men att det samtidigt är svårt att rekrytera sjuksköterskor med specialistkompetens. Det varierar dock mellan landstingen vilken eller vilka specialiteter som är svårrekryterade. Socialstyrelsens prognos visar att med dagens utbildningskapacitet förväntas tillgången på sjuksköterskor öka under de kommande 15 åren. Om tillgången är god är också möjligheterna goda att uppmuntra sjuksköterskor till specialistutbildning inom de områden som är önskvärda.

Det senaste åren har tillgången på barnmorskor ökat, men till följd av kommande pensionsavgångar kommer antalet yrkesverksamma barnmorskor troligen att minska de kommande åren. Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan på barnmorskor är något större än tillgången, samtidigt som landstingens bedömningar visar att det finns regionala skillnader. Ungefär hälften av landstingen bedömer att arbetsmarknaden är i balans.

Inom fem till tio år kommer det troligtvis att råda stor brist på yrkesverksamma biomedicinska analytiker, eftersom betydligt fler pensioneras än utexamineras varje år.

Genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnader jämfört med andra länder

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har efter en minskning under 1990-talet ökat i samtliga OECD-länder, så även i Sverige. Andelen av bruttonationalprodukten har ökat kontinuerligt sedan 70-talet, då den var cirka 6 procent, och nu uppgår till ungefär 9,4 procent. Därmed ligger Sverige knappt över genomsnittet i OECD. Länder som uppvisar andelar på samma nivå som Sverige är bland annat Norge, Nederländerna och Danmark.

I en aktuell rapport från OECD, *Health at a Glance Europe*, jämförs de europeiska länderna avseende bland annat kostnader [11]. Rapporten konstaterar att EU:s medlemsländer år 2008 i genomsnitt avsatte 8,3 procent av BNP till hälso- och sjukvården — en ökning från 7,3 procent under 1998. Andelen varierar mellan ungefär 6 procent i Cypern och Rumänien till mer än 11 procent i Frankrike. I Schweiz, Österrike, Tyskland och Belgien är andelen av BNP som går till hälso- och sjukvården ungefär 10 procent.

Kostnaderna för primärvård och specialiserad somatisk vård ökar mest

Den hälso- och sjukvård som landstingen ansvarar för kostade 213 miljarder kronor år 2009. Specialiserad somatisk vård stod för 107 miljarder kronor, vilket motsvarar närmare 50 procent. Den näst största kostnadsposten samma år var primärvården med 17 procent av kostnaderna eller nästan 36 miljarder kronor.

Tabell 3:1 Kostnadsutveckling av landstingens hälso- och sjukvård 2005–2009, miljoner kronor samt förändring i procent (2009 års priser)

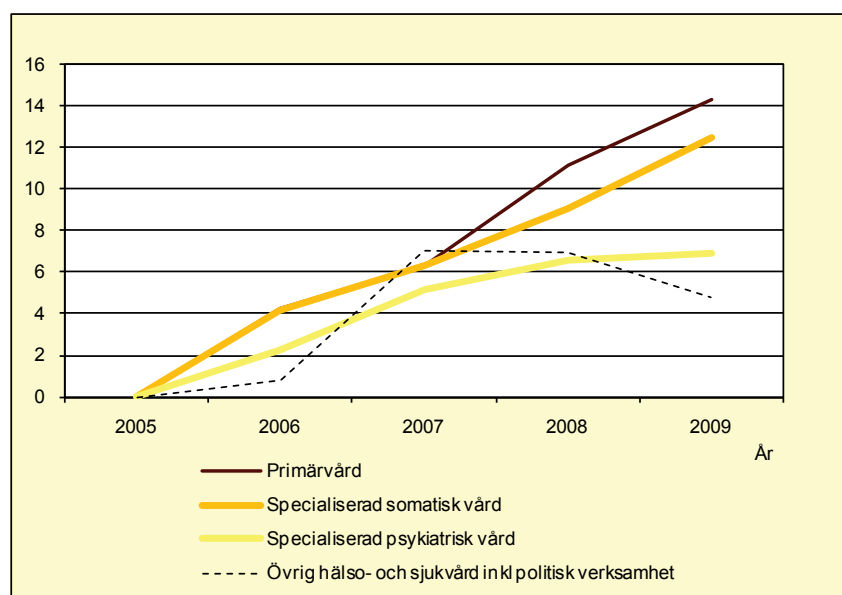
	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–2009 mnkr	Förändring 2005–2009 %
Primärvård	31 342	32 680	33 325	34 829	35 816	4 474	14,3
Specialiserad somatisk vård	95 556	99 568	101 618	104 208	107 483	11 927	12,5
Specialiserad psykiatrisk vård	17 353	17 747	18 246	18 489	18 559	1 206	6,9
Tandvård*	8 876	8 882	8 842	8 916	9 026	150	1,7
Övrig hälso- och sjukvård inkl politisk verksamhet	17 943	18 093	19 207	19 186	18 796	853	4,8
Läkemedel	21 018	20 990	21 144	21 345	21 090	72	0,3
Hemsjukvård	3 209	3 115	2 889	2 739	2 828	–381	–11,9
Summa	195 296	201 075	205 271	209 712	213 598	18 301	9,4

* Avser barn- och ungdomstandvård och landstingens särskilda tandvårdsstöd.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005–2009, och Landstingens räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

Enligt tabell 3:1 ökade kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård med drygt 9 procent i fasta priser under 2005–2009. Störst var kostnadsökningen inom primärvården (14 procent) följt av den somatiska specialistvården (13 procent). Inom den specialiserade psykiatriska vården ökade kostnaderna med 7 procent jämfört med 2005, medan den övriga hälso- och sjukvården ökade med 5 procent. Landstingens hemsjukvård minskade däremot med nästan 12 procent. Det kan vara en effekt av att flera kommuner har tagit över en viss del av hemsjukvårdsansvaret från landstingen.

Figur 3:3. Kostnadsutveckling för landstingens olika vårdområden 2005–2009 (index 2005 = 0)



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005–2009, SKL.

Kostnaden för läkemedel var i stort oförändrad under perioden (tabell 3:1). Ökningstakten för receptförskrivna läkemedel har varit låg sedan 2002 då flera stora patent gick ut och generikareformen infördes [12,13]. De största procentuella ökningarna ses för läkemedel till slutenvården och för receptfria läkemedel. Läkemedelskostnadernas andel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård har varit i stort sett konstant under hela 2000-talet.

Kostnadsutvecklingen för läkemedel under 2009 präglades främst av det fortsatt kärva ekonomiska läget samt apoteksmarknadsomregleringen. Ett av kraven på omregleringen var att kostnaderna inte skulle öka för konsumenter eller samhället. För att uppnå detta mål fick Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ett utökat mandat gällande prissättning och utbyte av läkemedel med generisk konkurrens. TLV går även regelbundet igenom läkemedelssortimentet för att besluta om vilka läkemedel som ska subventioneras och vid vilka indikationer som subventionen ska gälla. För att dessa beslut ska få fullt genomslag måste dock forskrivarna följa TLV:s beslut om begränsad subvention. För närvarande samarbetar TLV och landstingen för att forskrivarna ska bli bättre på att följa subventionsbesluten. Detta samarbete och andra initiativ inom landstingen (från exempelvis läkemedelskommittéer och läkemedelsenheter) är viktiga för nå fram till en effektivare läkemedelsförskrivning.

De receptförskrivna läkemedelskostnadernas andel av BNP var i Sverige år 2008 något lägre (1,2 procent) än genomsnittet för de flesta EU-länder (1,7 procent) medan kostnaderna per capita låg något över genomsnittet [11]. Många europeiska länder har under 2000-talet, liksom Sverige, genomfört olika åtgärder för att begränsa samhällets kostnader för läkemedel.

År 2008 var de totala utgifterna för hälso- och sjukvården i riket var 296 miljarder kronor. Det beloppet inkluderar tandvård, den kommunala hälso-

och sjukvården och alla läkemedel samt hälso- och sjukvårdens investeringar¹ (figur 3:3). I denna siffra ingår således alla hälso- och sjukvårdsrelaterade utgifter, oavsett var och av vem de produceras och finansieras. Uppgifterna för 2009 publiceras av SCB den 31 mars 2011.

Andelen privat vård fortsätter att öka

Landstingen lägger ut allt fler verksamheter på entreprenad och år 2009 köpte de vårdtjänster för cirka 33 miljarder kronor vilket utgjorde 15,7 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård. Det var en ökning med 17 procent från 2005.

Över hälften av alla köp gjordes från privata vårdgivare och företag och det gällde oftast vård inom primärvård och specialiserad somatisk vård. Köp från privata vårdgivare/företag utgjorde 8,5 procent och ökade med 15,4 procent sedan 2005 och andelen ökade mest inom primärvården.

Andelen vårdenheter i primärvården som drivs i privat regi var cirka 35–40 procent i landet och varierade mellan 9 procent i Dalarna och 63 procent i Stockholm under år 2010 [14,15]. Detta rapporterades av Vårdföretagarna, som också uppger målet att hälften av alla vårdaktörer ska vara privata. Motsvarande utveckling ses även för den kommunala äldreomsorgen, där andelen icke-offentliga utförare har ökat och numera utgör cirka 15–20 procent. Utvecklingen mot en allt högre andel privata utförare i vård och omsorg har gått snabbt under senare år och saknar tidigare motsvarighet i Sverige.

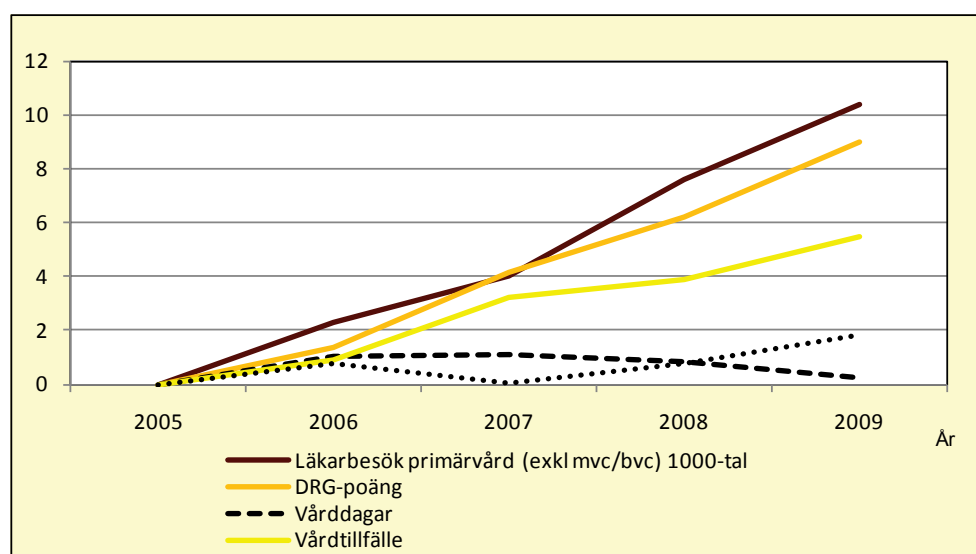
Inom den specialiserade somatiska vården köptes även en hel del vård från andra landsting samt från landstingsägda företag, men storleken på köpen var relativt konstant under perioden 2005–2009. Köpen från ideella organisationer ökade något.

Allt fler läkarbesök görs i primärvården

Antalet vårddagar i slutenvården har legat på ungefär samma nivå de senaste fem åren, samtidigt som antalet vårdtillfällen har ökat med över 5 procent. DRG-poäng är ett mått som används för att uppskatta vårdtyngden och poängen har sedan 2005–2009 ökat med 9 procent. Det indikerar att de patienter som vårdas inom den slutna vården har ett större vårdbehov än tidigare. När det gäller läkarbesök går utvecklingen mot allt fler besök i primärvården i förhållande till besök vid den specialiserade vården som bara har ökat marginellt.

¹ Enligt det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA) OECD.

Figur 3:4. Vårdströmmar år 2005–2009, procentuell förändring i förhållande till 2005 för vårdtillfällen, vård dagar och läkarbesök samt DRG-poäng



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005–2009, SKL

Under 2009 gjorde svenskarna i genomsnitt 2,8 läkarbesök per person. Drygt hälften av besöken gjordes i primärvården och de stod också för större delen av den totala ökningen. I primärvården ökade läkarbesöken med över 10 procent och inom specialistvården ökade läkarbesöken med knappt 2 procent under perioden 2005–2009 (figur 3:4). Jämfört med 2008 ökade läkarbesöken i primärvården med 2,7 procent och läkarbesöken i specialistvården med 1 procent.

Sedan 2005 har andelen besök hos andra personalkategorier än läkare ökade totalt med 9 procent. Majoriteten av dessa besök (69 procent) skedde inom primärvården, hos exempelvis sjuksköterskor och sjukgymnaster. Besök i medicinsk korttidsvård ökade med 13 procent och besök i kirurgisk korttidsvård och geriatrisk vård ökade båda med 14 procent under perioden 2005–2009. Under samma period ökade även besöken hos andra personalkategorier inom den psykiatriska vården med 17 procent.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientens ställning och delaktighet i vården har uppmärksamats alltmer under senare år, bland annat tack vare en lagstiftning från 1999 och aktuella forskningsresultat. Forskningen visar bland annat på positiva effekter på patienternas tillfrisknande om de får ett gott bemötande och kan vara delaktiga i att välja och planera sin vård och behandling [16-19]. I detta avsnitt presenteras framförallt resultat från befolknings- och patientenkäter.

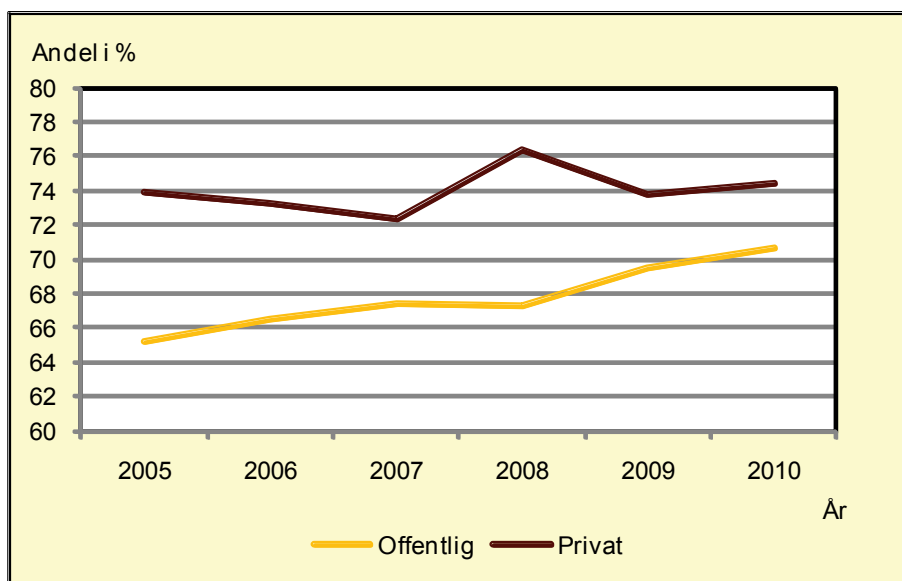
Ökat förtroende och minskade skillnader i nöjdhet mellan offentlig och privat vård

I vilken grad vården är patientfokuserad följs på nationell nivå med olika typer av enkäter. Traditionellt används ”Vårdbarometern”, en befolknings-

undersökning, som under 2000-talet har visat på successiva förbättringar på flera områden. Exempelvis uppger 70–80 procent av patienterna att de är mycket eller ganska nöjda med den vård de har fått [20].

Även Svenskt Kvalitetsindex (SKI) mäter regelbundet befolkningens övergripande ”nöjdhet” med bland annat hälso- och sjukvården [21] och enligt dessa mätningar har människor generellt ett gott förtroende för vården jämfört med andra välfärds- och samhällstjänster. Den senaste mätningen i början på november 2010 visar att medborgarna har blivit ännu nöjdare med vården under senare år och att skillnaderna mellan offentlig och privat vård har minskat (figur 3:5).

Figur 3:5. Andel av medborgarna som är nöjda med den offentliga respektive den privata vården (procent), observera bruten värdeskala



Källa: Svenskt Kvalitetsindex.

SKI:s mätningar stämmer relativt väl överens med mätningar i Vårdbarometern när det gäller övergripande bedömningar av förtroende och betyg satta på senaste besök i vården [20]. Däremot visar SKI:s mätning ett trendbrott när det gäller förväntningarna på hälso- och sjukvården. Tidigare har dessa också stigit men nu visar SKI:s mätning att förväntningarna på vården snarare minskar. Detta gäller framför allt den offentliga sjukvården. Enligt SKI har detta tidigare varit ett tecken på ett framtida negativt genomslag också på ”nöjdheten”.

Information, delaktighet och helhetssyn – stor potential för förbättringar

I arbetet med God vård definierade Socialstyrelsen följande sju nationella indikatorer för vad som kännetecknar vård av god kvalitet:

1. Patienten blir respektfullt bemött som individ.
2. Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas till vara.

3. Patienten erbjuds individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och metoderna för undersökning, vård och behandling.
4. Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa.
5. Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontaktarna.
6. Behandlingsmål sätts i samråd med patienten.
7. Patienten får delta i planeringen och genomförandet av sin vård [22].

Syftet är att dessa aspekter ska belysas i både lokala och nationella uppföljningar av vården. Sveriges första nationella patientenkät genomfördes hösten 2009 i primärvården och under våren och sommaren 2010 inom den slutna specialiserade somatiska vården samt den öppna och den slutna psykiatrien [23-27]. Frågorna handlar bland annat om bemötande, delaktighet, förtroende och information – frågor som ska återspegla de nationella indikatorerna som Socialstyrelsen har fastställt. Genom patientenkäten får patienterna möjlighet att berätta om och betygsätta sina erfarenheter. Resultaten ska sedan användas för att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv. Resultaten kan även fungera som ett underlag för jämförelser, ledning och styrning samt för patienternas vårdval. Undersökningen genomförs av SKL på uppdrag av Sveriges landsting och regioner.

Patientenkäten i primärvården – förtroendet gott men delaktigheten kan förbättras

Drygt 160 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som hade besökt en läkare inom primärvården. Enkäten besvarades av cirka 95 000 patienter (svarsfrekvens 60 procent). Resultatet visade att patienterna var mest nöjda med bemötandet på vårdcentralerna och därefter kom förtroendet och nyttan med besöket. Sämst var primärvården på att informera om orsakerna till förseningar om patienten fick vänta. I Halland och Kalmar gav patienterna goda omdömen på många av de 60 enkätfrågorna. De var nöjda med tillgängligheten och de patienterna fick också större möjlighet att påverka tidpunkten för sitt besök jämfört med riksgenomsnittet.

En ytterligare central aspekt av hur patientfokuserad vården är delaktighet. Över en tredjedel av de patienter som besvarade enkäten uppgav att de bara var delvis delaktiga under läkarbesöket och 7 procent kände sig inte delaktiga i den grad de önskade. Det fanns också vissa brister när det gällde hur patienterna bedömde informationen de fick vid besöket, bland annat avseende biverkningar av läkemedel och andra varningssignaler att vara uppmärksam på.

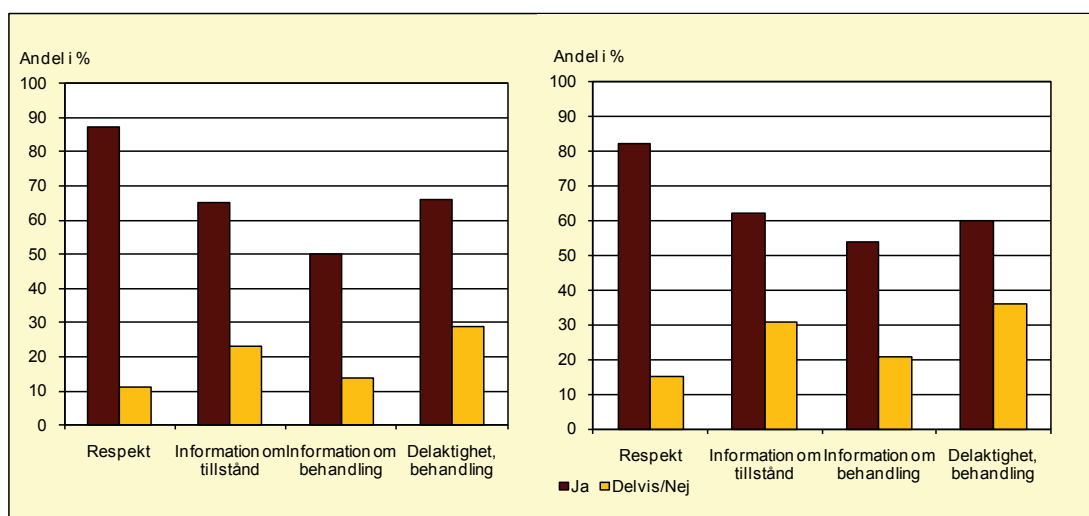
Förbättrad helhetssyn angeläget inom den specialiserade somatiska vården

För den specialiserade sjukhusvården skickades en enkät ut till 200 000 patienter med frågor om sitt senaste vårdtillfälle eller besök. Närmare 125 000 patienter besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på cirka 63 procent. Patienterna upplevde generellt att de fick ett gott bemötande och en majori-

tet skulle rekommendera den enhet som de hade besökt. Enligt enkätsvaren behövs däremot helhetssyn och kontinuitet i vården förbättras. Detta framgår till exempel av svaren på frågorna som rör huruvida behandlaren hade uppmärksammat kopplingen till tidigare sjukdomar och hälsotillstånd och hur svarspersonerna hade upplevt informationen kring vad de kan förvänta sig i det fortsatta sjukdomsförloppet. Patienterna ville också i högre utsträckning kunna påverka tidpunkten för besök eller vårdtillfälle och också få mer information om i vilken utsträckning de kan välja en annan vårdgivare.

Svaren på några av frågorna illustreras nedan i figur 3:6. Frågor om delaktighet och information fick generellt lägre omdöme än frågor som rör personalens bemötande. När det gäller den somatiska öppenvården upplevde nästan 90 procent av de tillfrågade patienterna att bemötandet var respektfullt och hänsynsfullt. Cirka 33 procent kände sig bara delvis delaktiga i besluten om vård och behandling och enligt resultaten går det också att förbättra informationen om både patientens tillstånd och behandling. Mönstren är likartade för den öppna och slutna vården, men en något större andel upplever sig delaktiga i valet av behandling inom den öppna vården jämfört med slutenvården. Resultaten visar sammantaget att vården i större utsträckning behöver utgå ifrån varje enskild patients förutsättningar och förmåga att ta emot och ta till sig information.

Figur 3:6. Andel patienter som är nöjda eller delvis nöjda med olika aspekter av vården i somatisk specialiserad öppenvård respektive somatisk slutenvård (procent)



Sammanställningen bygger på följande frågor: Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt? Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd? Fick du tillräcklig information om din behandling? Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?

Källa: Nationella Patientenkät, 2010.

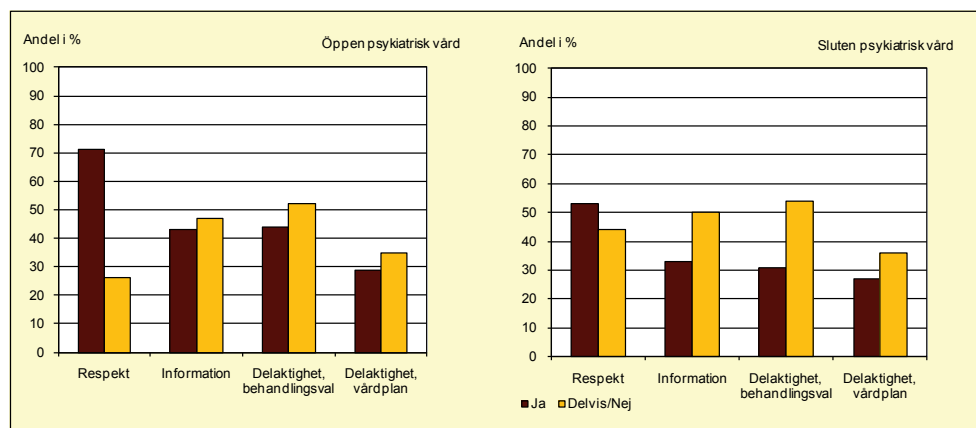
Låg svarsfrekvens inom allmän psykiatri

Den nationella patientenkäten skickades ut till 47 000 slumpvis utvalda vuxna patienter som hade besökt eller varit inlagda inom den allmänna psykiatrin i 19 landsting och regioner. Tyvärr var svarsfrekvensen låg – endast cirka 40 procent av målgruppen besvarade enkäten – vilket gör resultaten

osäkra. Det är känt sedan tidigare att personer med psykiska besvär eller funktionsnedsättningar ofta besvarar enkätundersökningar i lägre utsträckning än andra grupper [28,29].

En översiktlig bortfallsanalys visade att yngre personer och män är underrepresenterade i den här undersökningen, men utan en mer rigorös analys är det svårt att bedöma hur resultaten ska tolkas. Till exempel så påverkar sannolikt typ av sjukdom eller grad av funktionsnedsättning svarsbenägenheten. Trots att över hälften inte har svarat är uppgifterna ändå viktiga att redovisa. De frågor som enkäten tar upp har varit särskilt aktuella för patientgruppen under flera år. Trots begränsningarna kan svaren ge indikationer om problem och områden som kan förbättras.

Figur 3:7. Andel patienter som är nöjda eller delvis nöjda med olika aspekter av vården i psykiatrisk öppenvård respektive psykiatrisk slutenvård (procent)



Sammanställningen bygger på följande frågor: Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt? Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd? Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade? Kände du dig delaktig i utvecklingen av din vårdplan, så mycket som du önskade?
Källa: Nationell Patientenkät, 2010.

Genomgående ges något högre omdömen inom den psykiatriska öppenvården än inom den psykiatriska slutenvården.

De flesta patienter inom den psykiatriska öppenvården bedömde att de bemöttes med respekt, men inom den slutna psykiatriska vården andelen var lägre, se figur 3:7. Inom den slutna psykiatriska vården uppgav också drygt 40 procent att de inte hade, eller bara delvis hade, blivit bemötta på ett respektfullt och hänsynsfullt sätt. Nästan hälften svarade att de inte fick tillräckligt med information om sitt tillstånd och en ännu större andel (drygt 50 procent) uppgav att de inte var delaktiga i besluten om sin behandling. Över en tredjedel bedömde att de inte var delaktiga i utformningen av vårdplanen och över en tredjedel kände inte till någon vårdplan (ingår inte i figuren ovan).

Det går inte utesluta att de mest kritiska personerna är överrepresenterade, vilket skulle kunna förklara att andelarna som ger positiva omdömen generellt sett är lägre än för primärvården och den specialiserade kroppssjukvården. En annan möjlig förklaring till de mindre positiva omdömena kring till exempel information är att det inte är samma exakthet i diagnos och behandling som inom den somatiska vården (mätbara fysiska symtom och biomedicinska undersökningar med bestämda resultat). Detta kan innebära att det

är en större utmaning att kommunicera kring detta inom psykiatrin jämfört med övrig vård.

Svarsmönster för samtliga enkäter

Det fanns relativt små skillnader i mäns och kvinnors bedömningar i de olika enkäterna och det fanns inga tydliga tecken på att någon av dem behandlas sämre eller är mindre nöjda. I liknande undersökningar om vården var i allmänhet de äldre patienterna något mer nöjda med olika aspekter jämfört med yngre. Samtidigt upplevde de äldre i vissa avseenden att de var mindre delaktiga.

Det fanns vissa skillnader mellan patienter som inte har svenska som modersmål och de som hade svenska som modersmål. Av den förstnämnda gruppen ansåg en lägre andel att de hade fått tillräcklig information. De med svenska som modersmål upplevde också i större utsträckning att de hade varit delaktiga i beslut om behandlingen i den grad de önskade jämfört med de med ett annat modersmål (68 procent jämfört med 55 procent i den öppna somatiska vården).

För vissa frågor fanns det också skillnader mellan personer med grundskoleutbildning och de med högskoleutbildning. Också här gällde det främst frågor som rörde information och delaktighet. En större andel av de med högskoleutbildning uppgav att de hade fått information som de förstod och den gruppen kände sig i allmänhet mer delaktiga i beslutet om vård och behandling. I den öppna psykiatriska vården bedömde en större andel av dem med endast grundskoleutbildning att de bemöttes respektfullt och hänsynsfullt (77 procent jämfört med 69 procent bland högskoleutbildade).

Socialstyrelsen avser att göra fördjupade analyser av de Nationella patientenkäternas resultat – särskilt med fokus på jämlikhetsaspekterna.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännens arbete med styrning och uppföljning

Under hösten 2010 gjorde Socialstyrelsen en övergripande kartläggning av landstingens webbplatser. Den visade att de flesta landsting har övergripande riktlinjer och dokument som definierar området patientfokuserad vård och majoriteten uppger att de gör kontinuerliga uppföljningar genom bland annat olika typer av lokala enkäter. Allt fler använder också den nationella patientenkäten för att följa upp kvaliteten i vården. På de flesta webbplatser fanns även information om vart patienterna kan vända sig om de har några klagomål på vården. Genomgången indikerar att landstingen har prioriterat frågor som rör tillgänglighet och väntetider, medan bemötande och delaktighet i vården inte var lika framträdande. Det är också mer oklart i vilken utsträckning vårdgivarna har utvecklat verksamhetsspecifika uppföljningar kring olika frågor som rör bemötande, information och delaktighet. Enligt en revisionsrapport från Västra Götaland regionen saknas i princip sådana dokument (se även texten under Jämlik hälso- och sjukvård) [30].

I juni 2010 publicerade Socialstyrelsen en vägledning för huvudmännen och hälso- och sjukvårdspersonalen kring lagstiftning på området och hur man kan arbeta med bemötandefrågor i hälso- och sjukvården. Avsikten är

att vägledningen som ett underlag när hälso- och sjukvårdshuvudmännen ska utforma lokala riktlinjer på området [31]. Regeringen har också gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med de berörda aktörerna ta fram en patientbok om patientsäkerhet. Genom boken ska patienterna bli mer delaktiga i vården och på så sätt ska vården också bli säkrare. Uppdraget är en del i en nationell satsning på patientsäkerhet i vården. Bland annat har Patient-säkerhetsutredningen pekat på att patienter är en outnyttjad resurs i strävan att höja säkerheten i svensk hälso- och sjukvård.

Tillgänglig hälso- och sjukvård i rimlig tid

Tillgänglighet och väntetider i vården har varit i fokus under lång tid. En tillgänglig hälso- och sjukvård rymmer fler dimensioner än väntetider. Det handlar till exempel om vilka personer som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet – och i vilken utsträckning vården faktiskt är tillgänglig för de med störst behov av vård. Det handlar också om tillgång till information och om fysisk och geografisk tillgänglighet. Målområdet tillgänglig vård har tydliga kopplingar till målområdet *jämlig vård* och målområdet *patientfokuserad vård*.

I detta avsnitt redogörs för nyetableringar av vårdcentraler och apotek, tillgång till rehabiliteringsgarantin, tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv och väntetider i vården.

Fler vårdcentraler...

Socialstyrelsen har länge framhållit att primärvården och närvården behöver stärkas i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Bland annat har tillgängligheten varit ett problem, både när det gäller att nå fram via telefon och hur långt avståndet är till närmaste vårdcentral. I de stora städerna, exempelvis Stockholm, har det länge funnits flest läkarmottagningar i områdena där de boende har bäst hälsa.

I november 2010 presenterade Konkurrensverket sin slutrapport om införandet av vårdval i primärvården [32]. Med hjälp av olika underlag har man bland annat analyserat medborgarnas avstånd till en vårdcentral. Resultaten visar att antalet personer som har mer än 30 minuters bilresa till närmaste vårdcentral nu har minskat med 44 000 och att förbättringen är störst i Värmland och Västerbotten. Verket bedömer också att cirka 500 000 fler medborgare nu har möjlighet att välja mellan minst två vårdcentraler inom 5 minuters bilresa. Enligt rapporten har det tillkommit 223 vårdmottagningar så att det totalt nu finns drygt 450 stycken. Andelen privata mottagningar har ökat från 28 procent till 37 procent.

Konkurrensverket konstaterar dock, i likhet med internationell forskning på området, att data från några olika landsting tyder på att endast ett fåtal utnyttjar möjligheten att välja.

Under 2010 presenterade Karolinska Institutet en utvärdering av vårdvalet i Stockholm [33]. I rapporten konstateras att läkarbesöken har ökat totalt sett, även i så kallat utsatta områden. Mellan 2006 och 2009 bedöms läkarbesöken ha ökat med drygt 550 000 medan besöken hos sjuksköterskor däremot minskat med 60 000. Denna omfördelning kan vara bekymmersam och

leda till dyrare vård eftersom ersättningen för läkarbesök är betydligt högre än för sjuksköterskebesök. Forskarna framhåller också att det inte nödvändigtvis behövs fler läkarbesök i områden med stora folkhälsoproblem, utan snarare större fokus på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Traditionellt är det just distriktssköterskor och andra sjuksköterskor som har arbetat med detta.

... och fler apotek i tätorter

Apoteksomregleringen har inneburit att det har öppnats många nya apotek runt om i Sverige [15]. Myndigheten för tillväxtanalys bedömning var att 150 nya apotek skulle ha startats vid 2010 års slut, vilket motsvarar en ökning med cirka 15 procent. De flesta nya apotek har dock etablerats i områden eller på orter där det finns apotek sedan tidigare och där tillgängligheten i de flesta fall redan innan varit relativt god. Endast ett fåtal apotek har etablerats på orter där det tidigare saknades apotek.

I många gles- och landsbygder är medborgarna därför även fortsättningsvis beroende av nätet av så kallade apoteksombud. Före avregleringen hade dessa en stor betydelse i många gles- och landsbygder där de kompletterat apotekens verksamhet. En förutsättning för att ombuden ska kunna ses som fullvärdiga komplement till apoteken är dock att deras service inte försämras.

Antalet försäljningsställen för receptfria läkemedel har ökat kraftigt. Enligt Läkemedelsverket fanns det i mitten av november 2010 över 6 000 försäljningsställen som hade anmält handel med vissa receptfria läkemedel. Försäljningsställena tycks också ha en god spridning över landet.

Den ökade tillgängligheten av receptfria läkemedel är inte oproblematisk. Det handlar framför allt om den ökade användningen av smärtstillande läkemedel bland ungdomar som nyligen har uppmärksammats. Några sjukhus och akutmottagningar har rapporterat att dessa läkemedel i ökad omfattning används i självmordsyfte bland unga – en utveckling man också har sett i andra länder [34]. Det är därför angeläget att noga följa upp handeln med receptfria läkemedel i detta avseende.

Socialstyrelsen har tagit del av erfarenheter som indikerar att det sedan omregleringen varit problem med tillgång till läkemedel för vissa patientgrupper och sämre möjligheter till distribution av produkter mellan olika apoteksaktörer. Omregleringen har ännu inte utvärderats ur ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv.

Rehabiliteringsgarantin – tillgång på behandling ökar

Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan regeringen och SKL som inleddes 1 juli 2008 och som fortsätter även 2011. Syftet med garantin är att göra vissa behandlingar mer tillgängliga för personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna till följd av ospecifika smärttillstånd i rörelseorganen eller till följd av lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. De behandlingar som omfattas av garantin är multimodal rehabilitering (MMR) och psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT).

Tillgången på MMR har ökat i samtliga landsting sedan 2008 och har förbättrats framför allt i primärvården. Tillgången på KBT i primärvården har också ökat och fortsätter att öka [35,36]. Skattningar talar för att de behandlingar som genomfördes under 2009 motsvarade mer än 60 procent av det behov som fanns vid årsskiftet 2008/2009 [37].

Socialstyrelsens uppföljning av resultaten för år 2009 visade att på en övergripande nivå (när det exempelvis gäller behandlarnas kompetens och behandlingarnas omfattning) verkade landstingen leva upp till de kvalitetskrav som överenskommelsen anger. Tre fjärdedelar av KBT-behandlingarna genomfördes av psykoterapeuter med minst steg 1-utbildning i psykoterapi och 92 procent av den multimodala rehabiliteringen genomfördes av sammanhållna team med läkare, psykolog och sjukgymnast. Däremot fanns det inget underlag för att bedöma insatsernas faktiska innehåll. Det var dock endast hälften av landstingen som använde något slags formaliserat godkännandeförfarande och det godkännande som skedde innehöll sällan någon tydlig kvalitetskontroll. Den kvalitetskontroll som gjordes gällde till exempel om intyg på KBT-kompetens fanns eller granskning av MMR-program. Brist på kvalitetskontroll gällde i viss mån också de enskilda vårdenheterna – endast drygt hälften av KBT-behandlingarnas resultat följdes upp av den behandlande enheten. Samtliga landsting vidtog under 2010 olika åtgärder för att öka tillgången till KBT-kompetens [36].

Karolinska Institutet har gjort en första uppföljning av rehabiliteringens effekter på sjukfrånvaron för de första tre kvartalen 2009 och den visar en tendens till minskad sjukfrånvaro [38]. Minskningen var något mer markant hos de personer som har fått en psykologisk behandling jämfört med personerna i multimodal rehabilitering. Rehabiliteringens effekt är mest påtaglig om insatsen sätts in under sjukfrånvarons två första månader.

I Region Skåne har man följt ett urval av patienter inom rehabiliteringsgarantin under det andra halvåret 2009 för att se vilken effekt insatserna hade på patienternas hälsorelaterade livskvalitet. Deras hälsotillstånd var kraftigt nedsatt före behandlingen men blev påtagligt bättre efter rehabiliteringen, både för de som led av psykisk ohälsa och de med smärtproblematik.

Rehabiliteringsrådet har i ett delbetänkande föreslagit att rehabiliteringsgarantin på sikt bör inkludera fler medicinska tillstånd och insatser [39].

Minskar köerna?

Den nuvarande formen av vårdgarantin infördes år 2005 och täcker i stort sett alla icke-akuta besök inom primärvården samt planerade nybesök och behandlingar inom den specialiserade vården. Enligt en överenskommelse mellan staten, landstingen och SKL, som kallas ”kömiljarden”, får landstingen ett resurstillskott om vissa mål uppnås. Utöver denna överenskommelse finns en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, och en uppföljning av denna beskrivs i kapitlet om barn och unga.

Den 1 juli 2010 blev en informationsskyldighet om vårdgarantin lagstadgad (2b § 4 HSL), vilket innebär att patienten ska ges individuellt anpassad information om vårdgarantin. I Socialstyrelsens uppföljning från år 2010 [40], som bygger på väntetidsutvecklingen mellan november 2008 och no-

vember 2009 gjordes följande bedömning: Under det första året med "kömiljarden", år 2009, minskade andelen patienter som väntade längre än 90 dagar på besök eller behandling i den planerade specialiserade vården avsevärt. Samtidigt skedde en kraftig ökning av andelen patienter som registrerades som patientvalt väntande. Detta innebär att det totala antalet väntande inte minskade i lika hög grad som antalet patienter som väntade längre än 90 dagar.

Problematiken med den ökade registreringen av patientvald väntan ledde till att SKL i samråd med de olika landstingen tog fram regler som på ett mer stringent sätt styr när patienter kan registreras som patientvalt väntande. I rapporter från väntetidsdatabasen särredovisas patientvald väntan fortfarande. Men sedan den 1 september 2010 ingår patienter som frivilligt valt att vänta längre än vårdgarantins gränser i det totala antalet väntande i beräkningen av "kömiljarden". Jämförbarheten mellan landstingens väntetidssiffror har därmed också blivit avsevärt mycket bättre. En konsekvens av förändringarna i reglerna och i principerna för fördelningen av "kömiljarden" är att andelen patienter som väntar längre än vårdgarantins gränser ser ut att ha ökat under 2010, medan det i själva verket handlar om ändrade rutiner kring inrapportering och redovisning [41].

Enligt Socialstyrelsens pågående analys av väntetiderna baserad på tillgängliga dataunderlag tycks det totala antalet väntande patienter har minskat på lång sikt, det vill säga sedan vårdgarantin infördes år 2005. Men även denna bedömning måste tolkas med försiktighet. Väntetidsrapporteringen blir visserligen allt bättre och dataunderlaget mer tillförlitligt, men det finns ändå tecken på att landstingen inte rapporterar alla patienter som söker vård eller har fått en remiss. Det kan handla om att patienten inte sätts upp för ett läkarbesök utan hänvisas till någon annan mottagning, att remisser inte tas emot om man inte kan ge patienten en tid inom vårdgarantins gränser eller att patienter blir ombedda att ringa senare utan att de registreras som aktivt väntande.

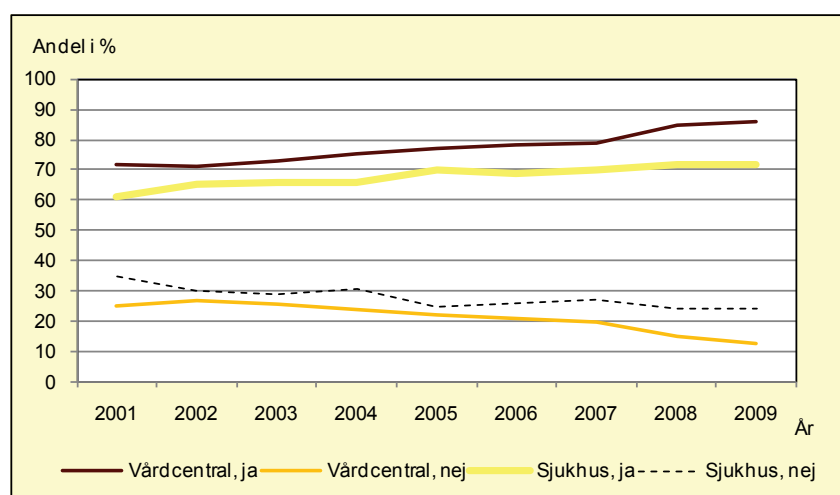
Fler patienter bedömer väntetiderna som rimliga – men utmaningar kvarstår

Patientens egen upplevelse av väntetiderna är en av de nationella indikatorerna för vård i rimlig tid som Socialstyrelsen har definierat [22]. Detta kan följas med bland annat Vårdbarometern och de Nationella patientenkäterna.

Enligt Vårdbarometern upplever allt fler patienter väntetiderna som rimliga [20]. Av dem som besökt en vårdcentral och fått vänta en dag eller mer, har andelen som ansåg att väntetiden var rimlig ökat kontinuerligt sedan 2001 och var 86 procent år 2009 (figur 3:8).

Undersökningen från år 2009 visade också att 60 procent ansåg att det var lätt att komma fram på telefon till en vårdcentral medan 20 procent upplevde att det var svårt. Ungefär lika stor andel, 59 procent, tyckte att det var lätt att komma fram till sjukvårdsrådgivningen.

Figur 3:8. Patienternas uppfattning om väntetiden till besök på en vårdcentral eller ett sjukhus – rimlig eller inte (procent)



Källa: Vårdbarometern, SKL.

Även i den nationella patientenkäten ställdes frågor om väntetider och tillgänglighet [23-27]. 18 procent tyckte att väntetiden var för lång till ett besök i primärvården och 26 procent tyckte att väntetiden till behandling på sjukhus var för lång. När det gällde besök i specialistsjukvården ansåg 10 procent att de inte fick tid så snart de önskade och i öppenpsykiatrien var det 6 procent som tyckte att tillgängligheten var dålig.

Väntetider vid akutmottagningar

Socialstyrelsen har under 2010 utrett förutsättningarna för att kunna följa väntetiderna vid sjukhusens akutmottagningar [42]. I en första delrapport visades att den genomsnittliga genomloppstiden, dvs. tiden "från dörr till dörr", för patienter vid sex studerade akutmottagningar varierade från 2 timmar och 45 minuter till 4 timmar och 15 minuter. Vid den mottagning som hade längst genomsnittlig genomloppstid hade var fjärde patient vistats mer än 7 timmar på akuten.

Brister i tillgänglighet för funktionshindrade

År 2010 undersökte Socialstyrelsen tillgängligheten till vårdcentraler ur ett funktionshinderperspektiv och konstaterade att tillgängligheten är hög för personer med rörelsehinder [43]. Men hos majoriteten av de undersökta vårdcentralerna fanns det brister i tillgängligheten för personer med andra typer av funktionsnedsättningar, i synnerhet synnedsättningar, hörselnedsättningar och kognitiva funktionsnedsättningar. Ytterligare resonemang om denna studie förs i kapitlet om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Nationellt utvecklingsarbete och uppföljning

Tack vare "kömiljarden" har tillgänglighetsfrågorna fått en betydligt högre prioritet i landstingen. I många landsting pågår också utvecklingsprojekt för

att skapa effektivare processer och göra andra logistikförbättringar. Socialstyrelsens uppföljning visade till exempel att den nuvarande kortsiktiga schemalaggningsen av läkarnas arbetstid är problematisk. Ett annat förbättringsområde för landstingen är att se till att till hälso- och sjukvårdspersonalen blir bättre informerade om vårdgarantin.

Landstingen rapporterar sina väntetider i SKL:s databas "Väntetider i vården" som för närvarande är den enda datakälla som innehåller rikstäckande uppgifter om väntetiderna i primärvården och den planerade specialiserade vården. Det är svårt att tolka tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård eftersom dataunderlaget inte är jämförbart mellan olika tidpunkter. Olikheter i inrapporteringsrutiner, datakvalitet och regler försvårar jämförelser. Socialstyrelsen anser att inrapporteringen av väntetidsdata bör ingå i det nationella patientregistret. Då får man en mer komplett registrering av patientens väg genom vården och en bättre bild av både väntetiderna och vårdförloppet. Dessutom blir det lättare att se om vissa sjukvårdsinsatser eller patientgrupper trängs undan, exempelvis kroniskt sjuka.

Socialstyrelsen fortsätter att följa tillgänglighetsfrågor och väntetider och kommer under 2011 bland annat rapportera om "kömiljarden", vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa och väntetider inom akutsjukvården. Ett arbete med att följa väntetider i cancersjukvården har också inletts [44].

Säker hälso- och sjukvård

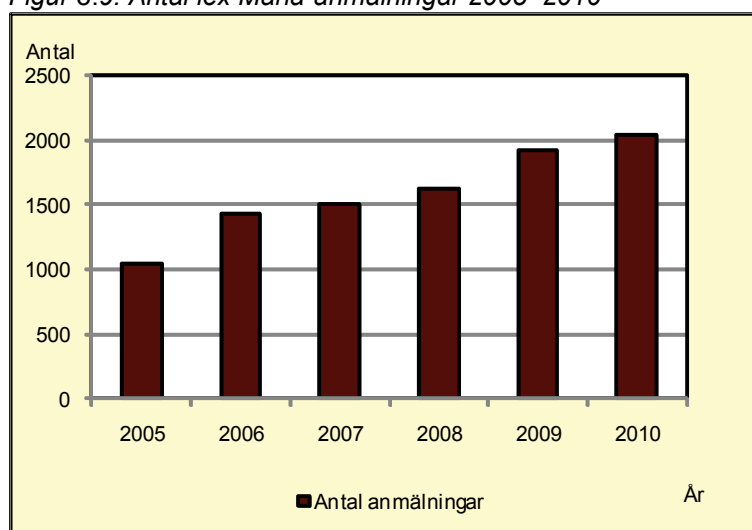
Socialstyrelsens tidigare undersökningar har visat att nästan 10 procent av alla patienter drabbas av någon vårdskada [45]. Trots de senaste årens satsningar och ökade uppmärksamhet är det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Sverige ännu bara i början av sin utveckling [46]. Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag som bland annat innebär att vårdgivaren har ett större och tydligare ansvar för arbetet med patientsäkerheten. Regeringen har för år 2011 också avsatt 500 miljoner kronor för att utveckla patientsäkerheten, där huvuddelen av satsningen utgörs av ett prestationsbaserat stimulansbidrag till landstingen.

Nedan beskrivs utvecklingen av säker hälso- och sjukvård vad gäller anmälningar av missöden i vården, nationella patientsäkerhetssatsningar, antibiotikaresistenta bakterier och antibiotikaförskrivning, personalkontinuitet samt antal vårdplatser.

Benägenheten att anmäla missöden ökar

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren anmäla till Socialstyrelsen händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria). Antalet anmälningar fortsätter att öka, men det är ändå bara en mindre del av vårdskadorna som anmäls (figur 3:9). Ökningen av anmälda fall kan tolkas som att vårdgivarna är mer benägna att anmäla sådana händelser och att patientsäkerhetsfrågorna får allt större uppmärksamhet.

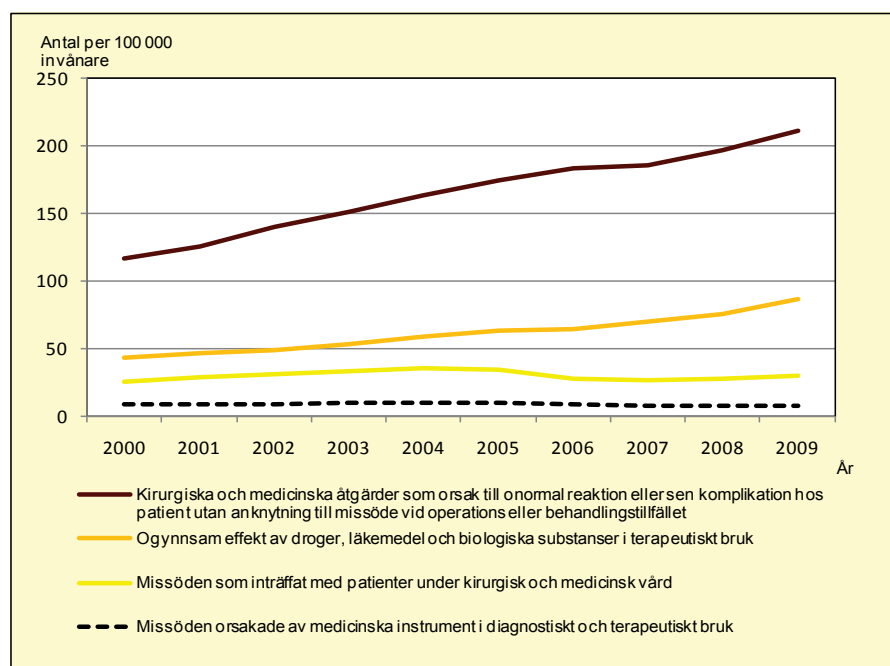
Figur 3:9. Antal lex Maria-anmälningar 2005–2010



Källa: Socialstyrelsen.

Ett annat mått på hur många patienter som skadas i samband med sjukhusvård är de uppgifter som rapporteras till Socialstyrelsens patientregister om skador till följd av missöden samt om övriga skador och komplikationer på grund av kirurgiska och medicinska åtgärder.

Figur 3:10. Antal patienter per 100 000 invånare med olika typer av skador eller komplikationer som orsakades av missöden eller av komplikationer i vården



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Rapporteringen av ogynnsamma effekter av läkemedel har ökat, liksom rapporteringen av onormala reaktioner eller komplikationer som inte beror på något missöde (figur 3:10). Det är oklart vad dessa ökningar beror på, men

kan antas bero på en ökad benägenhet att rapportera även denna typ av händelser.

Nationella patientsäkerhetssatsningar fortsätter

År 2008 påbörjade SKL en nationell satsning för att förbättra patientsäkerheten [47] och man tog fram åtgärds paket inom sex prioriterade områden för att förebygga

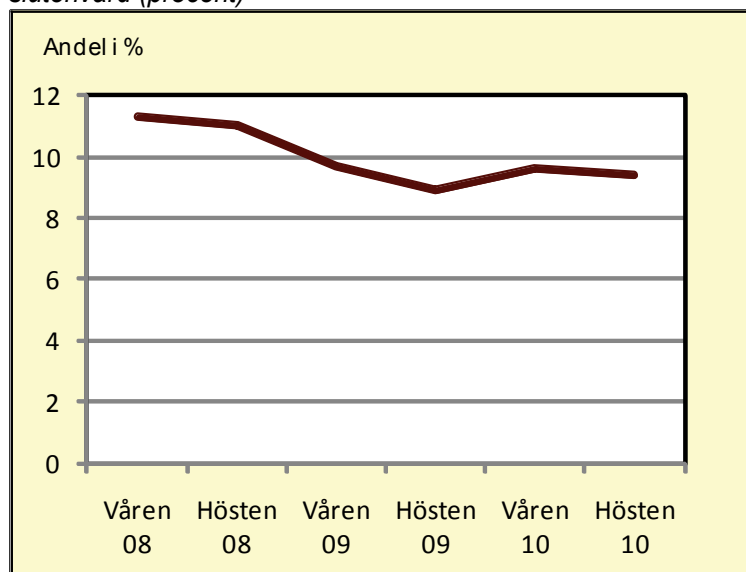
- vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- infektioner vid centrala venösa infarter (katetrar i stora blodkärl)
- postoperativa sårinfektioner
- läkemedelsfel i vårdens övergångar
- fall- och fallskador i samband med vård
- trycksår i samband med vård.

För varje åtgärds paket finns en mall för uppföljning av den egna verksamheten. I uppföljningen ingår bland annat att man systematiskt och regelbundet genomför journalgranskningar. På så sätt får varje verksamhet se sina egna resultat och får därmed en grund för att analysera och förbättra sin egen verksamhet.

Även resultaten för patienterna följs upp, exempelvis genom andelen vårdrelaterade infektioner som redovisas här nedan. Fall, fallskador, trycksår och läkemedelsindikatorer redovisas i kapitlet ”Vård och omsorg om äldre”.

En vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som patienter får till följd av en sjukhusvistelse eller en behandling i öppenvården. Sådana infektioner förlänger vårdtiden, ökar användningen av antibiotika och är resurskrävande. Smittspridningen kan dock minska om vårdpersonalen alltid följer de grundläggande hygienrutinerna och klädreglerna. Våren 2008 började SKL mäta andelen patienter som drabbas av VRI, med mätningar två gånger per år inom den somatiska och psykiatriska slutenvården. De sex mätningar som hittills har genomförts visar att de registrerade infektionerna minskat något sedan den första mätningen, från knappt 12 procent av alla patienter våren 2008 till knappt 10 procent hösten 2010 (figur 3:11). Inom den psykiatriska slutenvården drabbades 1,2 procent av patienterna av en VRI under våren 2010.

Figur 3:11. Andel patienter med en vårdrelaterad infektion inom somatisk slutenvård (procent)



Källa: SKL.

Under år 2010 har SKL utökat den nationella satsningen med mätning av basala hygienrutiner och klädregler, där den första mätningen hösten 2010 visade att endast 56 procent av personalen uppfyllde alla kraven. Ytterligare satsningar gällde planering av ett registreringssystem för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner (VRI), patientmedverkan och stöd till kommuner och primärvård.

Förutom SKL:s satsning arbetar landstingen även med andra projekt för att förbättra patientsäkerheten. Ett exempel är tillämpningen av Världshälsoorganisationens (WHO) checklista för säker kirurgi, ett projekt som startades av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag [48]. Denna checklista har anpassats till svenska förhållanden och lanserades i mars 2009. I juni 2010 uppgav samtliga operationsavdelningar att de använde checklistan och på vissa sjukhus hade den använts vid samtliga ingrepp.

Antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka

Problemet med bakterier som är resistenta mot antibiotika har förekommit sedan antibiotika infördes som behandling vid infektioner hos människor. För att begränsa resistensutvecklingen är det viktigt att den totala antibiotikaanvändningen minskar och att antibiotika används rationellt. En viktig del i arbetet mot antibiotikaresistens är också att förebygga spridningen av resistenta bakterier, inte minst i riskmiljöer som inom vården och omsorgen.

Det finns i dag fyra sorters resistenta bakterier som är så allvarliga att de är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen (2004:168). Det är meticillin-resistenta staphylococcus aureus (MRSA), tarmbakterier som producerar extended spectrum betalactamase (ESBL), vancomycinresistenta enterokocker (VRE) och pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PNSP).

Under 2009 anmäldes 1 480 fall av MRSA, vilket var en ökning med 13 procent sedan 2008 [49]. Cirka hälften av dessa hade smittats i Sverige, och

till största delen ute i samhället och inte inom vård och omsorg. Drygt hälften (88 fall) av de som smittades inom vård och omsorg hade smittats inom äldreomsorgen eller i öppenvården och resterande (85 fall) hade smittats på sjukhus. Socialstyrelsen har under 2010 publicerat rekommendationer för bedömning och handläggning av MRSA [50].

Under 2009 rapporterades 3 754 fall med ESBL. Vid jämförelse av andra halvåret 2009 och samma period 2008 ökade fallen med 27 procent. Under 2009 skedde också flera utbrott inom sjukvården på barnkliniker och neonatalavdelningar runt om i landet.

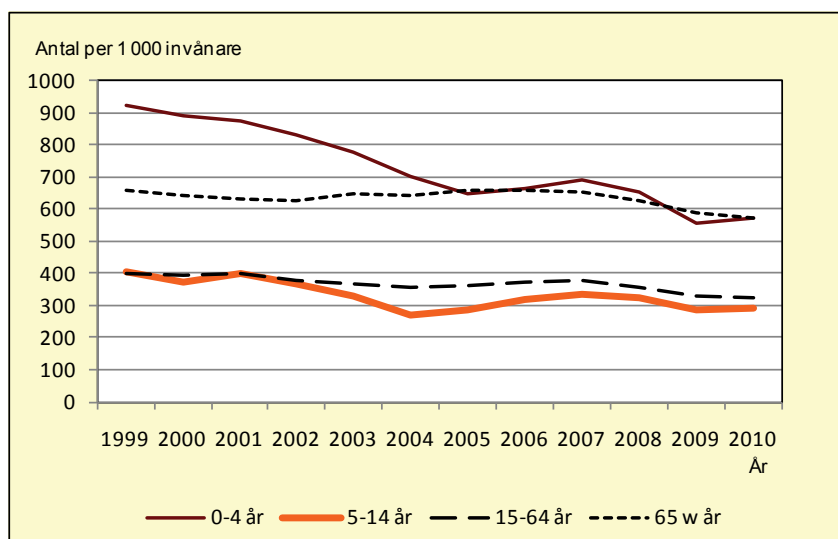
Sjukvårdsrelaterade VRE-utbrott har varit vanliga i många delar av världen men ovanliga i Sverige fram till 2007. Under 2008 rapporterades 618 fall och under 2009 402 fall [51]. Intensiva åtgärder medverkade till att antalet nya fall minskade under 2009.

Under 2009 rapporterades 446 fall av PNSP, vilket var en minskning med 21 procent sedan 2008. Trenden har i stort sett varit minskande sedan 1997.

Antibiotikaanvändningen

Antibiotikaförsäljningen har minskat sedan början av 90-talet. Försäljningen ökade något under åren 2004-2007, för att därefter minska igen under 2008-2009. För år 2010 sågs ingen ytterligare minskning, antalet recept per 1000 invånare låg på samma nivå som 2009.

Figur 3:12. Recept på antibiotika i olika åldersgrupper, 1999–2009 (antal recept per tusen invånare)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Under 2009 minskade antibiotikaförsäljningen med 6 procent (mätt i dygnsdoser) jämfört med 2008 [52]. Minskningen var markant i alla landsting men varierade stort mellan olika regioner i Sverige och dessa skillnader kan inte förklaras med att sjukdomsbilden varierade i landet. Skillnaderna gällde både den totala mängden antibiotika samt de typer av antibiotikapreparat som används. Den största minskningen av antibiotikarecept år 2009 gällde barn i åldern 0–4 år (figur 3:12). Den kan bland annat bero på att fler förstod

vikten av en god handhygien, något som uppmärksammades i samband med smittspridningen av influensa A (H1N1). Antibiotikaanvändningen hos barn har också varit i fokus i informationssatsningarna från Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama). Även om den totala antibiotikaanvändningen låg på samma nivå år 2010 som år 2009, ökade den i vissa åldersgrupper, särskilt bland barn 0-4 år. Denna ökning kan bland annat bero på ökat våldsökande för infektioner i anknytning till influensaperioden.

De flesta luftvägsinfektioner läker av sig själva, men de är också den vanligaste orsaken till att barn får antibiotika. Under 2009 fick 30 procent av alla barn 0-6 år minst en antibiotikakur. När luftvägsinfektioner måste behandlas rekommenderas i första hand penicillin V och Stramas målsättning är att den typen bör användas i minst 80 procent av fallen. När det gäller förskrivna luftvägsantibiotika till barn ökade andelen penicillin V från i genomsnitt 62 procent 2008 till 65 procent 2010. Det är dessutom vanligt att barn får upprepade antibiotikakurer [53]. Vart tionde recept på luftvägsantibiotika till barn följs av en ny antibiotikakur inom 14 dagar. Detta kan exempelvis bero på olämplig läkemedelsform eller att smaken inte uppskattas.

Kinoloner är en typ av antibiotika med ett brett spektrum och bör inte vara första alternativet vid urinvägsinfektioner. Stramas föreslagna mål är att kinoloner bör stå för högst 10 procent av de antibiotika som förskrivs för att behandla urinvägsinfektioner hos kvinnor i åldern 18-79 år. Detta har också förbättrats eftersom andelen kinoloner minskade från 20 procent år 2008 till 15 procent år 2010.

I slutenvården ser man en positiv utveckling i antibiotikaanvändningen under de senaste åren, från att främst ha använt bredspektrumpreparaten cefalosporiner till att i högre grad använda antibiotika med ett smalt spektrum, som penicilliner. Trenden fortsätter och var ännu tydligare under 2009.

Den största mängden antibiotika används av människor. 2009 såldes ungefär 64,5 ton antibiotika till människor jämfört med 14,7 ton till djur [52].

Hyrläkare i primärvården ger bristande kontinuitet

Inom primärvården är det vanligt att man anlitar hyrläkare och på vissa ställen finns nästan inga ordinarie läkare [54]. Detta kan innebära risker för patientsäkerheten, främst på grund av att patienterna får för dålig kontinuitet i vården, men det innebär även att en del vårdcentraler saknar läkarkompetens i sitt utvecklingsarbete. Det är angeläget att vårdgivarna ökar sina insatser för att bemanna vårdcentralerna med ordinarie läkare.

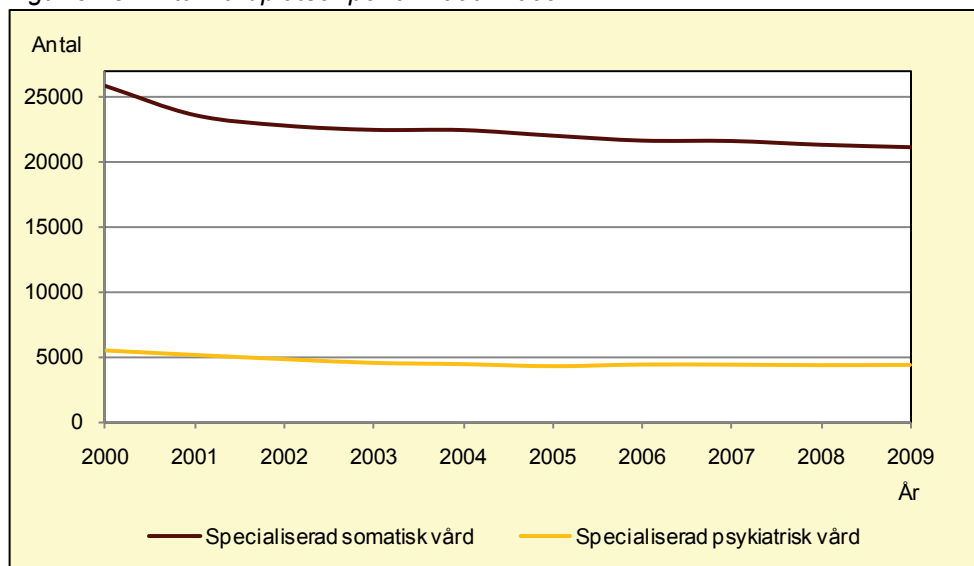
År 2009 gjorde Socialstyrelsen en tillsynsinspektion vid tio vårdcentraler i en sjukvårdsregion och den visade att nio av de tio vårdcentralerna hade haft hyrläkare inom verksamheten under de senaste åtta veckorna före inspektionen. Vid två vårdcentraler var användningen av hyrläkare omfattande. På åtta av vårdcentralerna arbetade man dock med att säkerställa patientsäkerheten trots att man anlitade sådana hyrläkare.

Brist på vårdplatser ett utbrett problem

Antalet vårdplatser i Sverige har minskat drastiskt under de senaste decennierna. Platserna har också fortsatt att minska för varje år under 2000-talet,

men minskningen har mattats av de senaste åren (figur 3:13). Det är framför allt vårdplatserna inom specialiserad somatisk vård som har minskat och då främst platser inom den medicinska korttidsvården. Denna utveckling beror framför allt på att alltmer vård utförs i öppna vårdformer.

Figur 3:13. Antal vårdplatser per år 2000–2009



Källa: Sjukvårdsdata i fokus, SKL.

Landstingen har bedömt hur tillgången på vårdplatser kommer att utvecklas under de närmaste två åren och enligt dem är det inte säkert att antalet platser fortsätter att minska [55]. I dagsläget har dock Sverige få vårdplatser per invånare, i förhållande till andra jämförbara länder inom OECD.

I sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen vid flera tillfällen sett att bristen på vårdplatser kan innebära allvarliga risker för patienterna. Ett exempel är Socialstyrelsens inspektioner vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, där resultatet ledde fram till att sjukhuset under 2009 fick ett vitesföreläggande.

Socialstyrelsen har i en enkät frågat samtliga landsting och akutsjukhus om de hade tillräcklig tillgång på vårdplatser under 2009. De flesta som besvarade enkäten upplevde att det saknades vårdplatser inom något vårdområde någon gång under året. Om bristen var mycket tillfällig behöver den inte ha haft några negativa effekter på vårdkvaliteten och patientsäkerheten, men kommentarer från vissa landsting och sjukhus tyder på att bristen var återkommande och att detta upplevdes som ett problem.

Mycket tyder på att bristen på vårdplatser är ett utbrett problem inom den svenska hälso- och sjukvården och att det kan få allvarliga konsekvenser för patientsäkerheten.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Det nationella arbetet med kunskapsstyrning fortsätter. Socialstyrelsen har i en rapport om kunskapsstyrningen i Sverige [56] konstaterat att det finns ett

behov av ytterligare samplanering mellan myndigheterna och även bland huvudmännen. Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) bildades 2009 med representanter för sjukvårdsregionerna, SKL och myndigheter, och den fortsätter sitt arbete med samarbete kring val av områden för kunskapsunderlag och med spridning och införande. Sjukvårdsregionerna bygger också på olika sätt upp sina egna organisationer för kunskapsstyrning där flera landsting nu har egna grupper som ger ledningen stöd bl.a. i prioritering av resurser. Den tidigare nationella modellen för prioritering från 2007 [57] håller på att uppdateras och publiceras våren 2011.

Socialstyrelsens har intensifierat sitt arbete med ta fram riktlinjer för hälso- och sjukvården och under 2010 har Nationella riktlinjer inom följande områden publicerats:

- demenssjukdom (slutlig)
- depressionssjukdomar och ångesttillstånd (slutlig)
- diabetesvården (slutlig)
- sjukdomsförebyggande metoder (preliminär)
- rörelseorganens sjukdomar (preliminär)
- lungcancer (preliminär)
- schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (preliminär).

I detta avsnitt redovisas framför allt utvecklingen av hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet och resultat inom olika sjukdomsgrupper. Innehållet bygger främst på de indikatorer som publiceras i rapportserien ”Öppna jämförelser” [58]. Dataunderlagen kommer främst från kvalitetsregister och hälsodataregister.

Utvecklingen av kvalitetsregister fortsätter

I Sverige finns fler än 70 nationella kvalitetsregister som täcker över 25 procent av sjukvårdens totala kostnader och ungefär 41 procent av kostnaderna för den somatiska slutenvården.

En utredning tillsatt av regeringen och SKL har gjort en översyn av kvalitetsregistrens fortsatta utveckling och kom under hösten 2010 med förslag på en lämplig organisation och finansiering samt på den infrastruktur som behövs [59]. Arbetsgruppen konstaterar att det finns en enighet om betydelsen av kvalitetsregistren men också om att finansieringen av registren har varit otillräcklig, att infrastrukturen inte varit tillräckligt stark för att utnyttja registrens fördelar och att användningen av registerdata för uppföljning och förbättring av hälso- och sjukvårdens resultat har varit för liten.

Förslagen i rapporten riktar sig till såväl staten och sjukvårdshuvudmännen som forskningen och industrin, bland annat när det gäller att finansiera en satsning på bättre infrastruktur för kvalitetsregistren. Enligt arbetsgruppen behövs bland annat en mer effektiv datainsamling till registren och en starkare nationell styrning av infrastrukturen. I dag finns problem med att vissa uppgifter dubbelregistreras i journalsystemen och kvalitetsregistren, men det vill arbetsgruppen lösa genom att integrera strukturerade kvalitetsregister och nuvarande journalsystem.

När det gäller att bygga upp nya register vill arbetsgruppen fokusera på primärvården, psykiatrin och äldreården. I övrigt är det viktigt att hitta enkla och bra lösningar för de befintliga registren och sedan använda dessa lösningar i alla nya register.

En förutsättning för att göra uppföljningar med hjälp av registren är att uppgifterna finns registrerade och att de håller en hög kvalitet. En viktig aspekt på en datakällas kvalitet är hur komplett rapporteringen till registret är. I tabell 3:2 visas täckningsgraden i förhållande till patientregistret för ett antal av de nationella kvalitetsregistren. Dock kan det finnas uppgifter som enbart har rapporterats till kvalitetsregistret trots att alla vårdgivare är skyldiga att lämna uppgifter till patientregistret.

Tabell 3:2. Täckningsgrad 2009 i ett urval av nationella kvalitetsregister i förhållande till totalt antal registrerade i patientregistret.

Nationellt kvalitetsregister (antal registreringar i registret)	År	Antal relevanta åtgärder registrerade totalt (i Pati- entregistret och kvalitets- registret)	Uppskattad täck- ningsgrad (%)
Svenska hjärtkirurgiregistret (5 974)	2009	6 111	97,8
Riks-Stroke förstagångsfall (18 362)	2009	21 604	85,1
Svenska Höftprotesregistret (15 607)	2009	16 013	97,5
Svenska Knäprotesregistret (12 304)	2009	12 970	94,9
RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret (11 268)	2009	15 651	72,0
Nationella prostatacancer- registret (3 697)	2008- 2009	4 612	80,2

Källa: Kvalitetsregister och Patientregistret, Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården 2010, Socialstyrelsen.

Vanligast att levnadsvanor diskuteras inom den psykiatriska vården

Det finns mycket stor potential för att förbättra hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Kunskapen om effektiva metoder för det sjukdomsförebyggande arbetet i vården har successivt förbättrats. Socialstyrelsen har under de senaste åren också rapporterat om förbättringar när det gäller sjukvårdens tillämpning av kunskapsbaserade metoder. I kapitlets inledande del beskrevs Socialstyrelsens aktuella riktlinjer på området som förhoppningsvis kommer att stödja utvecklingen ytterligare.

I patientenkäterna Vårdbarometern och Nationell Patientenkät ställs frågor om patienterna diskuterade levnadsvanor i samband med besök i vården. I Vårdbarometerns undersökning från år 2009 [20] tyckte 90 procent att det är positivt om vårdgivaren ställer frågor om deras livsstil. 31 procent av de som hade besökt vården under det senaste året uppgav också att vårdgivaren hade tagit upp sådana frågor. Denna andel har ökat med cirka 1 procentenhet om året.

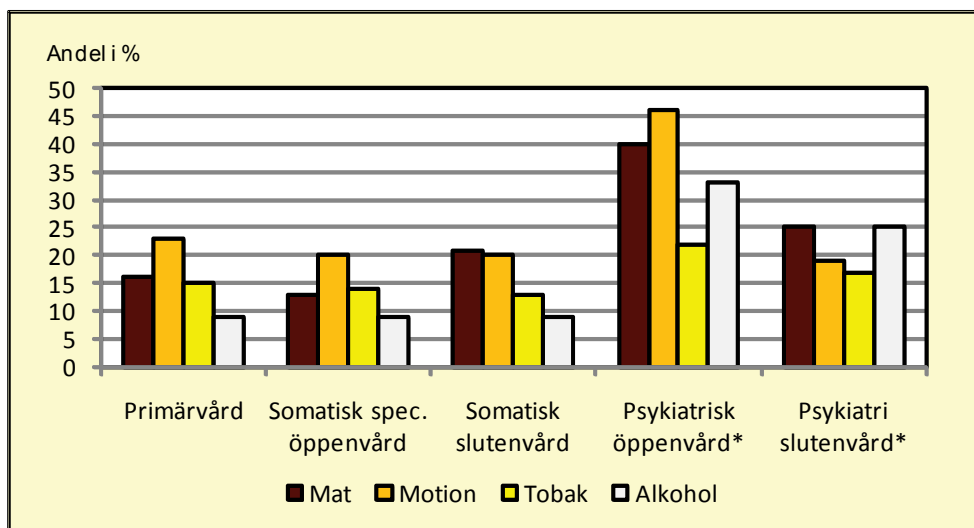
Resultat från Nationell Patientenkät år 2009 och 2010 visar hur stor andel av patienterna som diskuterade levnadsvanor i samband med sitt vårdbesök

eller under vårddagen (se figur 3:14) [23-27]. Det var vanligast att man hade diskuterat levnadsvanor om man hade besökt eller vårdats i den psykiatriska vården. I resultatet från enkäterna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården visades att det var generellt vanligare att vårdpersonalen tog upp levnadsvanor med män än med kvinnor och frågorna var även vanligare bland personer som inte hade svenska som modersmål.

Till viss del tycks levnadsvanor i högre grad tas upp med grupper där fler också har behov av stöd och behandling för att förändra dessa. Fler män än kvinnor har riskfyllda alkoholvanor och även bland dem med psykisk ohälsa finns större behov av effektivt stöd och behandling jämfört med övriga befolkningen. När det gäller rökning och fysisk aktivitet är däremot behoven av stöd för att förändra dessa vanor större hos kvinnor jämfört med män.

Stora andelar i alla grupper bedömde att det inte fanns något behov av att diskutera levnadsvanor vid det aktuella besöket eller under vårddagen (51–87 procent beroende på levnadsvana och vårdform).

Figur 3:14. Andel patienter som diskuterat levnadsvanor i samband med läkarbesök eller vård (procent)



*Låg svarsfrekvens, se avsnittet om patientfokuserad vård.

Källa: Nationell Patientenkät 2009 och 2010, SKL.

Förlossning och kvinnosjukvård

En kvalitetsindikator på god förlossningsvård är andelen kvinnor som får allvarliga bristningar i bäckenbotten (perinealbristningar av grad III och IV). År 2008 var denna andel cirka 3,5 procent och en minskande trend ses sedan 2004. Dock är andelen fortfarande högre än den var 1997.

Andelen kejsarsnitt har länge ökat, men den utvecklingen tycks nu ha avstannat sedan 2006 och en minskande trend kan ses för 2007 och 2008 [61]. År 2008 var det 17 procent av alla förlossningar där barnet förlöstes med ett kejsarsnitt.

De vanligaste gynekologiska operationerna är livmoderframfall och borttagande av livmodern. Andelen kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria efter en operation för livmoderframfall har minskat något de senaste åren och var 77 procent år 2009.

Oönskade händelser efter operationer för att ta bort livmodern har ökat något och år 2009 drabbades nästan 3 procent av de opererade [58]. Samtidigt ökar dock andelen kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria efter ett sådant ingrepp och denna andel var 71 procent år 2009.

Rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar omfattar många sjukdomstillstånd och de är en av de vanligaste orsakerna till nedsättning av arbetsförmågan. Nedan beskrivs några resultat för knä- och höftprotesoperation, höftfrakturoperation och reumatoid artrit.

Totala knäproteser och totala höftproteser håller allt längre: cirka 95 procent behöver inte omopereras inom tio år [58]. Ungefär 2 procent av alla höftproteser måste omopereras inom två år, en andel som har varit relativt konstant sedan 2004. Mellan 1998 och 2009 minskade andelen som drabbas av oönskade händelser inom 30 dagar efter en höft- eller knäprotesoperation, från cirka 4 procent till cirka 3 procent.

Antalet artroskopier i knäleden vid artros har ökat varje år under det senaste decenniet. År 2009 kom dock ett trendbrott med ett minskande antal, vilket kan bero på att medvetenheten har ökat om att denna åtgärd inte har någon nytta för patienten.

Väntetiderna till höftfrakturoperationer minskar också och är nu i genomsnitt 25 timmar efter ankomsten till ett sjukhus. Väntetiderna behöver dock kortas ännu mer eftersom väntetider över 24 timmar ökar risken för att patienter avlider inom fyra månader. Allt fler opereras också med protes vid en cervikal höftfraktur. Det är positivt, men ännu fler patienter bör kunna ha nytta av denna operationsmetod.

Allt fler patienter med reumatoid artrit rapporterar att de blir bättre under det första året efter behandlingsstarten. Fler behandlas också med biologiska läkemedel (TNF-hämmare). Under hösten 2010 publicerade Socialstyrelsen preliminära riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar [62]. Riktlinjerna beskriver metoder för diagnostik, behandling och rehabilitering vid bland annat reumatiska sjukdomar, långvarig smärta i nacke, skuldror och rygg och osteoporos. Riktlinjernas rekommendationer innebär bland annat att ännu fler patienter med reumatoid artrit bör behandlas med TNF-hämmare. I riktlinjerna anges vilka patientgrupper som bör få dessa läkemedel, men i dagsläget går det inte att utvärdera i vilken utsträckning de förskrivs till dessa grupper.

Diabetesvård

Deltagandet i Nationella Diabetesregistret fortsätter att öka och redovisar nu resultat för cirka 70 procent av landets personer med diabetes [63].

Resultaten för de registrerade patienterna visar en långsam ökning av andelen som uppnår målvärden för blodtryck och blodfettnivåer, vilket kan bero på att allt fler behandlas med blodtrycksänkande och lipidsänkande läkemedel.

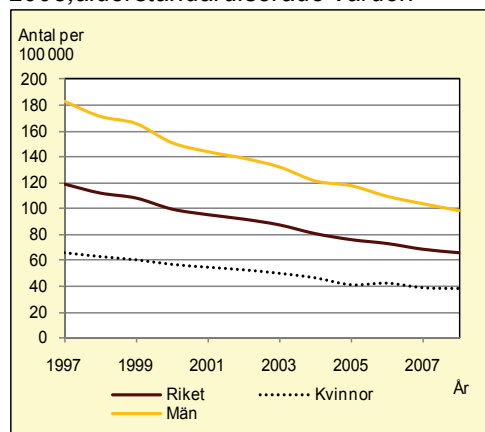
Däremot ses inga förändringar i patienternas blodsockernivåer över de senaste åren. Inte heller ses några förbättringar när det gäller övervikt och

fetma, fysisk aktivitet och rökning. Resultaten talar för att patienterna behöver mer rådgivning om kost, rökstopp och motion.

Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar

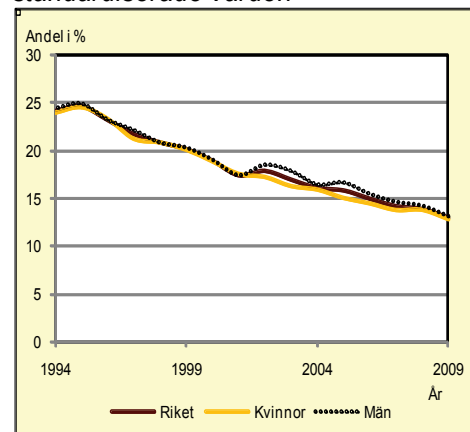
Dödligheten i både hjärtinfarkt och stroke fortsätter att minska, bland annat till följd av förbättrade insatser vid det akuta omhändertagandet och förbättrade behandlingsmetoder [4,46].

Figur 3:15. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, antal dödsfall per 100 000 invånare, 1997–2008, ålderstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

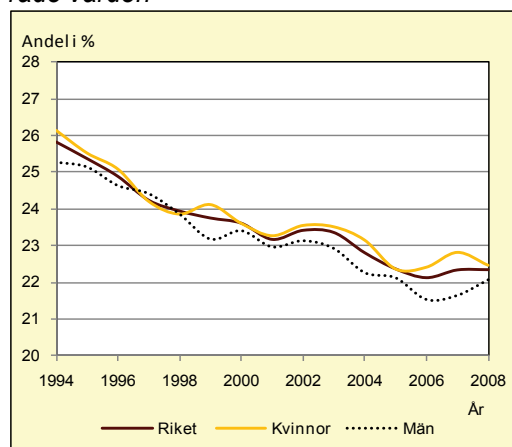
Figur 3:16. Andel döda inom 28 dagar efter en sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 1994–2009 (procent), ålderstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

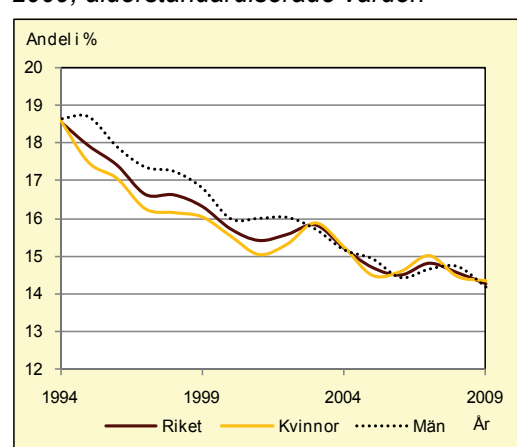
Allt fler patienter deltar i sekundärpreventiva program efter en hjärtinfarkt, men enligt uppföljningar är det fortfarande klart under hälften som har deltagit i något sådant program [64]. Sjukhusen verkar satsa mer på allmänna sekundärpreventiva program som hjärtskola och fysisk träning och de mer riktade programmen som antistress-, kost- och rökavvänjningsprogram hade lågt deltagande. När det gäller de sekundärpreventiva behandlingsmålen var resultaten bäst för blodtryck, blodfetter och rökstopp.

Figur 3:17. Andel döda inom 28 dagar efter en förstagångsstroke, 1994–2008, ålderstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 3:18. Andel döda inom 28 dagar efter en förstagångsstroke av sjukhusvårdade, 1994–2009, ålderstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För att minska hjärt- och kärlsjukdomarna ytterligare är det mycket viktigt att utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet med att förbättra människors levnadsvanor.

Cancersjukvården

Antalet cancerfall fortsätter att öka [65]. I genomsnitt rapporteras 1,9 procent fler cancerfall bland män och 1,3 procent fler bland kvinnor varje år. Det ökande antalet cancerfall beror till viss del på att svenskarna blir äldre, men andra faktorer är ökad screening och bättre diagnostiska metoder.

En av de snabbast ökande cancerformerna är hudcancer. Bröstcancer är dock den vanligaste cancerformen bland kvinnor och står för 29 procent av fallen. Prostatacancer dominerar hos männen med 35,7 procent av de diagnostiserade fallen och förekomsten har ökat under lång tid. Antalet diagnostiserade prostatacancerfall har en stark koppling till användandet av PSA-test i vården, vilket kan förklara de upp- och nedgångar som har setts på senare år.

I den nationella cancerstrategin från 2009 föreslogs att regionala cancercentrum skulle startas vid landets universitetssjukhus [66]. Sex sådana centrum ska också startas, ett i varje sjukvårdsregion. Under 2010 delade Socialstyrelsen ut statsbidrag till varje sjukvårdsregion för att de ska kunna skapa dessa nya centrum. Tanken är att de regionala cancercentrumen bland annat ska utveckla strategier för arbetet med att förebygga cancer och stimulera cancerforskningen.

Utifrån den nationella cancerstrategin kom SKL och regeringen överens om flera utvecklingsarbeten. Under 2010 påbörjades följande arbeten:

- Försöksverksamheter för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård.
- En Internetbaserad informationstjänst om cancer för allmänheten.
- Insatser för att minska tobaksrökningen. En kartläggning har gjorts som visade att frågan generellt är prioriterad i de flesta landstingen, men lednings-, styr- och uppföljningssystemen är inte optimalt utvecklade för att rökslutarstöd ska kunna genomföras och följas upp på ett effektivt sätt.
- En kartläggning av screeningverksamheterna, bland annat för att kunna föreslå förbättringar som ökar deltagandet i dessa och för att få ett mer jämlikt deltagande.
- Ett arbete med att utveckla de patientrapporterade måtten, exempelvis hälsorelaterad livskvalitet och patientnöjdhet. Detta har påbörjats inom nationella prostatacancerregistret och nationella bröstcancerregistret.

Psykiatrisk vård

Den psykiatriska vården är svårare att utvärdera än den somatiska vården, framför allt på grund av sämre datatillgång från hälsodataregister och kvalitetsregister. Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer med mera samt att förbättra verksamhetsutvecklingen inom psykiatriområdet. En första redovisning av detta uppdrag gjordes i juli 2010 [67].

Under 2010 publicerade Socialstyrelsen också nationella riktlinjer för vården vid depressioner och ångestsyndrom och under våren 2011 kommer nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni [68,69]. Under 2009 och 2010 ökade tillgången på kognitiv behandling i primärvården, bland annat som ett resultat av rehabiliteringsgarantin (se avsnittet om tillgänglig hälso- och sjukvård i rimlig tid).

Självbrandsförsök – fortsatt oroande utveckling bland unga

Mellan år 2000 och 2008 ökade det totala antalet personer som vårdades för självbrandsförsök, men 2009 sågs en minskning, särskilt för kvinnor [70]. Totalt fler kvinnor än män vårdades till följd av självdestruktiva handlingar. Den grupp med flest antal vårdade var 15–24-åriga kvinnor och i denna grupp sågs en kraftig ökning under perioden 2000–2007 innan antalet minskade något under både 2008 och 2009. Trots detta trendbrott är antalet vårdade i denna åldersgrupp fortfarande högst. År 2008 sågs en ökning bland männen i de flesta åldersgrupper men under 2009 fanns ökningen endast bland unga män, 15–24 år.

Nästan nio av tio som vårdades för någon avsiktlig självdestruktiv handling hade skadat sig själva genom förgiftning, framför allt med läkemedel.

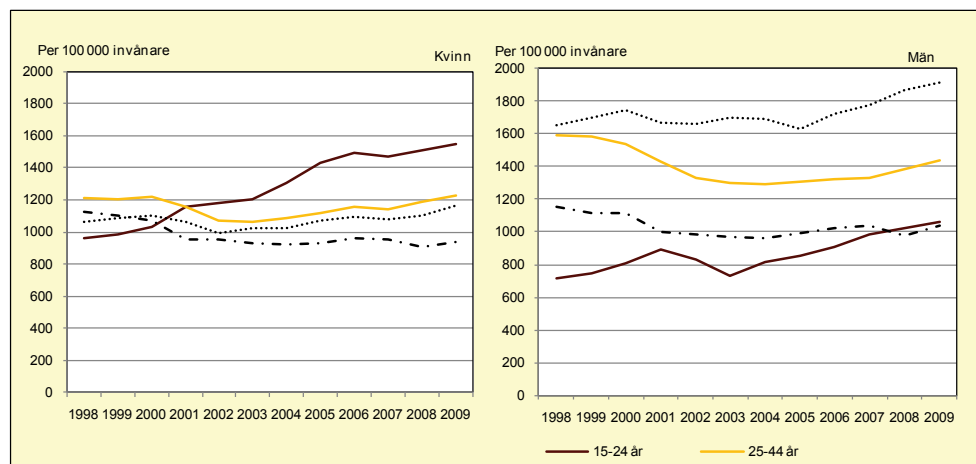
Vården har på många håll kommit långt i arbetet med att ta fram lokala riktlinjer för att förebygga självbrand bland patienter och med att analysera de självbrand som ändå inträffar. Ett av de stora problemen är dock att vården inte alltid tillämpar de lokala riktlinjerna på ett optimalt sätt.

Socialstyrelsen följer upp alla lex Maria-anmällda självbrand, och de senaste siffrorna rör självbrand begångna 2006–2008 där beslutet att göra en lex Maria-anmälan fattades senast i april 2009 [71]. Besluten granskades för att identifiera eventuella systembrister och se i vilken utsträckning de kan ha bidragit till händelsen. I nästan hälften av de redovisade fallen har utredarna inte kunnat koppla de inträffade självbranden till några faktorer inom vården. I de fall Socialstyrelsen har kommit med kritik gäller det främst brister i systemet som går att åtgärda. I granskningen framkom också att det görs för få strukturerade självbrandsriskbedömningar.

Psykiatrisk slutenvård – allt fler vårdtillfällen för unga

Åren 1998–2009 sågs en kraftig ökning i antalet vårdtillfällen i den psykiatriska slutenvården bland kvinnor i åldern 15–24 år. Vårdtillfällen blev fler även för männen i samma åldersgrupp trots att de inte uppnådde en lika hög nivå som kvinnorna. Ökningen gäller dock inte bara unga människor, utan vårdtillfällen ökade även för männen i åldersgruppen 45–64 år. Psykiatrisk vård för barn och unga utvecklas mer i kapitlet om vård och stöd till barn och unga.

Figur 3:19. Antal vårdtillfällen per 100 000 kvinnor respektive män i psykiatrisk slutenvård 1998–2009, efter åldersgrupp.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientsäkerhet för den psykiskt sjuka patienten kan innebära att få en korrekt diagnos. I nationella uppföljningar och utvärderingar är det dock svårt att kontrollera om diagnosen är korrekt satt. Patientregistret visar den specialiserade psykiatrins läkarbesök och där kan man se hur många av patienterna som har en registrerad diagnos. Bortfallet för diagnoser i öppenvården har minskat markant de senaste åren även om registreringen fortfarande inte är fullständig. År 2008 hade 82 procent av läkarbesöken i psykiatrin en diagnos registrerad i patientregistret, jämfört med cirka 20 procent år 2001 [72].

Personer som har vårdats inom den psykiatriska slutenvården har både en högre sjuklighet i somatiska sjukdomar och en högre dödlighet. Många som har vårdats med psykiatriska diagnoser har också en somatisk sjuklighet som kanske inte uppmärksammas på samma sätt som för andra. Människor med en psykiatrisk sjukdom har generellt en livsstil med fler riskfaktorer och dessutom är det möjligt att sjukdomen upptäcks senare, att behandlingen tar längre tid och att personerna är sämre på att följa sina ordinationer.

Öppen psykiatrisk tvångsvård – samordnad vårdplanering angelägen

Den 1 september 2008 infördes öppen psykiatrisk tvångsvård, en ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Vårdformen ska tillgodose vårdbehovet hos de patienter som inte frivilligt tar emot den psykiatriska vården de behöver, men som ändå inte behöver vårdas på en sjukvårdsinrättning (det vill säga inom sluten psykiatrisk tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller inom sluten rättspsykiatrisk tvångsvård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV).

Enligt en endagsinventering i maj 2008 vårdades 3 066 personer i sluten psykiatrisk tvångsvård, varav 40 procent var på permission. I april 2010 vårdades cirka 1 100 personer i den öppna tvångsvården. Det är inte känt hur många patienter som år 2010 vårdades i sluten tvångsvård.

Enligt en uppföljning har den nya vårdformen nått rätt målgrupp, det vill säga patienter som under lång tid har vårdats med tvång och som behöver ett mer strukturerat och individuellt anpassat stöd vid utslussningen än vad den frivilliga vården kan erbjuda [73]. Uppföljningen gjordes genom att granska samtliga domar och den visade framför allt brister i den samordnade vårdplaneringen som inte tar tillräcklig hänsyn till patienternas individuella behov.

Dagens patientgrupp i öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård har generellt samma karaktäristiska drag som den grupp som var på permission vid endagsinventeringen av den psykiatriska tvångsvården i maj 2008. Därför är det troligt att dagens patientgrupp till stor del består av just de patienter som var på permission i maj 2008.

Jämlik hälso- och sjukvård

I detta avsnitt kommenteras området jämlik hälso- och sjukvård utifrån några olika aspekter samt utvecklingen under 2010. Fokus ligger framförallt på socialt betingade skillnader i hälsa och vård. Bland annat beskrivs hälso- och sjukvårdshuvudmännens arbete med området. Här kommenteras också Diskrimineringsombudsmannens fokus på området.

Kärnan i hälso- och sjukvårdslagen

Jämlik vård har en direkt koppling till de tre principer för prioritering som riksdagen har fastställt:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Principerna utgör den etiska plattform som ska ligga till grund för att HSL:s krav på god vård på lika villkor realiseras [74]. Med en jämlik vård ska alla beslutsfattande nivåer ha ett gemensamt ansvar för att följa de tre principerna för prioritering, men ansvaret faller ändå lite olika på professionerna respektive huvudmännen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett särskilt ansvar för att upprätthålla människovärdesprincipen. Det innebär att alla patienter bemöts och vårdas med respekt och omtanke oavsett deras personliga egenskaper, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, sociala ställning, etniska eller religiösa tillhörighet eller sexuella läggning.

Vårdgivaren har ett särskilt ansvar för behovs- och solidaritetsprincipen. Det värde vården och behandlingen har för en patient eller patientgrupp ska ställas i relation till och i solidaritet med andra patienters och patientgruppers behov – inom samma verksamhet och mellan olika verksamheter. Solidaritet innebär också att vårdgivaren har ett särskilt ansvar för de grupper som inte själva tydligt kan uttrycka sina behov.

Verksamhetschefen har både ett ekonomiskt resultatansvar och ett medicinskt behandlingsansvar och då är kostnadseffektivitetsprincipen särskilt aktuell. För att tillämpa den måste man uppskatta vårdens och behandling-

ens värde för en patient eller patientgrupp och ta hänsyn till att kostnaderna bör vara rimliga i förhållande till effekten, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet [22].

Ökat fokus på sociala skillnader i hälsa och vård

Under 2000-talet har regionala skillnader i vård och behandling ofta stått i fokus. Arbetet med öppna jämförelser fokuserar på just regionala skillnader och det har lett till en rad olika aktiviteter och strategier för att minska obefogade regionala variationer i behandlingspraxis och behandlingsresultat. Könsskillnader diskuteras också och Socialstyrelsens uppföljningar visar att en del av de obefogade skillnaderna mellan könen har minskat [75]. I hushushållens arbete fokuserades också framför allt på regionala skillnader och skillnader mellan kvinnor och män, medan de andra jämlikhetsaspekterna hittills inte har varit lika framträdande.

Sociala skillnader (bland annat socioekonomiska faktorer och skillnader utifrån födelseland) i hälsa och vård har fått allt mer uppmärksamhet under senare år, både i Sverige och i andra länder. Det är ingen nyhet att det finns stora skillnader i hälsa mellan exempelvis olika utbildningsgrupper, men sjukvårdens roll har inte lika tydligt varit i fokus. På senare år har dock Socialstyrelsen bedömt att hälso- och sjukvården kan spela en avgörande roll när det gäller att minska dessa skillnader, bland annat genom att förstärka primär- och närvården och fokusera mer på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet [46].

I nedanstående faktaruta redovisas några exempel på ojämlikheter i hälsa och vård som tidigare har rapporterats av Socialstyrelsen eller som har visats i aktuell forskning. Det finns inget som tyder på att dessa ojämlikheter har förändrats under det senaste året.

Några exempel på socialt betingade ojämlikheter i hälsa och vård

- Dödligheten i förebyggbara och behandlingsbara sjukdomar är betydligt högre hos personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med högskoleutbildade [5,46].
- Personer med låg utbildning avstår oftare från att söka vård, trots att den behövs. Se även nedan.
- Personer med grundskoleutbildning vårdas betydligt oftare på sjukhus för tillstånd som hade kunnat behandlas i öppenvården ("undvikbar slutenvård") [5,46].
- Utlandsfödda upplever att tillgängligheten till vården är sämre och de har lägre förtroende för sjukvården än svenskfödda [46].
- Lågutbildade har en mer riskfylld läkemedelsanvändning än högutbildade, med både olämpliga läkemedel och olämpliga kombinationer [46].
- Högutbildade och svenskfödda ordineras oftare den rekommenderade läkemedelsbehandlingen vid till exempel hjärtsvikt, hjärtinfarkt och stroke, jämfört med personer med grundskoleutbildning och utlandsfödda [46].
- Högutbildade använder oftare läkemedel mot demens än lågutbildade trots att demens är vanligare bland lågutbildade [46,76].
- Högutbildade med diagnosen epilepsi behandlas oftare av specialist jämfört med grundskoleutbildade [5,77].

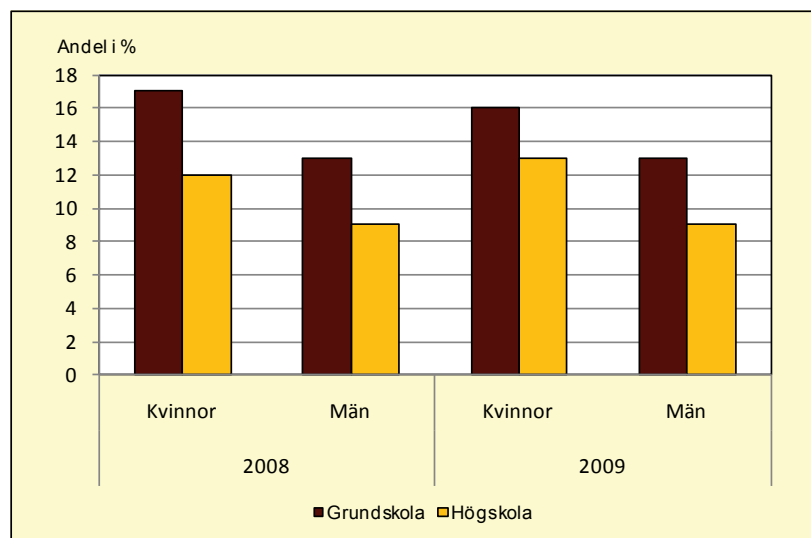
- Personer med en psykiatrisk diagnos dör oftare i en behandlingsbar hjärt- och kärlsjukdom och drabbas oftare av allvarliga komplikationer vid diabetes (exempelvis amputation) [72].

Internationellt har minskade skillnader i hälsa också bedömts vara en av de största utmaningarna för världens hälso- och sjukvårdssystem. Bland annat har WHO åter lyft fram vikten av en stark första linjens sjukvård [78,79] och detta gäller både låg- och höginkomstländer. I ett land som Sverige handlar det om en väl utvecklad primärvård och närvård som i första hand ska upptäcka, förebygga och behandla kroniska sjukdomar som diabetes, astma och KOL. Flera av dessa sjukdomar drabbar i allt större utsträckning exempelvis utlandsfödda svenskar. Under 2010 fortsatte jämlikhet i vården att diskuteras i flera sammanhang, bland annat på olika konferenser, men också i dagspressen, fackpressen och andra medier.

Var tionde medborgare avstår från vård de behöver

Människors kontakter med vården utgår från deras upplevda hälsoproblem och vårdbehov. En del väljer dock att inte söka vård trots att de bedömer att de behöver det, kanske för att de inte tycker att vården är tillgänglig. För att kunna utjämna hälsoskillnaderna måste vården vara tillgänglig för alla grupper med stora vårdbehov. Tillgänglighet handlar i det här sammanhanget inte bara om öppettider och köer, utan också om bemötandet och omhändertagandet. Det finns också sociala och kulturella faktorer som kan påverka hur tillgänglig man uppfattar att vården är (se även avsnittet om patientfokuserad vård). I SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF) finns uppgifter om människor som anser att deras vårdbehov inte är tillgodosedda, och de uppgifterna kan användas som en indikator på vårdens jämlikhet [22].

Figur 3:20. Andel kvinnor och män 25–84 år som har avstått från vård trots att den behövs, efter utbildningsnivå, 2008 och 2009

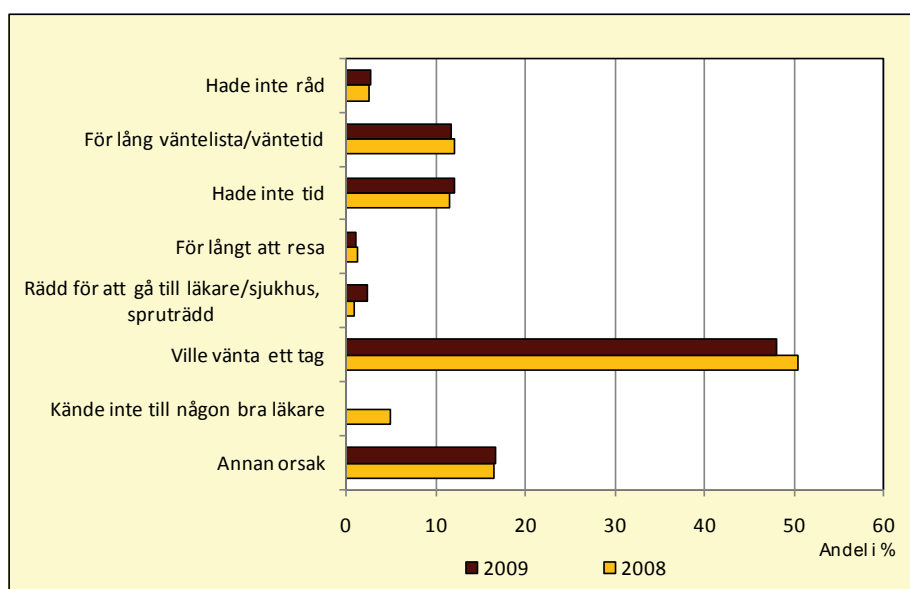


Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

De senaste åren har i genomsnitt 12 procent av männen och cirka 14 procent av kvinnorna avstått från vård trots att man känt att man haft behov av det (figur 3:20). I figuren ovan visas siffrorna för 2008 och 2009. Staplarna visar att det finns en socioekonomisk gradient – fler bland dem med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning avstår från vård jämfört med dem som har en högskoleutbildning. För männen är siffrorna desamma för båda åren men för kvinnorna ser man en viss minskning bland högutbildade kvinnor och en ökning bland dem med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning. Detta kan dock vara en tillfällig skillnad och den är inte heller statistisk säkerställd.

En uppföljande fråga handlar om varför man avstod från att kontakta vården. Resultaten visar att 2–3 procent avstår på grund av dålig ekonomi. Figuren ovan visar inga större skillnader mellan 2008 och 2009, förutom att det var något färre som 2009 svarade att de ”ville vänta ett tag” (figur 3:21). Motsvarande frågeställningar finns i Vårdbarometern och en analys av svaren ger ungefär samma bild [20].

Figur 3:21. Orsaker att inte söka vård (procent)



Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Det går tyvärr inte att nå särskilt utsatta grupper med den här typen av befolkningsenkäter, men 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. Många hemlösa och mottagare av ekonomiskt bistånd rapporterar också att de har utsatts för kränkande behandling och fått ett dåligt bemötande när de har kontaktat vården och andra myndigheter [80].

Behov av lokala riktlinjer som främjar ett jämlikt bemötande

I vilken grad vård och behandling faktiskt erbjuds jämlikt och rättvist har en koppling till bemötande och omhändertagande (och därmed målområdet patientfokuserad vård). Landstingen har i allmänhet övergripande rutiner

som handlar om bemötande, med hänvisningar till HSL. Däremot förefaller det ofta saknas verksamhetsspecifika riktlinjer för detta.

I en revision genomförd inom Västra Götalands-regionen konstateras att det ofta förekommer riktlinjer och rutiner på övergripande nivå som rör både patientbemötande och diskriminering [30]. Dessa riktlinjer beskriver vanligtvis verksamheternas visioner och utgår från målet ”lika vård på lika villkor”. Man konstaterar dock vidare att det är sällsynt med konkreta rutiner och riktlinjer som gäller patientbemötande och/eller diskriminering i verksamheterna. Det finns enligt rapporten i första hand två förklaringar till att det saknas verksamhetsspecifika dokument som beskriver hur dåligt eller diskriminerande bemötande ska motverkas. För det första har de övergripande riktlinjerna inte tidigare innehållit några tydliga krav på att verksamheterna ska ta fram sådana dokument. För det andra anser många som arbetar inom vården på olika nivåer att bemötande och diskriminering är självklara aspekter i det dagliga arbetet med att ge vård på lika villkor och att det därför inte behövs några specifika åtgärder för detta. Enligt rapporten hade många verksamheter också svårt att definiera vad ett gott bemötande är samt hur de arbetar praktiskt för att inte diskriminera patienter. Samtidigt visar rapporten att många inom vården är medvetna om att det faktiskt förekommer diskriminering.

I många fall där man hade jämställdhets- och mångfaldsplaner, inkluderade dessa inte några andra specifika diskrimineringsgrunder än kön, ålder och etnicitet. Därmed saknades tre av diskrimineringsgrunderna i lagen: könsöverskridande identitet, funktionshinder samt sexuell läggning. Planerna handlade i stora delar om hur personalen ska agera mot varandra internt och inte hur personalen ska agera gentemot patienterna. Sammanfattningsvis konstaterade revisorerna att den interna styrningen och kontrollen behöver bli betydligt bättre när det gäller patientbemötandet och arbetet för att motverka diskriminering av patienterna. Revisionen i Västra Götalands-regionen stämmer väl överens med diskrimineringsombudsmannens kartläggning genomförd under 2010 när det gäller bemötande och diskriminering i sjukvården (se nedan).

Diskrimineringsombudsmannen fokuserar på sjukvården

Troligtvis är större delen av de skillnader mellan grupper som Socialstyrelsens studier och analyser har påvisat inte orsakade av diskriminering utan ett resultat av framför allt omedvetna prioriteringar och i viss mån okunskap och otydliga rutiner. En del av problemen som rör bemötande och sämre vård för vissa grupper kan dock tyvärr också bero på diskriminering. Det är svårt att bedöma hur stor denna andel är eftersom det alltid handlar om en enskild persons upplevelser.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) har beslutat att under 2010 och 2011 fokusera på människors rätt till sjukvård på lika villkor. Sedan januari 2009 har DO mottagit 327 anmälningar om diskriminering av patienter. Majoriteten av dessa ärenden handlar enligt DO om diskriminering utifrån födelseland och funktionshinder. Genomgången av ärenden styrker erfarenheterna som förmedlades under ett möte med olika patient- och intresseorganisationer som myndigheten nyligen genomfördes. Några ärenden visar hur

flera diskrimineringsgrunder kan samverka med varandra, till exempel hur sjukvården bemöter kvinnor med invandrarbakgrund som också har psykiska besvär.

Enligt DO beror problemen på att landstingens rutiner är utformade på ett sätt som missgynnar personer som tillhör vissa grupper, eller att landstingen saknar rutiner och att människor därför drabbas av fördomar, normativa beteenden och förfaringssätt och därmed riskerar att diskrimineras.

Analyserna visade även att det finns bemötandeproblem som är så allvarliga att människor inte ens vill söka sig till vården. Den initiala analysen indikerar enligt DO att problemen inom sjukvårdsområdet framför allt tycks vara kopplade till patienternas etniska tillhörighet, kön, eventuella psykiska funktionsnedsättning, sexuella läggning eller könsidentitet och könsuttryck.

Myndigheten har påbörjat ett arbete med att rikta sig till nyckelaktörer inom sjukvården avseende både rollen som arbetsgivare, sjukvårdshuvudman och utbildningsanordnare. Syftet med insatserna är att lyfta problem med diskriminering och frågor kring normativitet.

SKL prioriterar arbete mot en jämlik vård

Sedan ett antal år har Sveriges kommuner och landsting fokuserat på jämställd vård, det vill säga att hälsan och vården ska vara lika god för både kvinnor och män. SKL har under flera år förfogat över stimulansmedel för att bidra till utvecklingen och satsningarna har resulterat i flera olika utvecklingsprojekt på området [81].

Under 2010 prioriterade SKL också sociala skillnader och andra jämlikhetsaspekter. År 2009 publicerades en kunskapssammanställning som lyfte fram de sociala skillnaderna inom hälsa och vård och under 2010 drev SKL ett projekt som ska fortsätta under 2011. Syftet är att göra vården mer medveten om de sociala jämlikhetsaspekterna (exempelvis utbildning, ekonomi och födelseland).

Inom ramen för det arbetet gjorde SKL under 2010 en intervjuundersökning med tjänstemän (hälso- och sjukvårdsdirektören eller motsvarande) i de 21 landstingen [82]. Syftet var att undersöka i vilken utsträckning de arbetade aktivt med dessa aspekter av jämlik vård. Enligt resultatet av intervjuerna tycker landstingsledningarna att området jämlik vård är mer problematiskt än de övriga uppföljningsområdena inom God vård. En del menar att begreppet anses vara ”politiskt laddat”. Andra pekar på att landstingen inte själva kan följa upp vårdens resultat och kvalitet med utgångspunkt i till exempel sociala skillnader och födelseland och att det är svårt att få med sig vården i något som sedan är svårt att följa upp. Svarspersonerna såg det däremot som mindre kontroversiellt att genomföra analyser uppdelat på patienternas kön och ålder. De tog också upp att vårdpersonalen kan ha svårt att identifiera sig med utsatta grupper och att vården ofta är organiserad på ett likartat sätt och därför inte når alla grupper.

Nedan följer några citat från undersökningen som illustrerar svarspersonernas syn på målområdet ”jämlik vård”.

”Vi har jobbat mycket med tillgänglig vård. Säker vård är ett annat perspektiv, där finns en satsning nationellt också. Men jämlik vård, då får folk gärna andra vibbisar. Man behöver kanske ”paketera” detta. Det tar tid att förändra ...”

”Hälso- och sjukvården fungerar utifrån de behov som uttrycks. Vi väntar på efterfrågan, letar inte efter behov ... Människor har inte samma möjligheter att komma till. De uttrycker inte behov fast behoven är större. Vi måste bli mer proaktiva.”

”Det är viktigt att sätta mål som är verksamhetsnära. Jag tror inte på att centralstyra. Vi knäckte oss nästan på jämställdhetsprojektet vi genomförde. Vi måste få med verksamheterna. Goda exempel är jätteviktiga.”

”Vi har mycket kunskap, mer fakta än vi behöver. Men inte verkningsfulla strategier, vad gör vi? Det händer för lite. Vi behöver koncept, vad är bra arbetssätt i socioekonomiskt utsatta områden? Hur ska kunskap, återkoppling, feedback och ledarskap vara för att vi ska åstadkomma resultat?”

Kartläggning av sjukvårdshuvudmännens insatser

Inom ramen för sin satsning har SKL också börjat kartlägga de särskilda insatser som görs för att öka jämlikheten och jämställdheten i vården [82]. De allra flesta landsting/regioner genomför folkhälsoundersökningar om befolkningens hälsa, vårdtillgänglighet och vårdutnyttjande. De analyserar oftast geografiska skillnader, däremot mer sällan skillnader mellan socioekonomiska och etniska grupper. SKL:s kartläggning är ännu inte helt genomförd – hittills finns en eller ett par aktiviteter per landsting rapporterade. De satsningar som genomförs faller inom följande huvudkategorier: insatser till vissa grupper, insatser kring styrning och kompetensutvecklande insatser. Exempel från kartläggningen ges nedan.

Insatser riktade till vissa grupper

- ”Vårdlotsar” i invandratäta områden. Projektet genomfördes 2006–2008 och finansierades av Europeiska socialfonden (Landstinget Blekinge).
- En särskild mottagning för hemlösa. Arbetet pågår (Landstinget i Uppsala län, Landstinget Västmanland, Stockholms läns landsting).
- Särskilda vårdmottagningar för flyktingar alternativt vårdmottagningar nära flyktingmottagningar. Arbetet pågår (Landstinget Dalarna, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland, Landstinget Västmanland).
- En särskild satsning på barn och ungdomar med övervikt och fetma, varav många med svagare socioekonomi. Arbetet bedrivs i samverkan mellan hälso- och sjukvård, föräldrar, skola, intresseorganisationer och högskola. Arbetet pågår (Landstinget i Jönköpings län).
- Projektet ”Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar”. Med hjälp av en doula (kvinnor som ger stöd före, under och efter en förlossning) kan invandrarkvinnor få bättre vård. Genomfördes 2009–2010 (Västra Götalandsregionen).

Insatser kring styrning

- En ny landstingsplan med nya riktlinjer, tydligare fokus på jämlikhet och nolltolerans mot diskriminering. En ny plan för jämlikhet i hälso- och sjukvården. Först tar man fram mål, mått och uppföljningsprocesser och i nästa steg följer en diskussion med verksamhetscheferna om handlingsplaner. Arbetet pågår (Landstinget Dalarna).
- Ökad ersättning till socioekonomiskt svaga områden. Genomfördes 2009 (flera landsting men Östergötland gjorde extra satsning i samband med införandet av vårdval).
- Avskrivning av vårdskulder för papperslösa, så att dessa personer får vård och vården inte behöver oroa sig för skulderna eller det ekonomiska resultatet. Genomfördes 2009 och pågår (Landstinget i Uppsala län).

Kompetensutvecklande insatser

- En särskild satsning med en läkare som ansvarar för att bygga upp och sprida kunskap kring invandrades vårdbehov. Arbetet pågår (Jämtlands läns landsting).
- Projektet ”Migrationens utmaningar inom hälsa, omsorg och vård”, ett forskningssamarbete med Malmö stad, Malmö högskola och Region Skåne. Syftet är att ta fram ny kunskap som kan användas inom sjukvården och socialtjänsten. Arbetet pågår (Region Skåne).
- Temadagar med fokus på jämställd och jämlik vård, där politiker och chefer på landstingets kansli samt verksamhetschefer deltar. Verksamhetscheferna ska sprida detta vidare ut i verksamheten. Projektet startade under 2010 (Landstinget Kronoberg).
- En kunskapsplan för jämställd och jämlik vård. Först utbildas landstingsledningen och därefter process- eller förändringsledare som sedan arbetar vidare för att integrera tänkandet i vårdprocesserna. Projektet startade under 2010, i ett samarbete med Mälardalens högskola (Landstinget Västmanland).

Effektiv hälso- och sjukvård

Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Effektivitet kan därför enkelt uttryckas som måluppfyllelse i förhållande till kostnaden för de insatta resurserna. En effektiv vård har hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser.

I detta avsnitt kommenteras kort det svenska hälso- och sjukvårdssystemet i internationell jämförelse. Därefter kommenteras den pågående utvecklingen med allt ökade inslag av konkurrens och vinstdrivande vård och vilka erfarenheter kopplade till ökad effektivitet som finns inom aktuell internationell forskning. Slutligen beskrivs kortfattat pågående utvecklingsarbete i landstingen som syftar till att skapa effektivare organisationer.

Svensk hälso- och sjukvård – relativt effektiv i internationell jämförelse

Jämfört med många andra industrialiserade länder har Sverige måttliga hälso- och sjukvårdskostnader (mätt som kostnad per invånare och år och som andel av BNP), måttliga resurser (mätt som antal läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare), men goda medicinska resultat och effekter (exempelvis mycket låg spädbarnsdödlighet, hög överlevnad i hjärt- och kärlsjukdomar samt låg dödlighet i cancer). Slutsatserna bygger framför allt på OECD-data, men de stämmer också överens med jämförelser som internationella organisationer och forskare har publicerat [11,83-87]. Sverige placerar sig alltså generellt relativt högt, men det kan inte tolkas som att den svenska vården fungerar effektivt i alla avseenden. Många länder ligger numera på samma nivå som Sverige när det gäller en rad olika mått [11].

Fokus på kvalitet – ökad effektivitet?

Vid OECD:s senaste ministermöte i oktober år 2010, diskuterades i vilken utsträckning ökat fokus på mål kopplade till kvalitet och säkerhet också innebär högre effektivitet. Mycket talar för sådana samband, och ett exempel inom målområdet *säker vård* som lyftes på mötet är arbetet med att minska olika typer av läkemedelsrelaterade problem, det vill säga fokus på patient-säkerheten leder sannolikt till högre effektivitet. Man lyfte också fram att WHO har uppskattat att hälso- och sjukvårdssystemen runt om i världen kan spara mellan 6 och 29 miljarder USD per år genom att minimera olika typer av patientsäkerhetsproblem [88].

De studier och analyser som har genomförts inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet visar i allmänhet att det finns en stor variation vid jämförelse av uppnådda resultat mellan landsting och mellan sjukhus och andra vårdenheter. Detta pekar på att många av verksamheterna i hälso- och sjukvården kan bli mer effektiva [89,90].

Leder ökad konkurrens till bättre effektivitet?

De vårdvalsreformer som nu genomförs i landet bygger på tanken att primär- och närvården blir mer tillgänglig och ändamålsenlig om det finns många olika vårdgivare och om patienterna och medborgarna får större inflytande över vården. Genom ökad konkurrens vill man också stimulera till effektivare arbetsprocesser. De internationella erfarenheterna av ökad valfrihet i vården ger dock blandade resultat. Bland annat har det kunnat konstateras att det främst är yngre och relativt friska personer som nyttjar valfrihet i vården. Flera studier har också visat att kostnaderna ökar – bland annat på grund av att vården blev mer efterfrågestyrd, snarare än behovsstyrd [91,92].

I Sverige har målsättningen varit att få fler vårdproducenter i primär- och närvård. En mer tillgänglig primärvård brukar föras fram som en av de viktigare faktorerna för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem totalt sett. När det gäller tillgängligheten till primär- och närvård har Sverige i vissa avseenden tidigare avvikit från flertalet andra länder med bland annat färre praktiserande läkare. I och med vårdvalsreformen i primärvården är förhopp-

ningen ett ökat intresse bland läkare att etablera sig i primär- och närvård. Enligt tidigare undersökningar och olika internationella jämförelser har svenska medborgare bedömt det som svårare att få kontakt med primärvården och närvården jämfört med medborgarna i andra länder. Ungefär var tionde person uppger att de avstår från att söka vård (trots behov av vård) av olika skäl och bristande tillgänglighet är sannolikt en förklaring (se också avsnitten om tillgänglig vård och jämlik vård) För närvarande arbetar bland annat Socialstyrelsen med att följa upp vårdvalsreformen.

Forskningen om vinst i vård

Ekonomiska vinster i vården är en omdiskuterad och också politiskt laddad fråga och frågan är om vinstmöjligheterna leder till bättre produktivitet och effektivitet. Detta har varit en återkommande frågeställning också inom forskningen och den har aktualiserats i samband med att vårdval införs i olika verksamheter. Teoretiska argument ger inget entydigt svar på vilken ägandeform som är bäst. Det finns dock en rad teoretiska argument som talar för att aktörer med andra mål än vinstmaximering passar bättre på hälso- och sjukvårdsmarknaden. Resurserna skulle i stället kunna vara inriktade mot att öka kvaliteten eller få en rättvis fördelning av vårdresurserna. Samtidigt talar andra teoretiska argument för att vinstsyftande vårdgivare producerar mer effektiv vård [93,94].

Blandade resultat – några exempel

Inom hälso- och sjukvårdsforskningen, framför allt i USA, har man under många år genomfört ett stort antal studier för att undersöka huruvida ägandeformen påverkar effektiviteten och kvaliteten i vården.

- I en systematisk litteraturoversikt från 2003 granskade man 149 studier som jämförde vinstsyftande och icke-vinstsyftande vårdgivare. I 59 procent av studierna bedömdes de icke-vinstsyftande organisationerna vara överlägsna och de vinstsyftande organisationerna i 12 procent av fallen. I de övriga studierna (29 procent) fann man ingen skillnad eller så var resultaten blandade [95].
- En studie från 2006 gällde vilka faktorer som påverkar kvaliteten och kostnaderna vid 1 500 amerikanska sjukhus. Som ett mått på kvalitet användes dödligheten i tio olika diagnoser. Sjukhusen rangordnades i kvartiler utifrån den genomsnittliga dödligheten och de genomsnittliga kostnaderna. I den här studien konstaterades att vinstsyftande sjukhus oftare hade en lägre dödlighet till lägre kostnader, det vill säga en högre effektivitet [96].
- I en metaanalys från 2008 granskades 317 publicerade studier och man kom fram till den försiktiga slutsatsen att offentlig produktion av hälso- och sjukvård kunde vara mer effektiv än privat [97].
- I en schweizisk studie publicerad 2008 studerades effektiviteten vid schweiziska sjukhus och man jämförde sjukhus som var privata och vinstsyftande, privata och icke-vinstsyftande samt offentliga. Datamaterialet byggde på finansiell och administrativ statistik som årligen rapporteras av schweiziska sjukhus. Analysen gav små skillnader i effektivitet

mellan driftsformerna och skillnaderna var inte statistiskt signifikanta [98].

- I en annan schweizisk studie granskades sambandet mellan kostnadseffektiviteten och ägandeformen när det gällde vårdhem. Resultatet visade att cirka 60 procent av vårdhemmen i urvalet befann sig nära den nationella standarden när det gäller olika kvalitets- och effektivitetsaspekter. Icke-vinstsyftande och offentliga vårdhem visade sig vara minst lika effektiva som vinstsyftande privata alternativ [99].
- Det finns också ett par aktuella brittiska studier där man har studerat effekterna av att ha en vinstsyftande drift av sjukhem och forskarna konstaterar att den offentligt drivna vården uppvisade högre effektivitet och kvalitet enligt ett antal kriterier [100].

I dag finns inget motsvarande forskningsunderlag inom primär- och närvård. Sverige är och kommer att utgöra ett intressant land för motsvarande studier, genom de pågående vårdvalsreformerna och det ökande antalet vinstsyftande vårdgivare.

Organisatoriska faktorer viktigare än ägandeform?

Sammanfattningsvis ger den empiriska forskningen inget entydigt svar på vilken ägandeform som ger mest effektiv vård. Enligt studierna ovan finns det resultat som pekar på att privat vård är mer effektiv än offentlig, men andra studier visar motsatsen och en tredje grupp visar att det inte finns någon skillnad alls.

Mycket av forskningen på området har gjorts av den slutna vården och man kan inte överföra resultaten direkt till andra vårdformer. De flesta studierna är dessutom genomförda i USA och i andra länder som har andra typer av hälso- och sjukvårdssystem och det är förstås osäkert i vilken grad man kan överföra slutsatserna till andra länder med andra system. Samtidigt är det intressant att se på resultaten från den sammanlagda forskningen. Det verkar som om effektiviteten och kvaliteten beror på andra faktorer än ägandeformen eller huruvida man har ett vinstdrivande syfte. Sådana faktorer kan exempelvis vara olika organisatoriska faktorer, organisationskultur och vårdpersonalens delaktighet. I denna typ av studier brukar dock författarna varna för ett alltför starkt fokus på produktivitet (till exempel antalet genomförda undersökningar), eftersom det kan stimulera till onödiga besök och undersökningar och att man väljer bort patientgrupper som inte bidrar till ökad produktivitet.

Pågående utvecklingsarbete

Inom landstingen behövs ett långsiktigt arbete för att göra vården mer effektiv och produktiv utan att försämra kvaliteten. Det pågår också en rad olika initiativ för att förbättra och utveckla verksamheterna. En återkommande diskussion inom vården handlar om hur stela och byråkratiska strukturer hämmar effektiva lösningar och flera undersökningar tyder på att den medicinska personalen inom vården ägnar stora delar av sin arbetstid åt administrativt arbete i stället för arbete med patienter. Socialstyrelsens erfarenheter

tyder också på att det är vanligt med missförstånd kring vilka arbetsuppgifter som olika personalgrupper får utföra. Ofta är reglerna mindre strikta än vad personalen tror. Socialstyrelsen har i olika sammanhang tagit upp att lagstiftning och föreskrifter ger relativt generösa möjligheter att skapa mer flexibla arbetsprocesser [101].

För att höja effektiviteten och produktiviteten inom hälso- och sjukvården behöver man kontinuerligt arbeta med att utveckla smarta arbetsorganisationer. Det gör man sannolikt bäst på lokal nivå tillsammans med dem som faktiskt arbetar direkt med patienterna. Troligen går det att förbättra både vården och arbetsmiljön genom att fokusera på att ytterligare utveckla olika former av teamarbete [46].

Socialstyrelsens iakttagelser under året visar att huvudmännens utmaningar och att pågående utvecklingsarbete främst handlar om att förbättra och effektivisera vårdprocesserna och vårdkedjorna. Då är det viktigt med kontinuitet för patienten och en effektiv kommunikation mellan olika vårdgivare eftersom bristande kommunikation är en av huvudorsakerna till brister i bland annat patientsäkerheten. Detta kan vara svårare i dag när aktörerna är fler, men samtidigt är medvetenheten kring dessa frågor betydligt större än för bara tio år sedan.

I ”lean health care”, en verksamhetsfilosofi som har ökat i popularitet under 2000-talet, är tanken att kvalitet ska genomsyra all verksamhet. Integrerade delar i den dagliga verksamheten är delaktighet, långsiktighet, fokusering på kunden eller patienten och ständiga förbättringar. ”Lean” är alltså en typ av verksamhetsutveckling som ska kännetecknas av processflöde, engagemang och helhetssyn från ledningens sida och där medarbetarnas delaktighet genomsyrar all verksamhet [102]. ”Lean” är inte en produktionsmetod utan filosofin fokuserar på hur tillgängliga resurser ska användas. Respekt för individen, medarbetaren eller patienten värderas högt liksom ett välutvecklat teamarbete. I bland annat Region Skåne, vid universitetssjukhuset i Malmö, har man satsat på att utveckla principer för ”Lean”. År 2007 inledde regionen ett omfattande arbete med att utbilda flera tusen medarbetare i ”Lean health-care” i Lund. Under samma tidsperiod har vårdpersonal i Malmö arbetat med olika typer av förbättringar. Tanken är nu att förena de olika satsningarna till en gemensam verksamhetsfilosofi. ”Lean” har också provats på andra håll i landet.

Från nationellt håll är det problematiskt att förorda eller rekommendera en viss arbetsmodell för hälso- och sjukvårdens organisation. För att ta fram effektiva vårdprocesser är det troligen mest ändamålsenligt att utgå från de lokala förutsättningarna, i nära samarbete med personalen som finns runt patienterna. Sannolikt går det att hämta inspiration från lean-modellen, men det kan också finnas risker med att helt anamma en enda modell. Det finns risker med att bara fokusera på det mätbara. Vårdens många ”mjuka” och kvalitativa sidor är svåra att fänga med data och riskerar därför att trängas ut av ett förbättringsarbete som främst fokuserar på mätbara processer.

I Region Skåne har man på senare år också arbetat med att ta fram en ny verksamhetsmodell. Den går bland annat ut på att identifiera angelägna patientgrupper för att finna det mest kostnadseffektiva sättet att bidra till kvalitet i patientarbetet. Sjukhusen, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården deltar i arbetet för att ur ett patientperspektiv bättre integrera

vården i väl sammanhållna och gränsöverskridande patientprocesser. I arbetet ingår också att hitta bra arbetsverktyg som stödjer modellen, till exempel nya metoder för uppföljning av resultat, ekonomi och kompetens samt för informationsöverföring. Ett exempel på satsningar handlar om att utveckla en sammanhållen vårdkedja för patienter med höftfrakturer. Liknande verksamhetsutvecklingar finns inom flera andra landsting.

Tandvård

Sammanfattande iakttagelser

- Utveckling av nationella riktlinjer för vuxentandvården och indikatorer för tandvård var framträdande aktiviteter inom tandvården under 2010. Samtliga landsting och regioner startade under hösten 2010 arbeten med implementering av riktlinjerna.
- Resultatet av en befolkningsenkät visar att befolkningen i stort anser sig ha en god tandhälsa men att det finns stora skillnader i självskattad tandhälsa mellan olika grupper. Resultaten från enkäten visar också att patienterna känner sig respektfullt bemötta i tandvården och att de flesta är nöjda med den information de får om sin munhälsa och om hur de själva kan förebygga sjukdomar i munhålan. I fråga om information finns dock skillnader mellan olika grupper.
- 64 procent av den vuxna befolkningen har under en tvåårsperiod besökt tandvården för att få en undersökning av mun och tänder. Ytterligare 9 procent av den vuxna befolkningen har endast besökt tandvården akut eller för att få hjälp med åtgärder utan att ha genomgått en undersökning.
- Tandvården stod år 2009 för cirka 8 procent av den totala förskrivningen av antibiotika inom öppenvården. Detta är en ökning med 1 procent jämfört med år 2008 trots att tandvårdens totala förskrivning av antibiotika minskade med 7 procent under 2009. Det finns stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivningen inom tandvården. Tandläkare i Stockholms län och Region Skåne förskriver mer än dubbelt så mycket antibiotika per 1 000 invånare jämfört med tandläkare i Västerbottens län.
- Förekomsten av karies hos barn och ungdomar fortsätter att minska. Det föreligger dock skillnader mellan olika landsting och regioner i andelen barn och ungdomar som har karies. Störst är skillnaderna mellan landstingen när det gäller andel kariesfria 12-åringar och andel kariesfria 19-åringar.

I detta kapitel beskrivs utvecklingen inom tandvård och den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125), TL.

I kapitlet om hälso- och sjukvård redogörs för vissa av tandvårdens kostnader och i kapitlet om barn och unga berörs tandvårdens roll i rapportering om missförhållanden enligt 14 kap 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Aktuell utveckling

Tandhälsan är god hos de flesta

Befolkningens tandhälsa är i allmänhet god. Under våren 2010 publicerade Socialstyrelsen rapporten "Befolkningens tandhälsa 2009" som baseras på

en enkät till ett urval av befolkningen över 20 år [1]. Enkäten innehöll frågor om bland annat självupplevd tandhälsa. 70 procent av svarspersonerna ansåg att deras tandhälsa är bra eller mycket bra. 11 procent ansåg att deras tandhälsa är dålig eller mycket dålig. Socioekonomiska faktorer och födelseland spelade stor roll i denna fråga. Bland personer födda utanför Europa uppgav 35 procent att de hade en bra eller mycket bra tandhälsa, och i gruppen långtidssjukskrivna var andelen med bra eller mycket bra tandhälsa 30 procent. Så trots att tandhälsan har förbättrats de senaste årtiondena är behovet av tandvård fortsatt stort. Både karies och tandlossningssjukdomar kan leda till tandförluster. Att ha egna och friska tänder med tillfredställande funktion och estetik är ett mål för både den enskilde och tandvården.

Tandvårdsbranschen förändras

Den förändring av tandvårdsbranschen som har pågått under några år fortsatte under 2010. Antalet tandvårdsföretag som bedriver verksamhet vid flera kliniker fortsatte att öka under året och de har etablerat sig som ett tydligt alternativ till Folktandvården, traditionella privata fåmansföretag och kliniker som drivs av den privatägda sjukvårdskoncernen Praktikertjänst AB. En tydlig trend inom tandvården är också att Folktandvården väljer att avveckla mindre kliniker och koncentrera sin verksamhet till större enheter. Någon utvärdering av hur detta påverkar tillgängligheten på tandvård för befolkningen har ännu inte gjorts.

Andelen kvinnor och män lika stor bland tandläkare

Andelen kvinnor i tandläkarkåren ökar och år 2007 var 50 procent av tandläkarna kvinnor [2]. Enligt Högskoleverkets prognos förväntas andelen kvinnor i tandläkarkåren fortsätta att öka och kommer år 2020 vara större än andelen män [3]. Vid antagningen till tandläkarprogrammet vid Karolinska Institutet höstterminen 2010 var 57 av de antagna studenterna kvinnor (62 procent) av totalt 92 antagna. Vid Sahlgrenska akademien antogs 46 studenter varav 24 var kvinnor (52 procent).

Nordiskt samarbete om indikatorer

Kvalitetsutveckling och patientsäkerhet är centrala områden för tandvården i alla de nordiska länderna och det pågår flera viktiga utvecklingsarbeten. År 2007 startade Nordiska ministerrådet ett projekt för att utveckla samnordiska indikatorer. Ett av delprojekten syftade till att utveckla indikatorer för mun- och tandhälsa och resultatet av projektet presenterades i rapporten "Nordisk kvalitetsmålning i sundhetsväsendet" [4]. Projektet har lagt en grund för möjligheten att redovisa och jämföra tandhälsa och resultat mellan de nordiska länderna. Projektet har också identifierat likheter och olikheter i ländernas insamlade data för att möjliggöra en fortsatt utveckling av samnordiska indikatorer på tandvårdsområdet.

Äldres munhälsa prioriteras i nationella riktlinjer för demens

Socialstyrelsen publicerade "Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom" under 2010 [5]. Att hälso- och sjukvården och socialtjänsten regelbundet gör en strukturerad bedömning av munhälsan hos personer med demenssjukdom har prioriterats högt i riktlinjerna. Skälet är att en dålig tandstatus hos personer med demens kan medföra dålig tuggförmåga, undernäring, smärta, lunginflammation och sår i munnen. Smärta från munhålan kan vara särskilt problematiskt för personer med demens då de kan ha svårt att lokalisera och kommunicera sin smärtupplevelse. En strukturerad bedömning av munhälsan kan i sin tur öka möjligheten att bedöma och diagnostisera problem hos personer med demens. Munvård till personer med demens är dock ofta förknippad med etiska svårigheter. Munnen upplevs av många som en privat och intim del av kroppen och munvård kan upplevas som hotfullt om patienten inte förstår syftet med åtgärden. Än så länge saknas dock indikatorer för att kunna följa upp om personer med demens får tillgång till en strukturerad bedömning av sin munhälsa.

Målgruppen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård ökar

Landstingen har sedan 1999 (8 a § TL) ansvar för att personer som bor på särskilt boende för äldre, funktionshindrade under 65 år och personer med stort behov av vård och omsorg blir uppsökta av tandvårdspersonal och erbjudna en munhälsobedömning. Denna verksamhet är avgiftsfri. Dessa personer ska också erbjudas nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i en rapport uppskattat att 167 000 personer som kan komma ifråga för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård år 2009 [6]. Av dessa tackade 96 000 (58 procent) ja och fick del av den uppsökande verksamheten. 114 000 fick nödvändig tandvård år 2009 vilket var en ökning med 5 procent jämfört med år 2008.

Landstingen har enats om att notera vissa specifika uppgifter som rör omvårdnad och munhälsa vid den uppsökande munhälsobedömningen. Uppgifterna används för uppföljning och utvärdering. En arbetsgrupp med representanter från landstingens beställare för tandvård har sammanställt de insamlade uppgifterna för år 2009 [7]. I rapporten ingår uppgifter från 96 000 personer i samtliga 21 landsting och regioner. Antalet helt tandlösa personer varierar mellan 21 och 41 procent bland de uppsökta i de olika landstingen. Högst andel helt tandlösa fanns i Jämtland och Västernorrland medan flest personer med egna tänder fanns i Östergötland. Skillnaderna i antalet tandlösa i de olika landstingen kan delvis förklaras med att vissa landsting så gott som uteslutande uppsökte äldreboenden medan andra uppsökt en hög andel personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. I gruppen som omfattas av LSS finns en stor andel personer som är under 65 år.

Vid munhälsobedömningarna ställdes även frågor om smärta och tuggförmåga. 90 procent av de uppsökta uppgav att de inte upplevde någon smärta från munhålan. 3 procent angav att de hade ont på grund av förhållanden i munhålan. 7 procent av de uppsökta kunde inte lämna några uppgif-

ter om förekomst av smärta från munhålan. En god tuggförmåga är viktig för välbefinnande och nutrition. 88 procent av de uppsökta svarade att kunde äta exempelvis köttbullar och potatis medan 7 procent hade svårt att äta detta på grund av problem med tänderna eller i munhålan.

Besvär från dentala material är vanligare bland utsatta grupper

Socialstyrelsen har sedan år 2006 regeringens uppdrag att fördela medel till kunskapsutveckling och metodutveckling samt till förbättring av diagnostik, behandling och bemötande av patienter vars hälsoproblem förknippas med amalgam eller andra dentala material. Sammanlagt har elva forskningsprojekt tagit emot medel för dessa ändamål. Resultaten från projekten delredovisades till Socialstyrelsen under hösten 2010 samt vid ett seminarium i november 2010 som Socialstyrelsen anordnade. Arbetena lyfter bland annat fram att prevalensen av hälsobesvär som relateras till amalgamfyllningar minskade under perioden 1993–2005. Personer som upplever besvär kopplat till dentala material är dock en utsatt grupp och de har oftare sjuk- eller aktivitetsersättning och är mer sjukskrivna jämfört med personer som inte upplever sådana besvär av dentala material. Psykiska sjukdomar är också mer frekventa hos denna grupp. Dessa personer har också mycket låg självskattad hälsorelaterad livskvalitet jämfört med normalbefolkningen.

Bristen på ett vetenskapligt underlag som styrker ett samband mellan allmänna sjukdomssymtom och amalgamfyllningar medför att patienter som relaterar sina besvär till amalgamfyllningar upplever att de får ett dåligt bemötande i vården. De tycker inte att de blir tagna på allvar, känner sig inte respekterade och uppfattar att många i vården anser att deras besvär är inbillade eller enbart psykiskt betingade. Hälso- och sjukvårdens och tandvårdens bemötande av personer som relaterar sina hälsobesvär till dentala material har studerats inom ramen för de projekt som beviljades medel från Socialstyrelsen. Resultaten visar bland annat att 45 procent av dem som har amalgamrelaterade besvär anser att de har blivit negativt bemötta i hälso- och sjukvården. Motsvarande siffra för tandvården är 33 procent. Dessa resultat visar att det är viktigt att hälso- och sjukvården och tandvården fortsätter att arbeta med bemötande av personer som relaterar sina hälsobesvär till dentala material. Uppdraget slutredovisas under 2011.

Fler tecknar abonnemang med tandvården

Inom det statliga tandvårdsstödet är det möjligt för vuxna att teckna avtal om abonnemang med tandvården. Syftet med abonnemangen är att gynna en god tandhälsa, med särskilt fokus på preventiva åtgärder. Ett abonnemang innebär också att tandvårdskostnaderna periodiseras och det stimulerar till regelbundna tandvårdsbesök för undersökning (prop. 2007/08:49).

SKL följer utvecklingen av frisktandvårdsabonnemang inom Folk tandvården [8]. Enligt SKL hade 285 700 personer tecknat abonnemang fram till den 20 april 2010 i de 18 landsting som erbjuder frisktandvårdsabonnemang. Detta var en ökning med 59 000 abonnemang jämfört med år 2009. År 2008 beslutade SKL att verka för en gemensam nationell modell för

frisk tandvård. Av de 18 landsting som erbjuder abonnemang har 15 anslutit sig till den nationella modellen.

Patientfokuserad tandvård

En patientfokuserad tandvård innebär, i likhet med en patientfokuserad hälso- och sjukvård, att vården bygger på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Vården ska planeras i samråd med patienten och det är viktigt att patienten bemöts utifrån hans eller hennes sociala sammanhang. Vården ska utföras med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar.

Tandvården har under flera år toppat Svenskt Kvalitetsindex (SKI) mätning av kundnöjdhet inom området samhällsservice. Även år 2010 fick tandvården högst nöjdhetsbetyg av alla branscher i SKI:s mätningar.

Bemötandet i tandvården får högt betyg

93 procent av svarspersonerna i Socialstyrelsens befolkningsenkät ansåg att de blir respektfullt bemötta i tandvården [1]. Det var något fler kvinnor än män som ansåg sig respektfullt bemötta. Personer födda utanför Norden och EU ansåg sig respektfullt bemötta i avsevärt lägre grad jämfört med övriga grupper. Socioekonomiska faktorer hade dock inte så stor betydelse för det upplevda bemötandet i tandvården. Resultaten visar att tandvården behöver fortsätta arbeta med att få alla patienter att känna sig respektfullt bemötta.

Behov av utökad information om den egna tandstatusen

En viktig uppgift för tandvården är att ge patienten information om munstatus och om hur patienten själv kan förebygga sjukdomar i munnen. Denna uppgift förtydligas i förordningen om statligt tandvårdsstöd (2008:193) genom kravet på att vårdgivaren ska upprätta ett undersökningsprotokoll vid undersökningen. Protokollet ska lämnas till patienten direkt efter undersökningen. Socialstyrelsens enkät visade dock att vårdgivarna lämnar undersökningsprotokoll till patienterna i relativt liten omfattning. Endast 24 procent av svarspersonerna uppgav att de fått ett undersökningsprotokoll.

Trots detta ansåg 90 procent av svarspersonerna att de hade fått tillräcklig information från tandvårdspersonalen så att de själva kan förebygga tandsjukdomar. Födelseland och socioekonomiska faktorer hade dock stor betydelse för hur nöjda personer var med den information de fick. I gruppen födda utanför Europa svarade 68 procent att de hade fått tillräcklig information. Motsvarande siffra för svenskfödda var 92 procent. Det är därmed viktigt att tandvården fortsätter att arbeta med att göra den information som ges om hur tandsjukdomar kan förebyggas tydlig och tillgänglig för alla.

För att kunna vara delaktig i valet av behandling behöver patienten information om såväl sitt tandhälsotillstånd som vilka behandlingsmetoder som finns och vad behandlingen kostar. När det gäller information om behandlingsalternativ visar Socialstyrelsens enkät att lägre social status och annat födelseland än Sverige har ett positivt genomslag på om personerna ansåg

sig ha fått information om behandlingsalternativ. Undersökningen visar till exempel att personer födda utanför EU i väsentligt högre grad än övriga grupper ansåg att de hade fått information om behandlingsalternativ. En möjlig förklaring till detta är att personer med sämre ekonomiska förutsättningar efterfrågar behandlingsalternativ i högre utsträckning jämfört med andra. Detta resonemang stöds av att personer med högre inkomster i lägre grad efterfrågar information om vad behandlingen kommer att kosta.

Sammanfattningsvis visar Socialstyrelsens enkätundersökning att tandvården behöver öka och förtydliga informationen till patienter om tandhälsotillstånd, behandlingsalternativ och kostnader.

Patienterna nöjda med implantatbehandling

Implantatbehandling har blivit en beprövad och vedertagen metod vid behandling av total och partiell tandlöshet. Behandlingen är dock ofta omfattande och medför stora kostnader för både patienten och samhället. Den 1 juli 2002 infördes den så kallade 65+-reformen, vilken gav personer som var 65 år och äldre ett kostnadstak på 7 700 kronor för protetiska behandlingar. I och med denna reform ökade antalet implantatbehandlingar snabbt. Implantatbehandlingar började också erbjudas av ett större antal tandvårdskliniker, även icke-specialistkliniker. 65+-reformen avskaffades 1 juli 2008.

Försäkringskassan har i uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram av det nya tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008. Inom ramen för denna utvärdering har Göteborgs universitet följt upp patienters upplevelser av implantatbehandlingar som utförts inom det tidigare tandvårdsstödet från 2002 [9]. I en enkätundersökning som skickades till samtliga 4 716 personer som fick en implantatbehandling inom det statliga tandvårdsstödet under år 2003 uppgav 96 procent att de var nöjda med implantatbehandlingen. Lika stor andel var nöjda med utseendet på sina tänder efter implantatbehandlingen. Cirka 70 procent uppgav att deras tuggförmåga hade blivit bättre och att de kände sig säkrare i sitt sociala umgänge efter implantatbehandlingen. En klar majoritet av svarspersonerna ansåg att behandlingen med tandimplantat var värd pengarna och skulle välja samma behandling igen.

Underbehandling av smärta i ansikte och käkar

Smärta i ansikte och käkar, som inte är tandvärk, är relativt vanligt förekommande. Var tionde kvinna uppgav i Socialstyrelsens befolkningsenkät att de har smärta i ansiktet och käkarna en gång per vecka eller oftare. Långtidssjukskrivna, arbetssökande och låginkomsttagare uppgav i högre utsträckning än övriga grupper att de hade ont vid gapning och tuggning en gång i veckan eller oftare.

Trots att det är vanligt med smärta i ansikte och käkar är det få som får behandling inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Under perioden 1 juli 2009–1 juli 2010 fick 0,5 procent av den vuxna befolkningen behandling för smärta och funktionsstörningar i mun, ansikte och käkar. Personer med långvarig och svår smärta i ansikte och käkar kan också få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling med samma avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. År 2009 fick 2378 personer (2 464 år 2008) behandling

inom ramen för detta tandvårdsstöd [6]. Dessa personer utgör 0,03 procent av den vuxna befolkningen.

En nyligen publicerad avhandling från Malmö högskola [10] visar vikten av att tandvården systematiskt ställer validerade frågor till patienterna om smärta och funktionsstörningar i mun, ansikte och käkar. Under 2009–2010 införde Folktandvården i Norrbotten, Västerbotten Sörmland och Östergötland dessa frågor i sina hälsodeklarationer i syfte att fånga upp vilka patienter som är i behov av en utvidgad undersökning avseende smärta och funktionsstörningar i mun, ansikte och käkar.

Tandvård i rimlig tid

De flesta besöker tandvården regelbundet

Inom hälso- och sjukvården innebär vård i rimlig tid att vården erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Inom tandvården ska personer i behov av akut tandvård behandlas med förtur (3 § TL).

För tandvården, som till stor del arbetar med en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet, kan begreppet ”vård i rimlig tid” vidgas till att även beskriva befolkningens regelbundna besök i tandvården i förebyggande syfte. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka, förebygga och åtgärda sjukdomar i munhålan på ett tidigt stadium och de minskar därmed framtida behov av tandvård.

Uppgifter från Tandhälsoregistret visar att 64 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården under en tvåårsperiod (1 juli 2008–30 juni 2010) för att undersöka mun och tänder. Ytterligare 9 procent av den vuxna befolkningen besökte endast tandvården akut eller för att få hjälp med en åtgärd utan att ha genomgått en undersökning. De personer som fick tandvård genom landstingen (uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till sjuka och funktionshindrade) utgjorde drygt 1 procent av befolkningen år 2009. I framtida analyser av tandvårdsbesök i förebyggande syfte är det viktigt att analysera vilka det är som väljer att inte regelbundet besöka tandvården för en undersökning samt skälen till varför de avstår.

Regionala skillnader i tillgång på tandvårdspersonal

Tandvården i Sverige ska enligt 3 och 8 §§ TL vara lättillgänglig och planeras utifrån befolkningens behov. Tillgången på tandvårdspersonal kan i viss mån säga något om tillgången på tandvård. Den kan också säga något om hur tandvården är organiserad. Socialstyrelsens rapport ”Årsrapport NPS 2010” [2] innehåller uppgifter om tillgången på tandläkare och tandhygienister i november 2008. Totalt fanns drygt 7 400 tandläkare sysselsatta inom tandvården. Ytterligare 1 000 tandläkare var sysselsatta inom utbildning, offentlig förvaltning eller någon annan näringsgren. Antalet tandhygienister som var sysselsatta inom den svenska tandvården var vid samma period 3 500. Antalet tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare var därmed 81 respektive 38, beräknat på hela riket.

Fördelningen av tandläkare och tandhygienister varierar dock i landet. Skillnaden mellan de län som har störst respektive lägst antal tandläkare per

100 000 invånare är cirka 30 procent. Stockholms län och Västra Götalandsregionen har den högsta tandläkartätheten, knappt 90 tandläkare per 100 000 invånare. I Dalarnas, Västernorrlands och Gotlands län fanns vid samma tidsperiod 65 tandläkare per 100 000 invånare. Även tätheten när det gäller tandhygienister varierar. Högst täthet av tandhygienister fanns i Gävleborgs och Värmlands län, med knappt 70 tandhygienister per 100 000 invånare. Stockholms, Kronobergs och Västernorrlandslän hade den lägsta tandhygienisttätheten med 30 tandhygienister per 100 000 invånare. [2]

En jämförelse av tandläkartätheten i de nordiska länderna [4] visar att Danmark, Norge och Island har högre tandläkartäthet än Sverige. Danmark har 93, Norge har 89 och Island har 86 tandläkare per 100 000 invånare. Finland har det lägsta antalet tandläkare bland de nordiska länderna med 72 tandläkare per 100 000 invånare.

En lägre tandläkartäthet medför dock inte att andelen bland de personer som har avstått från att besöka tandläkare på grund av att de inte fick besökstid eller för att avståndet varit för långt ökar. I Socialstyrelsens enkätundersökning "Befolkningens tandhälsa 2009" uppgav till exempel endast 1 procent i Norrbotten och Västernorrland att de, trots behov, hade avstått från att besöka tandvården på grund av att avståndet varit för långt [1]. I Jämtland och Västerbotten hade ingen av svarspersonerna avstått från tandvård på grund av avståndet.

Säker tandvård

En säker tandvård minskar risken för vårdskador. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av tandvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Det finns ingen nationell sammanställning över hur många patienter som skadas i tandvården. De anmälningar av vårdskador som görs till Socialstyrelsen enligt lex Maria ger dock långt ifrån en fullständig bild av vårdskadorna inom tandvården. Under år 2010 fattade Socialstyrelsen beslut i 55 lex Maria ärenden som rör tandvård.

En säker tandvård innebär också att läkemedel förskrivs på ett riktigt sätt. En stor del av de läkemedel som förskrivs inom tandvården utgörs av antibiotika.

Stora regionala skillnader i mängden förskriven antibiotika

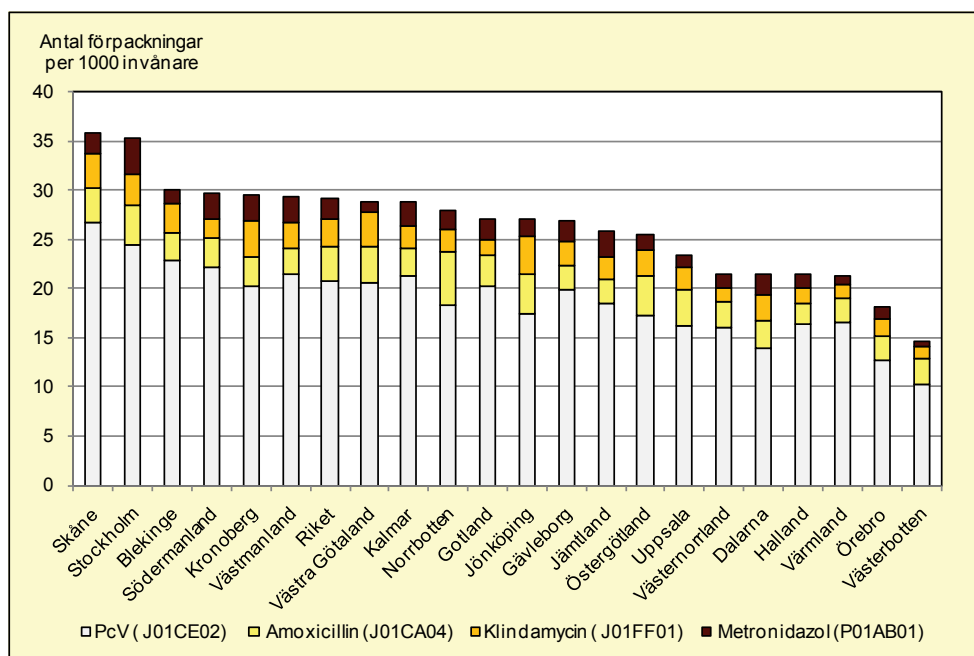
Antibiotika som förskrivs av tandläkare utgör en betydande andel av den antibiotika som förskrivs i öppenvården. Enligt statistik från Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning (Strama) stod tandvården för cirka 8 procent av antibiotikaförskrivningen i öppenvården under 2009 (7 procent år 2008). Under 2009 minskade antibiotikaförskrivningen inom tandvården med 7 procent. Tandvårdens andel av den totala antibiotikaförskrivningen ökade dock med 1 procent jämfört med år 2008. Antibiotika används inom tandvården både för behandling och som profylax. V-penicillin (PcV) utgör 80 procent av den antibiotika som förskrivs av tandläkare [11].

Det finns stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivningen inom tandvården (figur 4:1). Tandläkare i Stockholms län och Region Skåne för-

skriver mer än dubbelt så mycket antibiotika per 1 000 invånare jämfört med tandläkare i Västerbottens län. Orsakerna till dessa stora skillnader är inte kända och bör utredas närmare då en överförskrivning av antibiotika riskerar att bidra till utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier. En överförskrivning medför också kostnader för samhället och patienten.

Socialstyrelsen publicerade i oktober 2010 en preliminär version av de nationella riktlinjerna för vuxentandvård [12]. Riktlinjerna innehåller rekommendationer för användningen av antibiotika inom tandvården och förtydligar när det är motiverat att behandla med antibiotika och när andra behandlingsmetoder i första hand bör väljas. När riktlinjerna är införda i tandvården bör de därmed kunna leda till en minskning av antibiotikaanvändningen. Riktlinjerna bör också kunna bidra till att de regionala skillnaderna jämnas ut.

Figur 4:1. Antibiotika förskrivet av tandläkare under perioden september 2009–augusti 2010



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig tandvård

Ökad kunskap i tandvården

Tandvården i Sverige tog under 2010 ett stort steg mot en ökad kunskapsstyrning. Socialstyrelsen presenterade i oktober 2010 den preliminära versionen av Nationella riktlinjer för vuxentandvård [12]. Riktlinjerna är heltäckande för vuxentandvården och utgör såväl ett verktyg för styrning och ledning som ett stöd för tandvårdsprofessionen i valet av behandlingsmetoder. De nationella riktlinjerna innehåller också indikatorer. Dessa indikatorer kommer tillsammans med de övergripande indikatorerna för God tandvård, som Socialstyrelsen publicerade i november 2010, att utgöra en grund för den fördjupade uppföljning av tandvården utifrån samtliga kvalitetsområden för God tandvård inklusive effektiv tandvård som Socialstyrelsen pla-

nerar att genomföra år 2012–2013 [13]. Några av indikatorerna används även i denna rapport för att belysa de olika dimensionerna av God tandvård. Under hösten 2010 publicerade också Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) två kunskapsöversikter på tandvårdsområdet. Dessa kunskapsöversikter tillsammans med SBU:s tidigare arbete har utgjort en viktig grund för Socialstyrelsens arbete med de nationella riktlinjerna [14, 15].

Tandvård i förebyggande syfte ökar

Tandvården ska enligt 3 § TL lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder. Att öka inslaget av förebyggande åtgärder inom tandvården var också ett av målen med det nya tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008. Utredningen ”Friskare tänder – till rimliga kostnader” (SOU 2007:19) uppskattar att cirka 60 procent av befolkningen gjorde minst ett tandvårdsbesök i förebyggande syfte under en 18 månader lång period inom det tidigare tandvårdsstödet. Under år 2010 studerade Försäkringskassan hur det nya tandvårdsstödet påverkat antalet tandvårdsbesök i förebyggande syfte [16]. Under perioden 1 juli 2008–30 april 2010 gjorde 4,8 miljoner personer sammanlagt 9,3 miljoner förebyggande besök i tandvården. Således gjorde 67 procent av befolkningen minst ett besök i förebyggande syfte under denna period.

Bland de åtgärder i förebyggande syfte som innefattas av det nya tandvårdsstödet räknas bland annat undersökningar in. Under angiven period hade 64 procent av den vuxna befolkningen gjort minst ett sådant besök. Även åtgärder som mer strikt används för att förebygga sjukdom och främja oral hälsa innefattas av det nya tandvårdsstödet. 26 procent av den vuxna befolkningen registrerades under perioden för minst en sådan åtgärd.

Sammantaget blev därmed frekvensen för tandvårdsbesök i förebyggande syfte något högre sedan det nya tandvårdsstödet införts. Mätperioderna är dock av lite olika längd vilket försvårar jämförelserna något. En förklaring till att besöksfrekvensen inte har ökat mer trots att det var ambitionen kan vara att det inte är känt vad tandvårdsstödet innebär bland stora delar av befolkningen. I Socialstyrelsens rapport ”Befolkningens tandhälsa 2009” framgick det att endast 50 procent av svarspersonerna kände till att det finns ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) [1]. Kunskapen om ATB var lägst bland personer under 40 år. I gruppen 20–40-åringar uppgav 40 procent att de kände till ATB. Att kunskapen om ATB är lågt i gruppen 20–29-åringar kan ses som särskilt bekymmersamt eftersom denna grupp generellt besöker tandvården i lägre utsträckning jämfört med befolkningen i övrigt. I tandvårdsstödet övergripande mål har det bedömts som särskilt viktigt att öka besöksfrekvensen i tandvården för denna åldersgrupp.

Ytterligare en förklaring till att andelen som har besökt tandvården i förebyggande syfte inte är högre än 67 procent kan bero på att mätperioden är för kort. Eftersom revisionsintervallet ska beslutas individuellt utifrån den enskilda individens behov och risk för att utveckla sjukdom kan mätperioden behöva utökas till minst 24 månader för att en större del av de individer som har små behov också ska fångas upp.

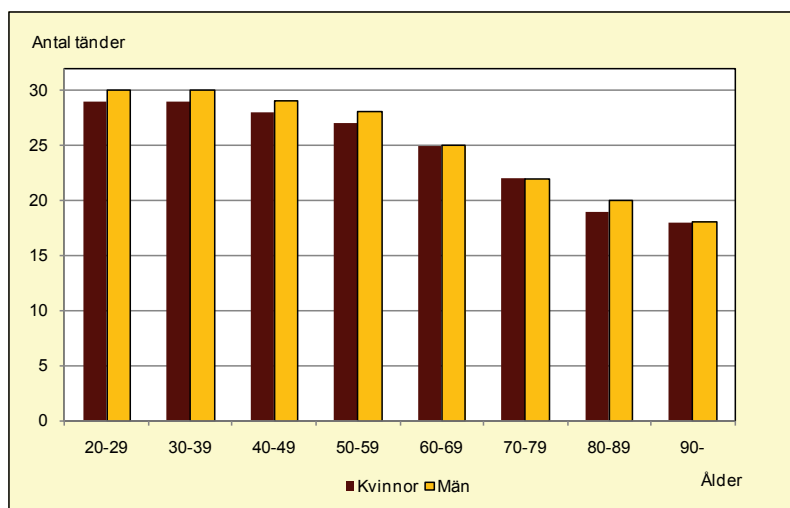
Tandförluster är sällsynta hos unga vuxna

Uppgifter om antalet kvarvarande egna tänder hos vuxna är ett mått på genomgången sjukdom och utgör ett mått på befolkningens generella tand-

hälsa. I Socialstyrelsens tandhälsoregister finns uppgifter om antalet kvarvarande och intakta tänder som tandvården rapporterar när patienten använder ATB. I rapporten ”Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret” konstaterar Socialstyrelsen att registrets statistik över antalet kvarvarande tänder överensstämmer relativt väl med kliniska data från epidemiologiska undersökningar, samtidigt som registrets statistik överskattar antalet intakta tänder [17]. Detta beror bland annat på att de elektroniska patientjournalerna fungerar och används på olika sätt för rapportering av antalet kvarvarande och intakta tänder. Detta är problem som med tiden kan rättas till och medföra en högre kvalitet på data i tandhälsoregistret.

Figur 4:2 visar hur många tänder den vuxna befolkningen har i medeltal. Uppgifterna är baserade på tandhälsoregistrets statistik om antalet kvarvarande och intakta tänder hos den vuxna befolkningen och visar att tandförluster är sällsynta hos yngre vuxna och att medeltalet kvarvarande tänder hos äldre är cirka 20 stycken.

Figur 4:2. Medeltalet kvarvarande tänder fördelat på ålder och kön under perioden 1 juli 2008–20 juni 2010



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifterna i registret visar att äldre personer har relativt många egna kvarvarande tänder men säger inget om förmågan att tugga och äta. Detta beror på att det i registret inte framgår var i munnen de kvarvarande tänderna sitter eller om saknade tänder har ersatts med avtagbara eller fastsittande proteser eller implantat. Äldre personer riskerar att drabbas av oral ohälsa i samband med funktionsnedsättningar som försvårar munhygien och i samband med användning av läkemedel som medför muntorrhet. Att äldre personer har många egna tänder ökar behovet av stödjande insatser från vårdpersonalen och tandvården.

Orsaker till tandförluster skiljer sig mellan åldersgrupper

Tabell 4:1 redovisar uppgifter ur tandhälsoregistret om andel personer i den vuxna befolkningen som fick en eller flera tänder utdragna under perioden den 1 juli 2009 till den 30 juni 2010. Orsakerna till tandförlusterna varierar

med åldern men de är i många fall ett resultat av uttalad sjukdom i tänderna och tändernas stödjevävnader som inte blev behandlad eller som inte svarade på behandling. Bland yngre är karies, sjukdomar i tandpulpan och i vävnaderna runt tandroten samt inflammation i mjukvävnaden kring visdomständer (pericoronit) de vanligaste orsakerna till tandförluster. Bland äldre är parodontit (tandlossningssjukdomar) det vanligaste skälet till varför en tand utdragen.

Tabell 4:1. Andel personer i den vuxna befolkningen som fick en eller flera tänder utdragna under perioden 1 juli 2009–30 juni 2010 (procent)

Ålder (år)	Andel (%) som fick en eller flera tänder utdragna	
	Kvinnor	Män
20–29	3,3	2,6
30–39	4,2	3,7
40–49	4,9	4,5
50–59	6,6	6,5
60–69	8,3	8,8
70–79	8,1	7,9
80–89	6,8	7,9
90–	4,2	6,6
Totalt	5,8	6,2

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Karies hos barn fortsätter att minska

Karies hos barn och ungdomar beskriver väl tandhälsan i den unga populationen och är ett viktigt underlag för planering och jämförelser av tandhälsans utveckling regionalt, nationellt och internationellt. Socialstyrelsen hade under åren 1985–2005 regeringens uppdrag att årligen redovisa en sammanställning över tandhälsa hos barn och ungdomar till och med 19 års ålder. Socialstyrelsen har i rapporten ”Framtida statistikredovisning om barns och ungdomars tandhälsa” föreslagit att epidemiologiska data om barns och ungdomars tandhälsa bör ingå i Socialstyrelsens tandhälsoregister [18]. Något beslut om att föra sådan statistik finns dock inte. För att säkerställa kontinuitet i rapporteringen upprepade Socialstyrelsen därför en tidigare enkätundersökning under 2010. Resultaten från enkätundersökningen avser år 2008 och presenteras i rapporten ”Karies hos barn och ungdomar” [19].

Sammanställningen av data visar att tandhälsan fortsätter att förbättras hos barn och ungdomar men förbättringstakten har med några få undantag mattats av jämfört med den höga takt som hölls på 1980- och 1990-talen. Glädjande är att andelen kariesfria barn och ungdomar ökar i alla undersökta åldersgrupper med undantag av 3-åringar. Bland 3-åringar är 95 procent av barnen kariesfria. Den höga andelen kariesfria barn gör att utrymmet för förbättringar är relativt litet. Sedan 1995 har andelen kariesfria 3-åringar ökat från 93 till 95 procent. Det bör noteras att antalet 3-åringar som hade manifesta kariesskador (skador som kräver fyllning) år 2008 i faktiska tal uppgår till drygt 5 000 barn. Andelen kariesfria 19-åringar hade år 2008 nått

upp till 30 procent. Detta är en ökning med 4,7 procentenheter jämfört med år 2005.

Förekomsten av karies hos barn är inte normalfördelat i populationen. En hög andel kariesfria barn medför att barn med många kariesskador döljs i statistiken om endast medelvärden redovisas. Därför föreslogs ett nytt kariesindex för barn och ungdomar i slutet av 1990-talet benämnt ”Significant Caries Index” (SiC). SiC för 12-åringar visar medelvärdet för antalet skadade eller lagade tänder (DFT²) för den tredjedel av populationen som har flest antal kariesskador. År 2008 var SiC för 12-åringar 2,5 DFT. Medelvärdet bland 12-åringar i riket var samma år 0,9 DFT.

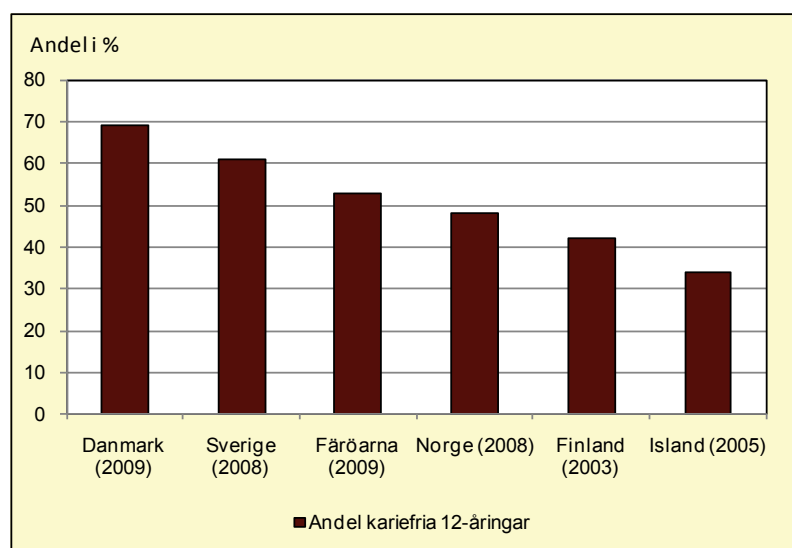
Det finns endast mycket små skillnader i tandhälsa mellan flickor och pojkar. Tandhälsan skiljer sig dock åt mellan olika landsting och regioner. Störst är skillnaderna mellan landstingen när det gäller andelen kariesfria 12-åringar och 19-åringar. Orsakerna till skillnader i förekomsten av karies mellan landstingen är inte kända. Men eftersom några landsting rapporterar en mycket hög andel kariesfria och låga medelvärden för antalet kariesskadade tänder borde det finnas ett fortsatt utrymme för förbättringar även på nationell nivå inom samtliga åldersgrupper.

Världshälsoorganisationen (WHO) har ställt upp mål för tandhälsa hos barn och ungdomar [20]. Sverige har redan uppnått målen att DFT-värdet för 12-åringar inte ska överstiga 1,5 år 2020 och att SiC-index ska ligga under 3 DFT år 2015. Däremot har Sverige ännu inte nått målet på 80 procent kariesfria 6-åringar som är satt till 2020. År 2008 var 74 procent av rikets 6-åringar kariesfria. Även för denna åldersgrupp finns regionala skillnader och fyra landsting hade år 2008 nått upp till 80 procent kariesfria 6-åringar.

Förekomsten av karies bland barn och unga varierar även mellan de nordiska länderna. I ett projekt inom Nordiska ministerrådet för utveckling av samnordiska indikatorer för mun- och tandhälsovården presenteras jämförande data för andelen kariesfria 12-åringar och medelvärden för DFT [7]. Sverige placerar sig i båda fallen tvåa efter Danmark som har högst andel kariesfria 12-åringar i Norden och lägst medeltal för antalet tänder med karies eller fyllningar. Figur 4:3 visar andelen kariesfria 12-åringar i de nordiska länderna.

² Decade Filled Teeth

Figur 4:3. Andel kariesfria 12-åringar i de nordiska länderna, uppgifter inom parentes på vågrät axel avser årtal



Källa: Nordisk kvalitetsmätning i sundhetsvaesenet, Nordiska ministerrådet 2010.

Omgörningar av fyllningar utgör en extra belastning

En stor del av befolkningen riskerar att någon gång under livet drabbas av karies. Risken varierar mycket från person till person. Tandvårdens resurser upptas till en betydande del av restaurativa åtgärder (fyllningar och kronor). En stor del av de restaurativa åtgärderna utgörs av behandlingar som måste göras om på grund av defekta och trasiga fyllningar eller karies i anslutning till dessa. Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna för tandvård föreslagit en indikator som följer upp hur stor andel av de fyllningar och kronor som utförs som utgörs av omgörningar av tidigare utförd behandling. Under perioden 1 juli 2009–30 juni 2010 stod dessa omgörningar för 56 procent av de restaurativa behandlingarna. Dessa behandlingar är en extra belastning både för den enskilda patienten och för samhället.

Jämlik tandvård

Många avstår tandvård av ekonomiska skäl

Tandhälsan i Sverige är inte jämnt fördelad hos befolkningen. Som tidigare beskrivits spelar socioekonomiska faktorer stor roll för hur den individuella tillfredställelsen av tändernas utseende och funktion. I Socialstyrelsens befolkningsenkät rapporterar 93 procent av svarspersonerna med en månadsinkomst på 50 000 kronor eller mer att de har en bra eller mycket bra tandhälsa. Motsvarande siffra för gruppen långtidssjukskrivna är 30 procent. Det är därför viktigt att följa hur fördelningen är mellan grupper som har avstått från tandvård trots att de har ansett sig vara i behov av vård. Socioekonomiska faktorer har stor betydelse för om personer avstår från att söka vård trots behov. Bland personer födda utanför Europa, arbetssökande och studerande män uppgav nästan 60 procent att de hade avstått från tandvård trots behov. Motsvarande siffra för personer med en månadsinkomst på 50 000

kronor eller mer var 4 procent. 52 procent av dem som hade avstått från tandvård trots behov angav ekonomiska skäl till detta.

Andel personer som de senaste 12 månaderna har avstått från att helt eller delvis söka tandvård av ekonomiska skäl var i Socialstyrelsens enkätundersökning 21 procent. Även här har socioekonomiska faktorer stor betydelse. Bland ensamstående med hemmavarande barn, låginkomsttagare, studenter, arbetssökande och personer födda utanför Norden var det betydligt fler som hade avstått från tandvård på grund av ekonomiska skäl än bland övriga grupper. I gruppen födda i Europa utanför EU och Norden hade 71 procent helt eller delvis avstått från tandvård. Motsvarande siffra för svenskfödda var 16 procent.

Vård, omsorg och stöd till barn och unga

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen barn och unga som vårdas inom slutenvård för psykisk ohälsa ökar, särskilt när det gäller diagnoser inom ångest, depression. Andelen barn med neuropsykiatriska tillstånd som vårdas inom den specialiserade öppenvården ökar också. Tillgången till vård för barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa blir samtidigt bättre, i den bemärkelse att andelen som får vänta mer än 90 dagar på besök hos barn- och ungdomspsykiatri har sjunkit.
- Socialstyrelsens tillsyn visar att det fortfarande är oklart vem som ansvarar för insatser mot psykisk ohälsa hos barn mellan 6 och 18 år och att samverkan mellan olika aktörer brister. Få verksamheter upprättar gemensamma behandlingsplaner med andra verksamheter, och samverkan sker oftast kring enskilda patienter och sällan på ett organiserat, övergripande plan.
- Drygt hälften av kommunerna anger att de har dokumenterade rutiner för hur fel och brister identifieras, åtgärdas och följs upp.
- På nationell och lokal nivå pågår arbete för att komma till rätta med tidigare konstaterade brister inom familjehemsplaceringar och vård för hem eller boende (HVB). Samtidigt som detta arbete pågår, lägger även kommunerna allt mindre resurser på HVB. Det finns också stora skillnader i resursfördelning mellan landets kommuner. Hur detta påverkar möjligheterna till att förbättra kvaliteten på HVB är oklart.
- Under 2010 år har Socialstyrelsen följt upp tidigare tillsyn av socialtjänstens arbete med barn i familjehem och brister som rörde vårdplanering och uppföljning av vården, barns delaktighet och utredning av familjehem. Bristerna är på vissa håll och till vissa delar åtgärdade. Men det finns också exempel på att inga större förändringar har skett. I dessa fall har Socialstyrelsen ställt ytterligare krav på åtgärd. En slutsats är att återkommande tillsyner i många fall behöver göras för att nå resultat.
- För att ytterligare stärka säkerheten för barn och unga har Socialstyrelsen tagit fram informationsmaterial som vänder sig direkt till barn och unga som bor i familjehem eller HVB. Informationen handlar om barnens rättigheter och innehåller telefonnummer dit barn kan ringa om de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten.
- Socialtjänstens samverkan kring barn och unga blir bättre men behöver förbättras ytterligare. Det finns dock stora samverkansbrister i vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa.

I detta kapitel redovisas utvecklingen av vård och stöd till barn och unga, både enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och enligt lagen (1990:52) med särskild bestämmelse vård av unga, LVU. Vidare redogörs för utvecklingen och tillståndet inom följande kvalitetsområden [1,2,3]:

- tillgänglig vård
- kunskapsbaserad vård och socialtjänst
- självbestämmande och integritet inom socialtjänsten
- helhetssyn, samordning och kontinuitet
- rättssäker socialtjänst.

Ovanstående kvalitetsområden beskrivs mer utförligt i inledningskapitlet och de områden som berör God vård beskrivs även i bilaga 1.

Ytterligare resonemang kring vård och stöd till barn och unga förs även i kapitlen om hälso- och sjukvård, om tandvård och om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

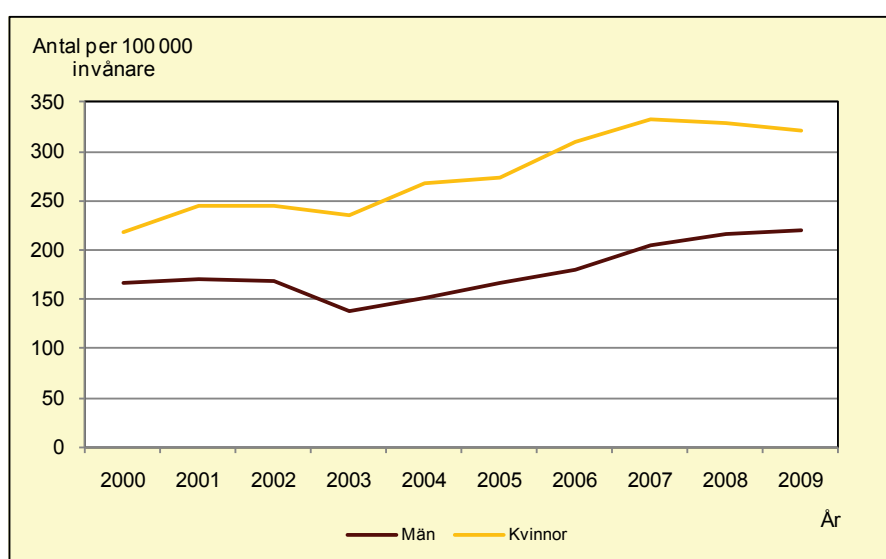
Aktuell utveckling

Detta avsnitt beskriver utvecklingen hos barn och unga när det gäller psykiatrisk vård samt socialtjänstens insatser, både i form av heldygnsplaceringar och öppna insatser. Även socialtjänstens kostnader kommenteras.

Psykiatrisk slutenvård ökar bland unga

År 2009 vårdades 0,2 procent av alla flickor och unga kvinnor, och 0,3 procent av alla pojkar och unga män i åldern 0–19 år inom barn- och ungdomspsykiatrisk eller allmänpsykiatrisk slutenvård [5].

Figur 5:1. Antal unga 0–19 år per 100 000 som vårdades inom psykiatrisk slutenvård 2000–2009, uppdelat på kön



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård har ökat under 2000-talet (figur 5:1), för pojkar med ungefär 30 procent och för flickor med ungefär 45 procent. År 2007 stannade dock ökningen upp när det gäller flickor, för att därefter minska något.

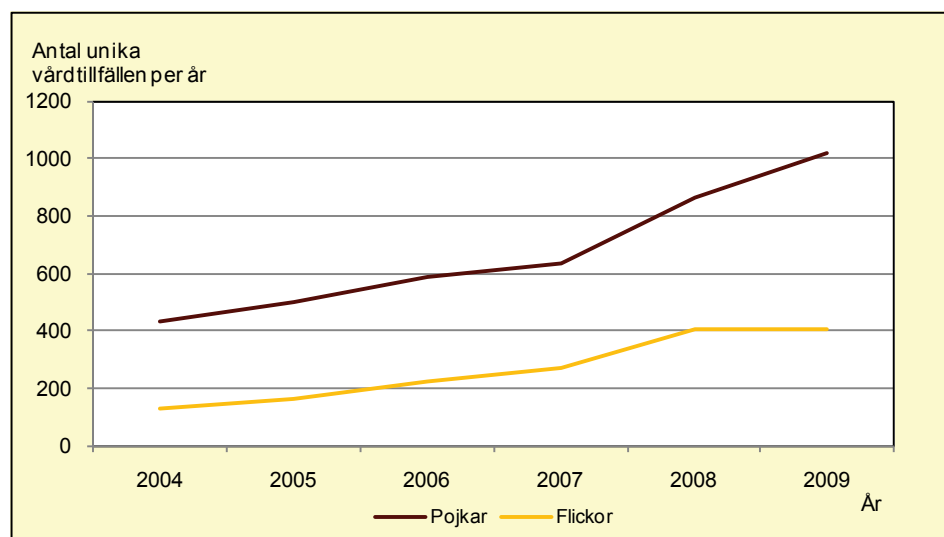
Det är framförallt vård för depressioner och ångestsyndrom som har blivit vanligare. År 2009 var andelen pojkar som vårdades för dessa diagnoser 26 per 100 000 pojkar och andelen flickor 63 per 100 000, vilket är en fördubbling jämfört med år 2000 [5]. Även läkemedelsbehandlingarna för ångest och depression ökar. År 2009 hämtade 3 procent av flickor i åldern 0–19 år ut antidepressiva läkemedel utskrivna på recept, jämfört med 1,5 procent av de jämnåriga pojkarna [6]. Användningen av antidepressiva läkemedel bland barn och unga började öka kraftigt omkring 1993 då de så kallade SSRI-preparaten³ introducerades. Dessförinnan fanns inte några antidepressiva läkemedel som var lämpliga för barn och unga.

Under 2000-talet har antalet unga som vårdas på sjukhus för psykoser har också ökat något. År 2009 vårdades 9 per 100 000 pojkar och 8 per 100 000 flickor [5].

Antalet vårdtillfällen för barn med neuropsykiatriska tillstånd ökar markant

Antalet vårdtillfällen inom den specialiserade öppenvården ökar kraftigt för barn med diagnoserna Aspergers syndrom eller adhd [5]. Det visar Socialstyrelsens bearbetning av patientregistret⁴. Figur 5:2 och 5:3 visar antalet barn i åldrarna 5–17 som på årsbasis vårdades inom den specialiserade öppenvården för diagnoserna Aspergers syndrom eller adhd under perioden 2004–2009.

Figur 5:2. Antal vårdtillfällen för barn med diagnosen Aspergers syndrom, utveckling 2004–2009, uppdelat på kön



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

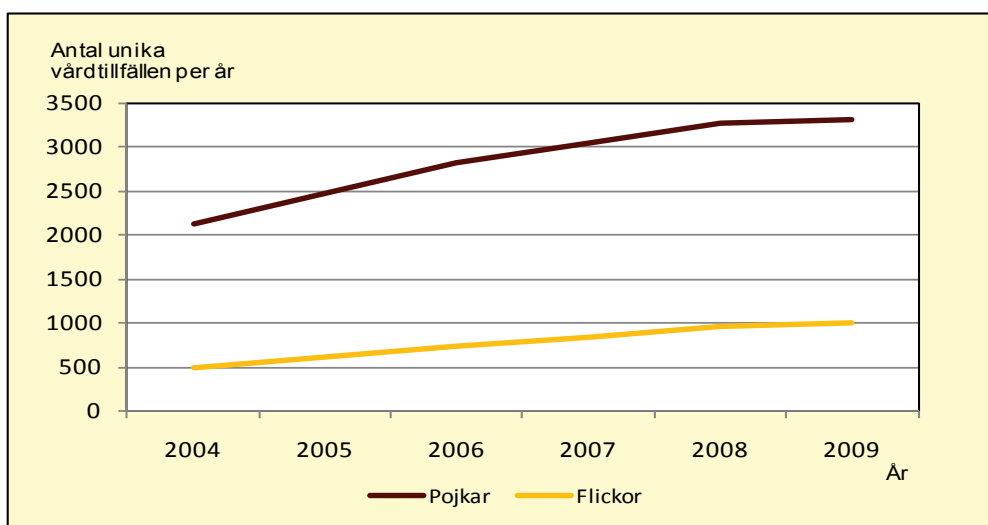
³ Serotoninåterupptagningshämmare

⁴ För Aspergers syndrom användes ICD-kod F84.5 och för ADHD användes ICD-kod F90.0, F90.1, F90.8 och F90.9.

Vårdtillfällena ökar över tid både för pojkar och för flickor, men andelen pojkar är fortfarande högre än andelen flickor. Mest markant är ökningen av vårdtillfällena för Aspergers syndrom, 74 procent för pojkar och 83 procent för flickor perioden 2006–2009. Motsvarande siffror för diagnosen adhd är 13 procent för pojkar och 30 procent för flickor.

En del av ökningen i antal vårdtillfällen kan bero på förbättrad inrapportering till Socialstyrelsens patientregister. Uppgifterna bör därför tolkas med försiktighet.

Figur 5:3. Antal vårdtillfällen barn med diagnosen adhd, utveckling 2004–2009, uppdelat på kön



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Medicinering av adhd har också ökat, vilket stöder ovanstående trender. Mellan 2006 och 2009 ökade antalet personer som minst en gång har hämtat ut ett recept för läkemedel mot adhd med 84 procent för pojkar och 125 procent för flickor i åldern 5–17 år. År 2009 förskrevs 0,5 procent av flickorna i åldern 0–19 år psykostimulantia som används mot adhd, motsvarande andel bland pojkar var 2 procent [6]. En sådan kraftig ökning av medicinering visar att antalet barn diagnostiserade med adhd torde vara ännu högre än vad som återspeglas i figur 5:3.

En viktig fråga i sammanhanget är dock om denna påfallande ökning i antalet diagnoser avspeglar en faktisk ökning i neuropsykiatriska tillstånd bland barn. Det går inte att avgöra om de faktiska fallen ökar över tid eller om antalet fall är tämligen oförändrade. En ökad medvetenhet om tillstånden eller bredare diagnoskriterier skulle kunna leda till att antalet barn som får diagnoserna ökar. Det skulle i så fall innebära att fler barn med Aspergers syndrom eller adhd nu upptäcks och får korrekt diagnos. Samtidigt är det också viktigt att beakta att en ökad medvetenhet om tillstånden kan föra med sig att barn överdiagnostiseras inom vården. Det betyder i så fall att en del av ökningen går att hänföra till att vissa barn nu felaktigt får diagnosen Aspergers syndrom eller adhd. Det är viktigt att uppmärksamma att en

överdiagnostisering kan medföra en medicinering mot adhd som saknar behovsgrund.

Slutligen, om ökningen i neuropsykiatriska diagnoser avspeglar en faktisk ökning av ADHD och Aspergers syndrom och inte beror på ökad medvetenhet är frågan vad de bakomliggande faktorerna till denna ökning är. I så fall är detta en mer specifik fråga om sjukdomsorsaker än ett mer allmänt fenomen av exempelvis ökad medvetenhet inom hälso- och sjukvården och i samhället.

Även den självrapporterade psykiska ohälsan är hög

Ovanstående beskrivning av vård, behandling och diagnostik ligger i linje med att många unga uppger dålig psykosomatisk hälsa. I Statistiska centralbyråns (SCB) undersökning om levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) år 2008 uppgav var tredje flicka i åldern 13–18 år att hon hade huvudvärk minst en gång i veckan, var fjärde hade lika ofta ont i magen och var femte flicka var ofta nedstämd. Bland jämnåriga pojkar hade nästan var femte huvudvärk minst en gång i veckan, knappt var tionde ont i magen och 6 procent uppgav att de ofta var nedstämda. I åldersgruppen 16–24 år uppgav 29 procent av flickorna och kvinnorna samt 14 procent av pojkarna och männen att de hade lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest [6]. Dessa uppgifter ger emellertid bara en begränsad bild av barns och ungas psykiska hälsa och det är till exempel svårt att resonera kring utveckling över tid. Detta diskuteras vidare under rubriken om kunskapsbaserad vård.

Fler barn och unga placeras utanför familjen

I detta avsnitt redovisas socialtjänstens heldygnsinsatser till barn och unga, enligt SoL och LVU. Dessa heldygnsinsatser ges framförallt i form av familjehemsplacering och hem för vård eller boende (HVB). Insatserna kan ges enligt båda lagstiftningarna.

Cirka 23 400 barn fick någon gång under 2009 heldygnsvård enligt SoL och/eller LVU (tabell 5:1) [7].

Tabell 5:1: Barn och unga fördelade efter olika heldygnsinsatser år 2009. Antal barn enligt tre mått, avrundade värden

	Insats 1 nov	Påbörjad insats	Insats någon gång under året
Vård enligt SoL	11 300	7 800	17 900
Vård enligt LVU	4 700	1 500	6 100
Omedelbart omhändertagande enligt LVU	200	2 000	2 200
Vård enligt SoL och/eller insats enligt LVU ¹⁾	16 300	9 500	23 400

1) Samtliga barn och unga med någon av de tre insatserna, vård enligt SoL, vård enligt LVU och/eller omedelbart omhändertagande.

Ett barn ingår oftast i fler än ett mått

Källa: Insatser till barn och unga 2009 (Socialstyrelsen).

Vid mät datumet den 1 november 2009 var familjehem den vanligaste placeringsformen bland barn och unga, 74 procent av de SoL-vårdade och 68 procent av de LVU-vårdade barnen och ungdomarna var familjehemsplacerade den dagen. Fler pojkar än flickor berördes av någon typ av heldygnsinsats, ungefär 55 procent var pojkar och 45 procent var flickor.

Av heldygnsinsatserna är det vård enligt SoL som ökade mest under perioden sett till andelen barn och unga i befolkningen som påbörjade en insats. Ökningen i andelen mellan år 2002 och 2009 relativt 2002 års värde var 33 procent [7].

Brister i hemmiljö vanligaste orsaken till beslut om LVU

Omhändertagande enligt LVU sker på grund av brister i hemmiljön eller på grund av den unges eget beteende [7]. Av de barn och ungdomar som fick vård enligt LVU den 1 november 2009 var brister i hemmiljö skäl till insatsen för ungefär 70 procent, medan 25 procent av dem fick vård på grund av eget beteende och knappt 5 procent på grund av både brister i hemmiljö och eget beteende.

För barn i åldern 0–12 år var skälet till LVU-insatsen i regel brister i hemmiljön. Ju högre ålder desto högre andel av ungdomarna blir föremål för insatser på grund av sitt eget beteende. För ungdomar 18 år eller äldre kan en insats enligt LVU endast beslutas på grund av eget beteende. Att åberopa eget beteende som skäl för insats enligt LVU är vanligare för pojkar än för flickor [7].

Personligt stöd enligt SoL är den vanligaste öppenvårdsinsatsen

Socialtjänstens öppenvårdsinsatser ges till barn och unga i form av strukturerade öppenvårdsprogram, personligt stöd, kontaktperson eller -familj och särskilt kvalificerad kontaktperson beslutade enligt 4 kap. 1 § SoL.

Den 1 november 2009 hade cirka 28 500 barn och unga fått ett beslut om behovsprövad öppenvårdsinsats [7]. Något fler pojkar än flickor hade en öppenvårdsinsats, 56 procent pojkar och 44 procent flickor. Här ingår även de barn och unga som hade den nya insatsen särskilt kvalificerad kontaktperson (ingår inte i redovisningen före statistikår 2008).

Behovsprövat personligt stöd enligt SoL var den insats som flest barn och unga berördes av 2009 (tabell 5:2), och cirka 25 300 hade behovsprövat personligt stöd någon gång under året. Insatsen avser behovsprövat stöd och behandling som ges till barnet/den unge och som kan utföras av till exempel socialsekreterare, behandlingsassistent, ”hemmahosare” eller dylikt.

Tabell 5:2: Barn och unga med behovsprövade öppenvårdsinsatser enligt SoL under år 2009, antal samt andel i befolkningen 0–20 år, avrundade värden

Insats enligt SoL	Antal barn/unga				Andel i befolkningen, Procent			
	Ålder				Ålder			
	0–20	0–12	13–17	18–20	0–20	0–12	13–17	18–20
Strukturerade öppenvårdsprogram	9 800	3 100	4 600	2 200	0,4	0,2	0,8	0,5

Behovsprövat personligt stöd	25 300	11 100	10 000	4 300	1,1	0,8	1,6	1,1
Kontaktperson/kontaktfamilj	21 000	10 500	7 600	2 900	0,9	0,8	1,3	0,7

Källa: Insatser till barn och unga 2009, Socialstyrelsen.

Ungefär 21 000 barn och unga hade kontaktperson eller kontaktfamilj enligt SoL och cirka 9 800 fick någon gång under 2009 insatsen strukturerat öppenvårdsprogram.

Bland de yngre barnen var kontaktperson/-familj och personligt stöd de vanligaste öppenvårdsinsatserna. För de äldre barnen och ungdomarna, i åldersgrupperna 13–17 år och 18–20 år, var personligt stöd den vanligaste insatsen.

Sedan 2002 har andelen som fått strukturerade öppenvårdsprogram ökat. Däremot har andelen barn och unga som fått kontaktperson eller kontaktfamilj enligt SoL minskat under perioden [7].

Socialtjänstens insatser till barn med funktionsnedsättning

Under 2009 beviljades cirka 19 700 insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) till barn och unga 0–23 år [8]. En utförligare redovisning av dessa insatser ges i kapitlet om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning och berörs inte vidare i detta kapitel.

Socialtjänstens kostnader för öppna insatser ökar mest

Socialtjänstens kostnader för vård och stöd till barn och unga uppgick 2009 till 13,7 miljarder kronor [9]. Från 2005 har kostnaderna för barn och unga ökat med knappt 4 procent i fasta priser.

Tabell 5:3. Kostnadsutveckling för insatser i barn- och ungdomsvården, 2005–2009, 2009 års priser, miljoner kronor samt procent

Insatser till barn och unga	2005	2006	2007	2008	2009	Förändr. 05–09, mnkr	Förändr. 05–09, %
Institutionsvård ^a	5 023	4 896	4 852	4 889	4 667	–356	–7
Familjehems-vård	3 940	4 052	4 081	4 203	4 391	451	11
<i>Öppna insatser</i>							
Individuell behovsprövad öppen vård	2 928	2 820	2 844	2 962	3 182	254	9
Övriga öppna insatser	1 273	1 296	1 390	1 541	1 440	167	13
Totalt	13 164	13 063	13 167	13 596	13 680	516	3,9

^a Avser HVB

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

Kostnaderna för familjehemsvård ökade under perioden 2005–2009 med 11 procent, medan kostnaderna för institutionsvård (HVB) minskade med 7 procent (tabell 5:3).

Tillgänglig vård och socialtjänst

Vården ska vara tillgänglig och fördelad efter behov. En tillgänglig socialtjänst betyder att alla barn och unga med behov ska ha rätt till tjänsterna, oavsett geografisk tillhörighet eller bakgrund. I detta avsnitt kommenteras tillgången till barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet samt skillnader mellan kommuner avseende insatser och kostnader.

Förbättrad vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har träffat en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa som innehåller ett särskilt statsbidrag. Satsningen inleddes 2007 och målet är att öka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Alla landsting, ska utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för en bedömning inom högst 30 dagar och därefter en beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. Från och med 2009 är statsbidraget prestationsbaserat, det vill säga kopplat till inrapportering och väntetider i databasen ”Väntetider i vården”.

I vårdgarantin framhålls även att en fungerande så kallad första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa är en förutsättning för den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Med en första linje avses ofta mödra- och barnhälsovård, primärvård, familjecentraler, skolhälsovård och ungdomsmottagningar.

Socialstyrelsen konstaterar i den senaste uppföljningen av den förstärkta vårdgarantin [10] följande:

- Andelen landsting som klarade samtliga krav för att få statsbidrag minskade mellan hösten 2009 och våren 2010, från 18 till 15 stycken.
- Antalet barn och unga som har väntat längre än 90 dagar på besök till barn- och ungdomspsykiatrin likväl sjönk i riket under perioden mars 2009 till mars 2010, men antalet i kategorin ”patientvald eller medicinskt vald väntan” ökade.
- Flera landsting framhåller att en tydligt definierad första linje för åldersgruppen är en förutsättning för att kunna följa tillgängligheten och att detta till stor del saknas i dag.
- Flertalet av de insatser som har påbörjats med statsbidraget är långvariga insatser, till exempel personalförstärkning och utbildning.

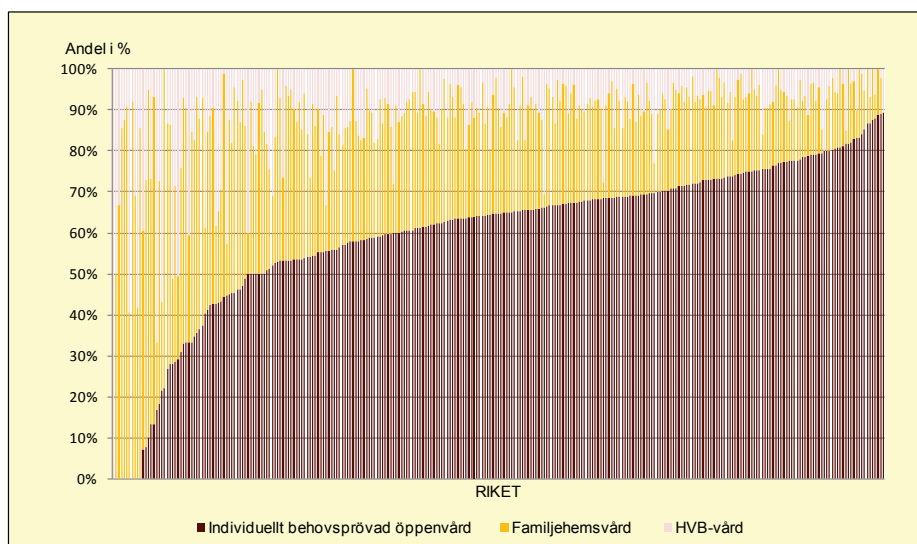
Stora skillnader mellan kommunernas verksamheter

Den sociala barn- och ungdomsvården är olika organiserad i kommunerna. En jämförelse mellan hur stor andel som får individuellt behovsprövad öp-

penvård och hur stor andel som placeras antingen på HVB eller på familjehem visar att skillnaderna är stora (figur 5:4).

I vissa kommuner är det uppåt 90 procent av barnen och ungdomarna som är i behov av barn- och ungdomsvård som får individuellt behovsprövad öppenvård medan andra kommuner inte erbjuder de insatserna överhuvudtaget, där är det placeringar som gäller. Även i vilken utsträckning som familjehemsvård används varierar [11].

Figur 5:4: Andel barn och unga med individuellt behovsprövad öppenvård, familjehemsvård respektive HVB, procent, 2009



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av social barn- och ungdomsvård 2010.

Andel barn och unga som fick heldygnsinsats under 2008 av invånarna 0–20 år varierade mellan 0,1 procent till 3,3 procent. Barn och unga som placeras i social dygnsvård har mycket höga risker för ogynnsam utveckling, till exempel självmordsbeteende, missbruk, kriminalitet, bidragsberoende och tonårsföräldraskap, jämfört med andra jämnåriga [12].

Minskande resurser för HVB

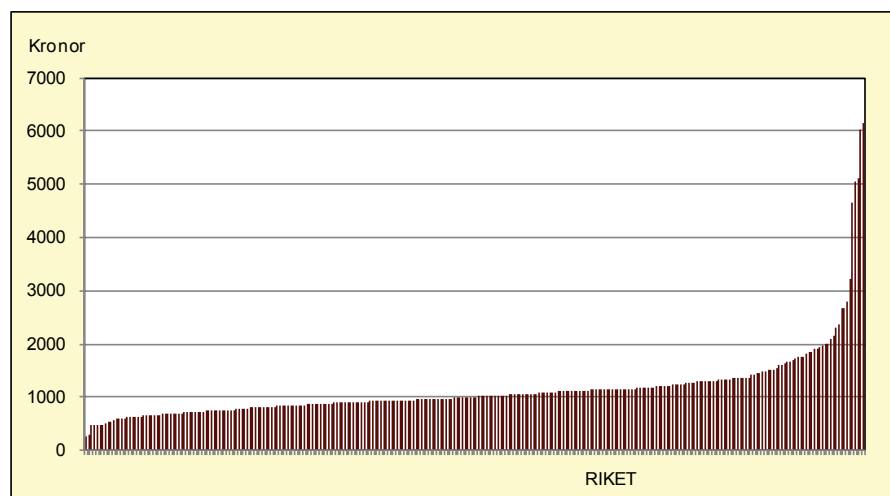
Resursfördelningen till kommunala verksamheter för barn och unga varierar kraftigt. Under 2008 varierade barns och ungas andel av individ- och familjeomsorgens kostnader med 28–65 procent [12]. Hur stor andel barn och unga kommunen har, hur kommunen väljer att göra prioriteringar och vilken kvalitet och effektivitet verksamheten har är några av orsakerna till variationerna.

Statistik över kostnader visar vidare stora regionala skillnader vid heldygnsplaceringar. De totala kostnaderna för familjehemsvården ökar, samtidigt som de totala kostnaderna för hem för vård eller boende (HVB) minskar dock [9]. Vad detta beror på är inte klarlagt.

Genom att bryta ner 2009 års kostnader på regional nivå går det även att se hur kommuner skiljer sig åt för familjehem respektive HVB. Figur 5:5 visar att kostnaderna per vård dygn för familjehem är relativt lika mellan olika kommuner. I majoriteten av kommunerna kostar familjehemmen mel-

lan 500–1 500 kronor per dygn. Samtidigt noteras att ett fåtal kommuner har en klart högre kostnad per vård dygn, mellan 3 000 och 6 000 kronor.

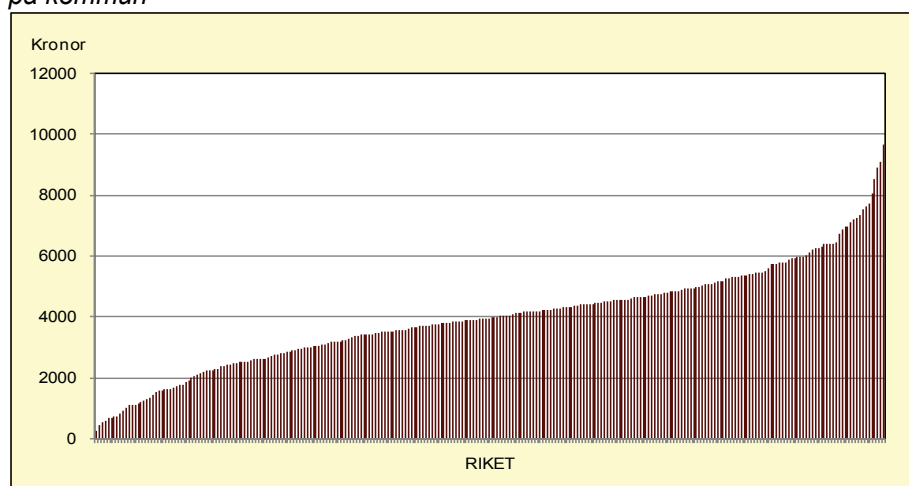
Figur 5:5. Kostnad per vård dygn för familjehem 2009, uppdelat på kommun



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser för barn och unga år 2010.

Nedanstående figur (figur 5:6) visar dock stora regionala kostnadsskillnader per vård dygn för HVB. Majoriteten av kommunerna har en kostnadsspridning per vård dygn på 2 000–6 000 kronor. Att kostnaderna för HVB skiljer sig så mycket mellan kommunerna kan bero på skillnader i kommunernas upphandlingar eller på skillnader i vård behov. De minskande totala kostnaderna för HVB tillsammans med de stora regionala skillnaderna kan tyda på att förutsättningarna för god kvalitet och effektivitet skiljer sig åt mellan kommuner.

Figur 5:6. Kostnad per vård dygn i hem för vård och boende (HVB) 2009, uppdelat på kommun



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser för barn och unga år 2010.

Kunskapsbaserad vård och socialtjänst

Att vården ska vara kunskapsbaserad innebär att den ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och den ska utformas för att bemöta den individuella patientens behov på bästa sätt. Detta gäller även för socialtjänstens insatser, så långt det är möjligt.

Detta avsnitt lyfter fram aspekter av kunskapsbaserad vård, omsorg och socialtjänst. Bland annat redovisas metoder som används vid vård av barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Även kompetensfrågor och användandet av standardiserade bedömningsinstrument inom socialtjänsten kommenteras.

Specialiserad psykiatrisk vård för barn och unga behöver utvecklas

Det är ofta oklart vem som ska göra vad för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och unga och vem som ska ge stödinsatser. En nationell tillsyn som Socialstyrelsen genomförde under 2008–2009 visade att många vårdcentraler eller motsvarande inte anser sig ha något ansvar för barn och ungdomar, 6–18 år, med psykisk ohälsa. Skälet är att merparten av vårdgivarna inte har formulerat några uppdrag till verksamheterna, till exempel vårdcentraler, skolhälsovård och ungdomsmottagningar, eller att uppdragen är otydliga [13].

Effektiva metoder efterfrågas

Barns och ungas psykiska hälsa har uppmärksammats på flera sätt under de senaste åren. Vetenskapligt grundad kunskap om utvecklingen inom området saknas dock till stor del. Experter har konstaterat att vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar ökade från mitten av 1980-talet till ungefär 2005, särskilt hos flickor. Det gäller till exempel nedstämdhet och oro, men underlaget är otillräckligt och medger till exempel inga bedömningar av utvecklingen för barn i åldern 0–10 år [14,15]. Kunskapsbristerna gäller också de metoder och arbetssätt som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Socialstyrelsen har genomfört en nationell inventering av dessa metoder och arbetssätt i ett tiotal verksamheter, bland annat barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, förskolor, grund- och gymnasieskolor, skolhälsovård, socialtjänstens öppna verksamheter och ungdomsmottagningar [17,18]. De tillfrågade verksamheterna använde ett stort antal metoder, men majoriteten av dessa saknade lättillgänglig vetenskaplig dokumentation. Det finns därför ett stort behov av metoder som har utvärderats vetenskapligt och som visat sig effektiva i Sverige. Genom sitt Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP) har Socialstyrelsen initierat och stött flera sådana utvärderingar. Även dokumentation och uppföljning av insatser i samband med psykisk hälsa hos barn och unga saknas ofta, vilket är särskilt allvarligt när det saknas evidens för att de metoder som används är effektiva och ofarliga. Ytterligare diskussion om detta förs under kapitlet om hälso- och sjukvård.

Hälften av kommunerna använder standardiserade bedömningsinstrument

Knappt hälften av kommunerna (45 procent) använder standardiserade bedömningsinstrument i sin handläggning av insatser till barn och unga. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser av socialtjänstens insatser till barn och unga 2010 [11]. Användandet av standardiserade bedömningsinstrument minskar risken att behoven bedöms olika beroende på handläggare, huruvida klienten är en flicka eller en pojke eller klientens bakgrund. Dessa instrument är också användbara för att dokumentera kunskap som behövs för att visa effekterna av socialtjänstens insatser för enskilda barn och unga och för att visa om socialtjänstens insatser leder till en förbättrad livssituation för berörda barnen och ungdomarna.

Detta är första gången som uppgiften redovisas och det går därför inte att säga om det blivit vanligare med standardiserade bedömningsinstrument. Socialstyrelsen bedömer emellertid att användningen bör öka och arbetar aktivt för att förbättra förutsättningarna för detta. På Socialstyrelsen pågår till exempel en rad projekt som syftar till att underlätta för socialtjänsten att göra väl underbyggda val av insatser för ungdomar, dels genom att utvärdera behandlings- och bedömningsmetoder som vänder sig till ungdomar, dels att tillhandahålla kunskapsöversikter om verkningsfulla metoder när det gäller socialtjänstens arbete med unga lagöverträdare och interventioner mot övergrepp och vanvård i barnfamiljer.

Endast var tredje kommun har kompetensutvecklingsplaner för familjehem

I Socialstyrelsens öppna jämförelser av socialtjänstens insatser till barn och unga 2010 framkommer brister i planering av kompetensutveckling. Varannan kommun uppger att de har en plan för handläggarnas kompetensutveckling, och vidare har var tredje kommun en plan för kompetensutveckling av familjehem [11]. I de fall nämnden har fattat beslut om vård av barn och unga utanför det egna hemmet är nämnden skyldig att noga följa vården av barnet eller den unge. Denna skyldighet innefattar bland annat regelbundna personliga besök i det hem där den unge vistas och samtal med den eller dem som har tagit emot den unge i sitt hem. När barn och unga placeras i familjehem ska nämnden dessutom ge dem som vårdar barnet eller den unge råd, stöd och annan hjälp som de behöver.

Enligt Socialstyrelsens uppfattning bör utbildning och handledning som ges till anlitade familjehem individuellt eller i grupp och som går utöver nämndens skyldighet att noga följa vården, räknas som ”råd, stöd och annan hjälp” [11]. Behovet av sådana insatser har påtalats av familjehemmens egna organisationer och de bör även kunna bidra till ökad säkerhet och trygghet för de placerade barnen.

Kompetensen vid akuta omhändertaganden behöver förstärkas

Enligt 3 kap. 6 § SoL bör alla kommuner ha en socialjour. För barnets bästa och skydd bör socialjouren finnas tillgänglig dygnet runt och socionombildad personal bör göra en första bedömning. Socialstyrelsens öppna jäm-

förelser för 2010 visar att möjligheten för barn och unga att dygnet runt få akut professionellt omhändertagande av socionomutbildad personal via socialjour helt saknas i drygt 30 procent av kommunerna [11]. Situationen i den akuta krisen, till exempel när det uppdagas vid en anmälan från polisen om ett pågående lägenhetsbråk att ett barn har blivit utsatt för övergrepp och misshandel är traumatisk. Det är viktigt att slå vakt om att det inte bara finns poliser och politiker i beredskap vid akuta situationer utan att det också finns utbildad personal i beredskap inom socialtjänsten. På så vis säkerställs att barnet omedelbart får ett professionellt bemötande av utbildad personal som har rutiner för att klara situationen.

Självbestämmande och integritet inom socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande. Det förutsätter att den enskilde är delaktig i planeringen av stödet och har ett reellt inflytande. I detta avsnitt redogörs för vad detta innebär när den enskilde är ett barn.

Barnkonventionen får allt större genomslag i socialtjänsten

Artikel 12 i barnkonventionen beskriver barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne. När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad. Det finns redan en liknande bestämmelse i SoL, LVU och i vårdnadskapitlet i föräldrabalken. Den 1 januari infördes en liknande paragraf i LSS. För att barn själva ska få information och komma till tals krävs utarbetande av metoder och arbetssätt för att säkerställa att barnets eller den unges synpunkter kommer fram och beaktas.

Svårt att beakta barnperspektivet i LSS-handläggningar

Under 2009 genomförde Socialstyrelsen en studie om hur handläggare som beslutar om insatser enligt LSS arbetar med barnperspektivet [18]. Det visade sig att handläggarna har bekymmer med att beakta barnens synpunkter i sina utredningar, eftersom barn och ungdomar med funktionsnedsättning ofta har svårt att kommunicera verbalt. Det finns ett behov av ett strukturerat utredningsförfarande runt bedömning av LSS-insatser. Det finns också behov av mer likartat arbetssätt i LSS-handläggning på nationell nivå.

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

I en socialtjänst som präglas av helhetssyn och samordning utgör den enskildes livssituation utgångspunkten och insatser från olika verksamheter utmärks av kontinuitet. I följande avsnitt förs resonemang kring hur samordningen fungerar kring barn och unga som är i behov av socialtjänstens insatser och kring barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom.

Kommunala prioriteringar påverkar resursfördelning

Socialstyrelsen fortsatte under 2010 att uppmärksamma vikten av att se barn och unga utifrån ett helhetsperspektiv och att samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas [12]. Erfarenheten är att resursfördelningen normalt sker från kommunfullmäktige till nämnderna som sedan fördelar till de olika verksamheterna. En separat budget till barn och unga finns sällan, vilket gör det svårt att se hur barn och unga prioriteras i förhållande till andra grupper. Konkurrens om resurser mellan olika förvaltningar kan också bidra till att fokus ligger på verksamheterna snarare än på målgruppen barn och unga. Trots att lagtexter och studier betonar och påvisar goda effekter av samverkan finns det brister. Bidragande orsaker är bland annat svaga ekonomiska incitament och att det är resurskrävande, på kort sikt, att bygga upp ett fungerande system för samverkan. Förbättrad samverkan mellan aktörer som ansvarar för verksamheter riktade till barn och unga kan dock ge en bättre användning av samhällets resurser.

BBIC ökar kontinuiteten i myndighetsutövningen

Cirka 45 procent av kommunerna har en ordinarie BBIC-licens⁵ [19]. BBIC (Barns behov i centrum) är ett handläggnings- och dokumentationssystem som ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser. BBIC erbjuder en uppsättning formulär som vilar på en teoretisk kunskapsbas hämtad från utvecklingsekologi och anknytningsteori. Formulären bygger på ett antal grundprinciper som bland annat handlar om att utveckla ett samarbete med barn, föräldrar och andra professionella och att ha barnet eller den unge i centrum. Helhetssynen på barns och ungas situation betonas och illustreras genom den så kallade BBIC-triangeln. I en verksamhet som kan kännetecknas av hög personalomsättning fyller ett väl strukturerat handläggnings- och dokumentationssystem inte bara en viktig roll för en tillämpad helhetssyn utan också för kontinuitet i myndighetsutövningen.

För att gynna ett utvecklingsinriktat klimat med kollegialt utbyte och stöd har Socialstyrelsen uppmuntrat kommunerna att gå samman i regionala nätverk. De regionala nätverken fungerar också som lokala plattformar för att organisera och genomföra såväl lokala utbildningar som Socialstyrelsens utbildningar av BBIC-utbildare. Det finns i dag 28 regionala BBIC-nätverk och 27 regionala BBIC-samordnare, vilka regelbundet bjuds in till Socialstyrelsen för information, dialog och erfarenhetsutbyte [11].

Samverkan kring barns och unga med psykisk ohälsa brister fortfarande

Socialstyrelsen har i flera undersökningar konstaterat att samverkan kring barn och unga fortfarande brister.

Inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser 2010 uppger exempelvis bara var fjärde kommun, 27 procent, att de inom ett eller flera viktiga områden har samverkansavtal med andra aktörer, som exempelvis förskola

⁵ 97 procent av kommunerna har tecknat licensavtal för BBIC.

och skola, polis, barnhälsovård samt barn- och ungdomspsykiatri [11]. Samverkansavtalen omfattar tidiga insatser, exempelvis tillgång till snabb konsultation från i första hand socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri, men också rutiner för att upptäcka och agera när barn och unga befinner sig i riskmiljöer utanför hemmet. Insatserna avser också samverkansbehovet vid mer omfattande insatser, till exempel struktur för professionella nätverksmöten för en samordnad planering då flera myndigheter har kontakt med en familj. Det kan också gälla rutiner för konsultation, remiss respektive anmälan till barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten.

En nationell tillsyn av vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa som publicerades 2010 visar också att samverkan ofta brister [13]. Det handlar om samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården, men också om samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola, inklusive förskola. I granskningen framkommer bland annat att:

- De flesta inspekterade verksamheterna saknar organiserad övergripande samverkan, utan samverkan sker oftast kring en enskild patient.
- Få verksamheter upprättar gemensamma behandlingsplaner med andra verksamheter.
- Hälften av de granskade verksamheterna saknar rutiner för att upprätthålla sekretessen vid samverkan med externa vårdaktörer.
- Mer än två tredjedelar av de inspekterade verksamheterna menar att det kan uppstå problem när en patient remitteras eller hänvisas till en annan enhet, som till exempel ett otydligt remissförfarande och obesvarade remisser.

För en helhetssyn på barns och ungas psykiska hälsa är samverkan mellan dessa verksamheter ofta nödvändig. Forskning bekräftar att förskolan och skolan har en stor betydelse för barns psykiska hälsa [20,21].

Rättssäker socialtjänst

Det är angeläget att kommunernas myndighetsutövning är sådan att missförhållanden undviks, upptäcks och åtgärdas så fort som möjligt. Nedanstående avsnitt lyfter fram några aspekter, till exempel förekomsten av dokumenterade rutiner för att hantera fel och brister och vilket resultat som Socialstyrelsens tillsyn har gett. Även ytterligare åtgärder för att stärka barns och ungas rättssäkerhet kommenteras.

Hälften av kommunerna har rutiner för att hantera brister i socialtjänstens verksamheter

Inom ramen för öppna jämförelser av barn och unga 2010 uppger drygt 60 procent av kommunerna att de har dokumenterade rutiner för hantering av hur fel och brister i verksamheten identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder följs upp [11]. Resultatet ska ses mot bakgrund av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11). Där föreskrivs att ledningssystemet ska säkerställa att det finns

rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp (4 kap. 3 §). I handboken till föreskriften framhålls vikten av att information och erfarenheter från hanteringen av fel och brister tas tillvara i förbättringsarbetet [2]. Utgångspunkten bör vara att identifiera och åtgärda strukturella brister och brister i verksamhetens rutiner. Vidare framhålls betydelsen av att hela personalstyrkan involveras och är delaktig samt att ledningen verkar för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet. Möjlighet till kontroll av eget utfört arbete, identifiering och rapportering av fel och brister ska vara självklara delar i personalens dagliga arbete. I handboken understryks dessutom betydelsen av att kvalitetsarbetet alltid utgår från ett klientperspektiv. I arbetet med fel och brister är klienterna viktiga informanter, både när det gäller att se var eventuella brister finns och hur dessa kan åtgärdas [11].

Socialstyrelsen har även genom sin tillsyn konstaterat brister i socialtjänstens hantering av anmälningar och dessa brister följdes upp under 2010 genom förnyad verksamhetstillsyn i hälften av Socialstyrelsens regioner. I vissa fall har de tidigare bristerna åtgärdats, men fortfarande är handläggningstiden för förhandsbedömningar ofta för lång och socialtjänsten förhåller sig många gånger passiv trots att barn befinner sig i utsatta situationer [22].

Tillsyn av heldygnsplaceringar har intensifierats

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att heldygnsplaceringar av barn och unga i HVB behöver förbättras, främst när det gäller säkerhet och barnens möjligheter till delaktighet [23]. Resultaten av översynen har uppmärksamats av socialtjänsten, SKL och Skolinspektionen. Socialstyrelsens tillsyn av barn i samhällsvård har intensifierats. Alla HVB samt boenden enligt LSS för barn (9 § 8 LSS) ska numera tillsynas två gånger per år liksom de särskilda ungdomshemmen som bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Socialstyrelsen har dessutom i uppdrag att under 2010 granska samtliga särskilda ungdomshem med fokus på de särskilda befogenheterna att hålla ungdomar i avskildhet respektive på vård i enskildhet, enligt LVU och LSU. Under 2010 har tillsynen också omfattat en granskning av barnens och ungdomarnas behov av utevistelse samt hälso- och sjukvård. Resultatet från tillsynen av HVB och SIS-institutioner kommer att redovisas i Socialstyrelsens tillsynsrapport för 2010.

Därutöver kan nämnas att Skolinspektionen har genomfört en tillsyn av de HVB som bedriver egen särskild undervisning [24]. Under hösten 2009 startade SKL ett nationellt nätverk för att stödja kommunerna i deras upphandling av HVB samt publicerat en vägledning för upphandling och uppföljning av HVB [25].

Det pågår således stora satsningar för att höja kvaliteten inom heldygnsplaceringar och ännu är det för tidigt att uttala sig om effekterna. Samtidigt som detta arbete pågår noteras även en minskning av kostnaderna för HVB (se under avsnittet om minskande resurser för HVB i detta kapitel). Likaså uppmärksammas att det finns stora skillnader i resursfördelning mellan lan-

dets kommuner. I vilken utsträckning detta påverkar möjligheterna till att kvaliteten på HVB faktiskt blir bättre är oklart.

Under 2010 gjorde Socialstyrelsen en granskning av socialtjänstens arbete med barn i familjehem i ungefär 60 kommuner. Huvuddelen av granskningarna rörde uppföljning av brister som konstaterades i samband med tidigare tillsyner [22]. Det handlade då bland annat om brister i vårdplanering och uppföljning av vården, barns delaktighet och utredning av familjehem. Kommunerna har redovisat åtgärder för att komma till rätta med bristerna och den uppföljande tillsynen visar att bristerna på vissa håll och till vissa delar har åtgärdats. BBIC håller på att införas på många håll och metoden verkar ha haft en positiv inverkan på arbetet. Men det finns också exempel på att inga större förändringar har skett. I dessa fall har Socialstyrelsen ställt ytterligare krav på åtgärd. En slutsats är att återkommande tillsyner i många fall behöver göras för att nå resultat.

Ny information riktar sig direkt till barn och unga

Enligt 3 kap. 20 § socialtjänstförordningen (2001:937) ska Socialstyrelsen ta fram relevant information till barn och unga som stadigvarande vistas utanför hemmet samt till deras vårdnadshavare. Där ska framgå vilka rättigheter barn och unga har, vilken uppgift tillsynsmyndigheten har och vem som ansvarar för tillsynen. Socialstyrelsen ska också informera om att samtal kan föras med barnet eller ungdomen utan föräldrars samtycke eller närvaro.

Under 2010 har Socialstyrelsen tagit fram informationsmaterial som vänder sig direkt till barn och ungdomar som är placerade i familjehem, HVB samt institutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse (SIS-institutioner). Informationsmaterialet vänder sig även till barnens vårdnadshavare [26].

Materialet kan beställas kostnadsfritt från Socialstyrelsen och finns att hämta eller läsa på Socialstyrelsens webbplats. Information om materialet har även skickats till samtliga kommuner, som i sin tur har att förmedla materialet vidare till berörda barn och unga. Spridningen är god till HVB. När det gäller familjehemsverksamheterna är det svårare att få genomslag. Samtliga informationsbroschyrer för barn och unga ska översättas till ett tiotal språk, bland annat lättläst svenska och minoritetsspråken.

I materialet hänvisas till ett 020-nummer hos Socialstyrelsen dit barn och unga kan ringa när de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten eller vill veta vilka rättigheter de har. Två personer per vecka svarar på dessa samtal klockan 8–18 vardagar. I övrigt hänvisas till en röstbrevlåda eller e-post. Under perioden april–december 2010 hörde cirka 120 ungdomar av sig via e-post eller telefon. Flertalet är i åldern 15–17 år och är placerade på HVB. Lika många vuxna har ringt å barns vägnar eller för att få egen information.

De vanligaste frågorna eller önskemålen från ungdomar är att de:

- vill ha reda på sina rättigheter
- önskar komma i kontakt med socialtjänsten
- önskar en annan placering eller någon annan förändring

- vill få tydligare beskrivet varför han eller hon är placerad och vad som ska hända framöver.

Trots att tjänsten nyligen har införts kan effekterna redan skönjas. De vanligaste åtgärderna från Socialstyrelsens sida är att kontakta socialtjänsten eller behandlingshemmet för att försöka lösa de problem som har uppstått. Det är myndighetens uppfattning att detta arbete får genomslag hos socialtjänsten och att verksamheterna försöker leva upp till Socialstyrelsens förslag. I några fall har Socialstyrelsen övervägt att öppna ett tillsynsärende [27].

Utöver redan nämnda åtgärder kan tilläggas att Socialstyrelsen genomför en försöksverksamhet med tillsynsombud. Ungefär 60 barn som är placerade i familjehem kommer att erbjudas en ”särskild” person som ska vara deras ombud. Ombuden, anställda av Socialstyrelsen, är tio stycken.

Ombuden ska träffa barnen minst fyra gånger per år, eller flera gånger om barnet så önskar. Ombudet ska:

- se till att förutsättningarna för placeringen följs upp av kommunen
- se till att barnen tas om hand på ett tillfredsställande sätt
- vara en särskild person för barnet att tala med.

Ombudet ersätter inte kommunernas uppföljningsansvar. Barnets erfarenheter kommer att dokumenteras och vidareförmedlas till socialtjänsten.

Rutiner för anmälan av missförhållanden saknas ofta

Ett barn kan fara illa på många sätt. Det kan bland annat röra sig om våld, övergrepp och bristande omvårdnad (inkluderande försummelse av tandvård). Studier rörande våld mot barn visar att vart åttonde barn har utsatts för våld av någon vuxen i hemmet [28]. År 2009 anmäldes cirka 4500 fall av sexuella övergrepp mot barn under 15 år i Sverige. Många fall av våld och sexuella övergrepp blir dock aldrig kända för omvärlden. Misshandels-skador och övergrepp mot barn visar sig ofta i mun-, huvud- och halsregionen. Det är inte bara socialtjänsten som ansvarar för att uppmärksamma dessa barn. I 14 kap. 1§ SoL anges följande.

”Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådana myndigheter.”

Tandvården har genom sina regelbundna kontakter med barn och ungdomar goda förutsättningar att upptäcka barn som utsatts för våld eller som far illa på annat sätt. En undersökning publicerad av Barnombudsmannen visar dock att tandvården i liten utsträckning rapporterar misstankar om barn som far illa till socialtjänsten [28]. Barnombudsmannen lyfter i rapporten fram att lagstiftaren och de berörda myndigheterna behöver förtydliga tandvår-

dens viktiga roll i arbetet med att upptäcka barn som far illa. Vårdgivarna behöver upprätta tydliga rutiner för hur de ska agera vid misstanke om att ett barn far illa. Barnombudsmannen identifierar också att utbildning för tandvårdspersonal om hur de upptäcker att ett barn far illa är viktig, både på grund- och vidareutbildningsnivå [28].

Ytterligare verksamheter som har goda förutsättningar att uppmärksamma barn som far illa är barnavårdscentraler, skolhälsovården och ungdomsmottagningar. I Socialstyrelsens granskning av vårdkedjan som publicerades 2010 kring barn och unga med psykisk ohälsa konstateras att de inspekterade verksamheterna många gånger saknar skriftliga rutiner för att göra en anmälan till socialnämnden [14]. Av de inspekterade verksamheterna angav endast 77 procent av barnavårdscentralerna, 86 procent av skolhälsovården och 67 procent av ungdomsmottagningarna att de hade skriftliga rutiner för anmälan till socialnämnden.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen personer med LSS-insatser ökade under perioden 2004–2009 från 59 till 65 per 10 000 av befolkningen.
- Statsbidraget för att stärka kompetensen hos personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning har bidragit till omfattande kompetenssatsningar i hela landet och har nått avsedda grupper. Enskilda klienters medverkan, förstärkt samverkan och långsiktiga ambitioner präglar satsningarna.
- Tillgängligheten på vårdcentraler och socialkontor är generellt sett god för personer med rörelsehinder. Förutsättningarna för personer med funktionsnedsättning att söka vård och stöd är trots det sämre än för befolkningen i övrigt. Det gäller särskilt dem med överkänslighet och allergier och i synnerhet på socialkontoren.
- Svårigheter på arbetsmarknaden drabbar i särskilt hög grad personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Ungefär 10 procent av de som har insatser enligt SoL eller LSS har en arbetsmarknadsförankring. Daglig verksamhet har för många blivit en ersättning för arbete, framför allt för unga med funktionsnedsättning.
- Socialstyrelsens tillsyn under 2010 visar att begränsnings- och tvångsåtgärder fortfarande används. Socialstyrelsen bedömer att verksamheterna behöver kunskapsstöd för att kunna hantera och undvika de aktuella situationerna. Det behövs både förtydliganden av vad som är juridiskt tillåtet och vilka arbetsmetoder som är lämpliga. Vidare är det viktigt med rekrytering av utbildad personal och kontinuerlig handledning.
- Uppskattningar pekar på att under det senaste året har cirka 6 000 personer haft ett personligt ombud, under längre eller kortare perioder. Personliga ombud är på många sätt ett värdefullt stöd, bland annat genom att den enskildes delaktighet och inflytande ökar.

I detta kapitel redogörs för aktuell utveckling av socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning, som ges enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, samt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Även vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL och personlig assistans enligt lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS, kommenteras. Vidare redogörs för kommunernas kostnader för dessa insatser samt statens kostnader för LASS.

Resultaten relateras även till de funktionshinderspolitiska målen [1]:

- jämlika livsvillkor
- full delaktighet i samhällslivet
- ett samhälle med mångfald som grund.

Slutligen beskrivs utvecklingen och måluppfyllelsen inom följande kvalitetsområden [2,3,4]:

- tillgänglig vård och socialtjänst
- kunskapsbaserad vård och socialtjänst
- självbestämmande och integritet inom socialtjänsten
- helhetssyn och samordning inom socialtjänsten
- rättssäker socialtjänst.

Ovanstående kvalitetsområden beskrivs mer utförligt i inledningskapitlet och de områden som har beröring med God Vård beskrivs även i bilaga 1.

Aktuell utveckling

Nedan redovisas omfattning och kostnader för insatser enligt LSS och LASS. Till följd av omfattande kvalitetsproblem kan 2009 års insatser enligt SoL för 2009 till personer med funktionsnedsättning inte redovisas.

Vidare diskuteras även det funktionshinderspolitiska målet om jämlika livsvillkor.

Andelen personer med insatser enligt LSS och LASS varierar mellan kommuner

Den 1 oktober 2009 hade cirka 60 200 personer en eller flera insatser enligt LSS från kommunerna, se tabell 6:1 [5]. Landstingen och de kommuner som ansvarar för insatsen råd och stöd enligt LSS uppgav att cirka 5 800 personer hade beviljats sådan insats vid samma tidpunkt.

Andelen personer med beslut om insatser enligt LSS skiljer sig mellan såväl län som kommuner. Hallands och Stockholms län hade de lägsta andelarna, där drygt 0,5 procent av befolkningen hade LSS-insatser och Västerbottens län den högsta andelen, 0,9 procent. Motsvarande andel för riket var 0,65 procent.

Variationerna i landet när det gäller LSS-insatser har tidigare studerats i ett forskningsprojekt i Uppsala [6]. Av resultaten framgår att de kommuner, där de tidigare vårdhemmen för personer med utvecklingsstörning var belägna fortfarande har en hög andel personer med insatser enligt LSS. Det talar för att det sannolikt är skillnader i behov som är orsak till en stor del av de kommunala variationerna. Men alla skillnader kan inte förklaras av behov och det är tänkbart att lokala förutsättningar och prioriteringar är bidragande faktorer.

Av alla dem som hade primärkommunala insatser enligt LSS den 1 oktober 2009 var knappt 34 600 män (57 procent) och drygt 25 600 kvinnor (43 procent) [5]. Antal personer med LSS fördelade efter insats och kön framgår av tabell 6:1. Det totala antalet LSS-insatser uppgick vid denna tidpunkt till närmare 110 000 och 62 500 personer fick del av dem.

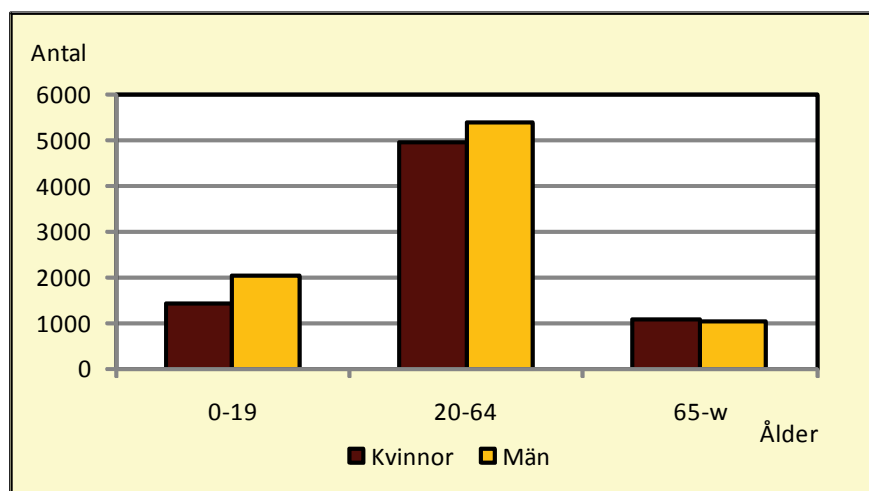
Tabell 6:1. Antal personer år 2009 med insatser enligt LSS fördelade efter kön, avrundade siffror

Insats enligt LSS	Kvinnor	Män	Totalt
Råd och stöd	2 600	3 200	5 800
Personlig assistans	1 600	1 800	3 400
Ledsagarservice	4 300	5 300	9 600
Kontaktperson	8 900	10 300	19 200
Avlösarservice	1 200	2 200	3 400
Korttidsvistelse	3 800	6 200	10 000
Korttidstillsyn	1 900	3 200	5 100
Boende, barn	500	900	1 400
Boende, vuxna	9 900	13 000	22 900
Daglig verksamhet	12 600	16 300	29 000

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009, Socialstyrelsen.

LASS beviljas när hjälp med de grundläggande behoven överstiger tjugo timmar per vecka. Den 31 december 2009 hade cirka 15 900 personer personlig assistans med ersättning enligt LASS, se figur 6:1. I de flesta åldersgrupper var männen i majoritet, utom i gruppen 65 år och äldre, där kvinnorna var något fler. Av personer med assistansersättning enligt LASS är det en andel som även har insatser enligt LSS. I lägesrapporten för 2007 konstaterades att cirka 40 procent av dem med LASS även hade någon LSS-insats och ungefär 700 personer hade både personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt LASS [7].

Figur 6:1. Antal personer med assistansersättning enligt LASS år 2009, fördelade efter kön och ålder.



Källa: Försäkringskassan.

Allt fler får insatser enligt LSS och LASS

Sedan 2004 har antalet personer med insatser enligt LSS, exklusive råd och stöd, ökat med 14 procent. Motsvarande ökning under 2009 var 3 procent eller 1 500 personer, se tabell 6:2 [5].

Tabell 6:2. Antal personer med insats enligt LSS åren 2004–2009 fördelade efter ålder, exklusive insatsen råd och stöd, avrundade värden

Ålder	Antal personer med insats enligt LSS					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0–22 år	17 300	17 900	18 400	18 600	19 300	19 700
23–64 år	31 800	32 500	33 400	34 100	35 100	35 900
65–w år	3 800	3 900	4 000	4 100	4 400	4 600
Totalt antal personer	52 900	54 300	55 800	56 800	58 700	60 200

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2009, Socialstyrelsen.

Särskilt markant var ökningen för insatserna kontaktperson, boende för vuxna och daglig verksamhet under perioden 2004–2009 (tabell 6:3). Ökningen av daglig verksamhet var mest framträdande bland de yngre. År 2009 hade 2 936 personer daglig verksamhet, vilka inte hade haft det 2008. Av dessa var 1 880 eller 64,1 procent i åldrarna 20–29 år.

Personlig assistans och ledsagarservice är två funktionshinderspolitiskt viktiga insatser, vars syfte är att öka den enskildes delaktighet i samhällslivet. Under 2000-talet har antalet personer med någon av dessa insatser varierat, men mellan 2008 och 2009 ses en minskning. Även om det i nuläget är svårt att dra några slutsatser kring detta, är det en utveckling som är viktig att följa. Det är emellertid möjligt att en del av minskningen inom personlig assistans enligt LSS förklaras av att personerna beviljats fler assistanstimmar och i stället har assistansersättning.

Insatsen råd och stöd, som landstingen är huvudmän för, har emellertid halverats. I många landsting har denna insats ersatts av habilitering och rehabilitering enligt HSL. Övriga insatser har varit relativt konstanta [5].

Tabell 6:3. Antal personer med olika insatser enligt LSS år 2004–2009, avrundade värden

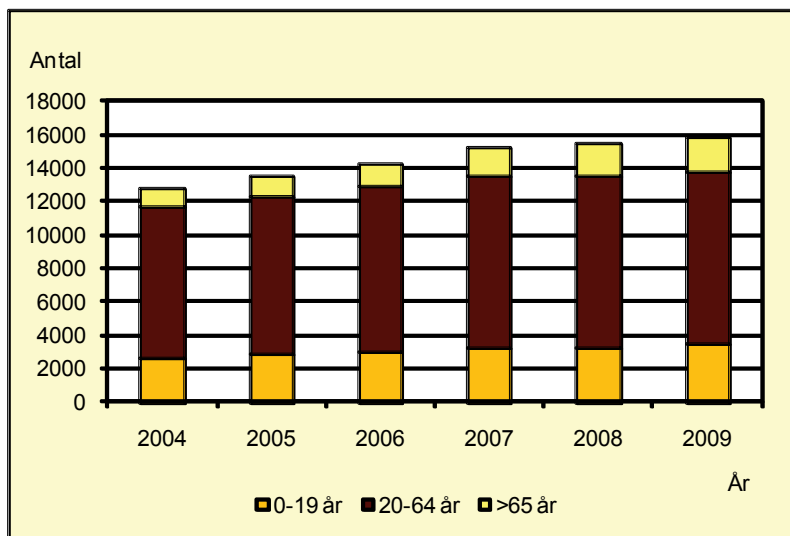
Insats	Antal personer med respektive insats enligt LSS					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Råd och stöd	11 200	10 500	9 500	8 200	6 700	5 800
Personlig assistans	3 900	3 600	3 700	3 300	3 500	3 400
Ledsagarservice	9 400	9 600	9 700	9 700	9 700	9 600
Kontaktperson	16 100	16 700	17 400	18 000	18 400	19 200
Avlösarservice	3 700	3 600	3 500	3 400	3 300	3 400
Korttidsvistelse	10 500	10 500	10 500	10 100	10 200	10 000
Korttidstillsyn	4 400	4 700	4 900	5 100	5 200	5 100
Boende, barn	1 300	1 200	1 200	1 300	1 400	1 400
Boende, vuxna	19 800	20 400	20 900	21 600	22 300	22 900
Daglig verksamhet	24 100	25 000	25 800	27 000	28 100	29 000

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009, Socialstyrelsen.

Antalet personer med assistansersättning enligt LASS ökade under perioden 2004–2009 [5]. Ökningen gäller för samtliga åldersgrupper (figur 6:2). Eftersom den enskilde har rätt att behålla assistansersättningen även efter att

hon eller han har fyllt 65 år, kommer sannolikt den äldre gruppen med assistans fortsätta att öka under kommande år.

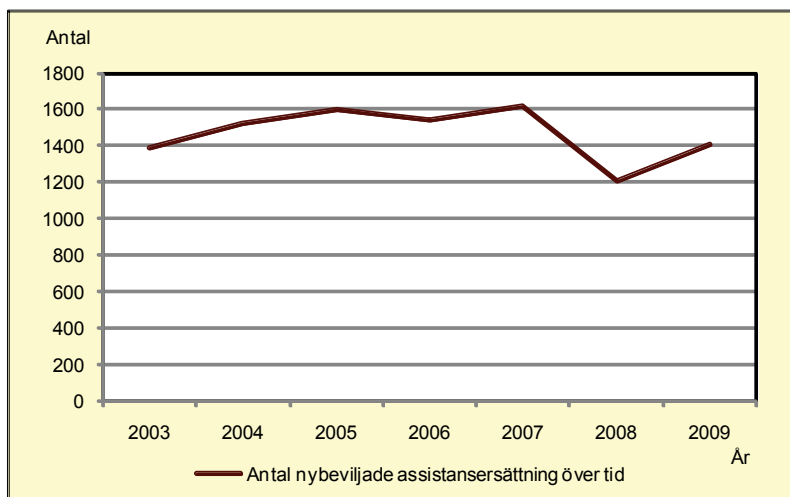
Figur 6:2. Antal personer med assistansersättning enligt LASS 2004–2009, uppdelat på ålder



Källa: Försäkringskassan.

Under 2000-talet har antalet nybeviljade assistansersättningar varierat, men var 2009 i princip på samma nivå som 2003, runt 1 400 personer (figur 6:3). Antalet personer som har assistansersättning ökade med 17 procent mellan 2005 och 2009. Även det genomsnittliga antalet timmar ökade, från 101 till 110 timmar per vecka [8].

Figur 6:3. Antal nybeviljade av assistansersättning 2003–2009



Källa: Försäkringskassan.

Särskilda boendeformer svarar för de största kommunala kostnaderna

År 2009 utgjorde kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 26 procent av socialtjänstens totala kostnader och uppgick därmed till 43,7 miljarder kronor [9]. I fasta priser är det en ökning med 14 procent sedan 2005. En mindre del av denna ökning beror på att kostnader för personer med psykisk funktionsnedsättning har tillkommit sedan 2007.

Av de totala kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning avser 20 procent insatser enligt SoL och HSL, och 80 procent insatser enligt LSS och LASS. Denna fördelning var relativt konstant under perioden 2005–2009. Den största enskilda kostnadsposten, 41 procent av de totala kostnaderna, är boende enligt LSS och avser huvudsakligen bostad med särskild service till vuxna (tabell 6:4).

Tabell 6:4. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2005–2009. 2009 års priser, miljoner kronor samt procent.

	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–2009, mnkr	Förändring 2005– 2009, %
Insatser till personer med funktionsnedsättning	38 513	39 961	41 820	43 108	43 740	5 227	14
Insatser enligt SoL/HSL^a	7 786	7 889	8 590	8 623	8 625	839	11
Särskilt boende	2 970	3 005	3 254	3 321	3 308	339	11
Ordinärt boende	4 083	4 278	4 667	4 596	4 613	530	13
Hemtjänst/boendestöd	2 787	2 839	3 191	2 917	2 895	108	4
Korttidsboende	398	441	443	415	497	99	25
Övriga insatser	898	998	1 033	1 264	1 221	323	36
Öppen verksamhet	734	607	670	706	704	–30	–4
Insatser enligt LSS/LASS	30 727	32 072	33 230	34 485	35 115	4 388	14
Boende	15 594	16 713	17 486	17 611	17 985	2 391	15
Vuxna	14 363	15 363	16 041	16 143	16 422	2 059	14
Barn/unga i bostad med särskild service	1 165	1 278	1 380	1 412	1 502	337	29
Barn/unga i familjehem	66	72	64	56	61	–5	–7
Personlig assistans	5 939	6 187	6 320	7 132	7 395	1 456	25
Daglig verksamhet	5 001	5 095	5 330	5 500	5 519	518	10
Övriga insatser	4 194	4 77	4 095	4 243	4 216	22	1

^a Ny definition. Fr.o.m. 2007 ingår även insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

Kommunernas kostnader för färdtjänst och riksfärdtjänst var totalt sett konstanta under den aktuella perioden. Kostnaden för denna service till personer med funktionsnedsättning har uppskattats till cirka 600 miljoner kronor under 2009, vilket är samma som för 2008.

Kostnaderna för bostadsanpassningsbidrag som 2005 uppgick till 935 miljoner kronor hade stigit till 1 016 miljoner kronor 2009. Dessa kostnader avser både äldre och personer med funktionsnedsättning [9].

År 2009 var statens kostnader för assistansersättning enligt LASS ungefär 17,6 miljarder kronor, en kostnad som mer än fördubblats sedan 2005 [10]. Anledningarna till de ökande kostnaderna är flera. Dels beviljas fler personer, dels beviljas fler timmar. En väsentlig andel av ökningen beror på att LASS numera får behållas efter 65-årsdagen.

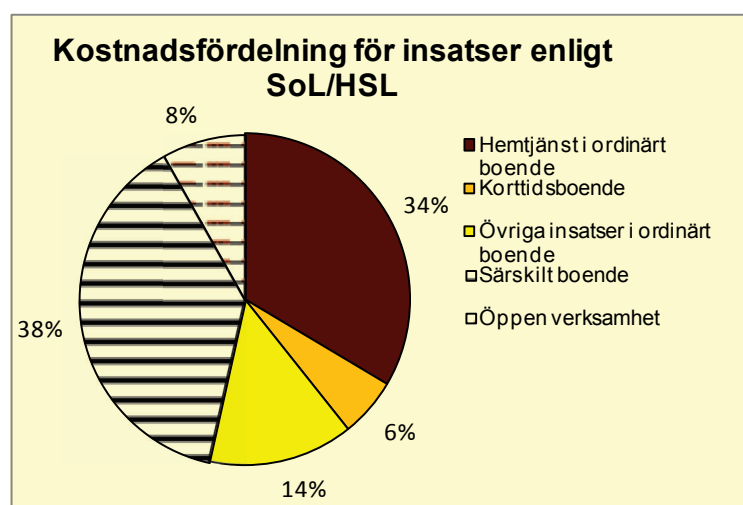
Kostnaderna för insatser enligt SoL och HSL ökar

Kostnaderna för insatser enligt SoL och HSL till personer med funktionsnedsättning uppgick 2009 till sammanlagt 8,6 miljarder kronor. Det var en ökning i fasta priser med 11 procent sedan 2005 [9]. En del av ökningen beror på att även kostnader för insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar redovisas här från och med 2007.

I uppgifterna om hemtjänst ingår numera även kostnader boendestöd. Troligen beror en relativt stor del av kostnadsökningen för insatser i ordinärt boende på denna definitionsändring. Lite mer än hälften av kostnaderna enligt SoL och HSL avser insatser i ordinärt boende som 2009 uppgick till 4,6 miljarder kronor. Av dessa utgjorde hemtjänst inklusive boendestöd den största andelen, 63 procent och uppgick till 2,9 miljarder kronor. Korttidsboendet utgjorde 11 procent och ökade under perioden med 25 procent. Övriga insatser i ordinärt boende utgjorde 26 procent av insatserna i ordinärt boende. Dessa insatser har ökat med 36 procent sedan 2005, vilket beror på att kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på delegation numera redovisas i SCB:s räkenskapssammandrag i "övriga insatser" i stället för som tidigare under respektive verksamhet.

Kostnaderna för särskilt boende har ökat med 11 procent sedan 2005. Kostnaderna uppgick 2009 till 3,3 miljarder kronor, se tabell 6:5 och figur 6:4 [9].

Figur 6:4. Kostnadsandelar för insatser enligt SoL och HSL till personer med funktionsnedsättning 2009, procent



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2009, SCB.

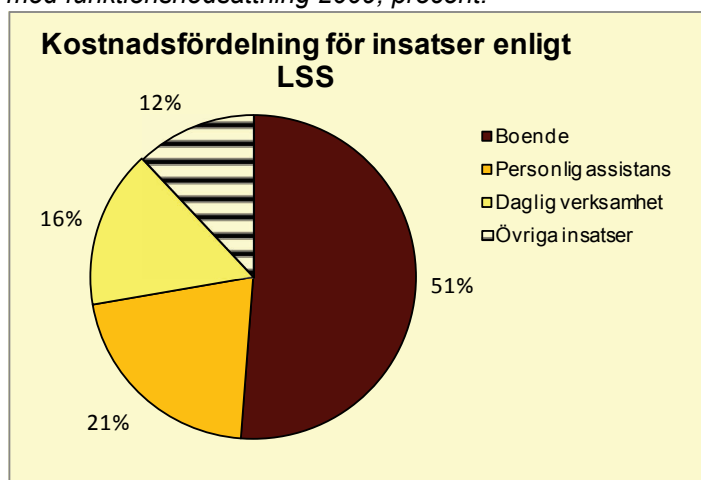
Även kostnaderna för insatser enligt LSS och LASS ökar

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS och LASS uppgick 2009 till 35,1 miljarder kronor [9]. Kostnaderna ökade mellan 2005 och 2009 med 14 procent i fasta priser. Det bör uppmärksammas att kostnader för personer över 65 år som får insatser enligt LSS också redovisas här.

Drygt hälften av kostnaderna för insatser enligt LSS och LASS, nästan 18 miljarder kronor, avser boende vilket är en ökning med 15 procent sedan 2005. Kostnaderna för daglig verksamhet uppgick 2009 till 5,5 miljarder kronor, vilket motsvarade en ökning med 10 procent sedan 2005.

Kommunernas kostnader för personlig assistans var 7,4 miljarder kronor under 2009, vilket var en ökning med 25 procent sedan 2005, se tabell 6:5 och figur 6:5.

Figur 6:5. Kostnadsandelar för insatser enligt LSS och LASS till personer med funktionsnedsättning 2009, procent.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2009, SCB.

Väsentlig ökning av köpt verksamhet

Under de senaste åren har allt fler verksamheter lagts ut på entreprenad, vilket har bidragit till att kommunernas köp av insatser ökar. Under 2009 köpte kommunerna insatser till personer med funktionsnedsättning för 7,9 miljarder kronor, se tabell 6:5 [9].

Tabell 6:5. Kostnadsutveckling för kommunernas köp av insatser till personer med funktionsnedsättning 2005–2009. 2009 års priser, miljoner kronor samt procent

	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–09, mnkr	Förändring 2005–09, %
Köpta insatser till personer med funktionsnedsättning	5 896	6 255	6 594	7 109	7 868	1 972	33,4
Insatser enligt SoL/HSL ^a	1 392	1 456	1 625	1 786	1 887	495	35,5
Insatser enligt LSS/LASS	4 503	4 799	4 969	5 324	5 981	1 478	32,8

^a Ny definition. Fr.o.m. 2007 ingår även insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

I köpen ingick dels köp av hela verksamheter (huvudverksamheter), dels tjänster som behövs för att kunna utföra de kommunala insatserna, till exempel städning, tillagning av måltider och fastighetsskötsel (stödverksamheter). De köpta insatserna utgör en väsentlig ökning från året innan. Sedan 2005 har kostnaderna för köpt verksamhet ökat med 33,4 procent i fasta priser. Kommunernas köp av insatser enligt SoL och HSL har ökat med 35,5 procent och uppgick 2009 till 1,9 miljarder kronor. Insatser enligt LSS och LASS köptes för 6,0 miljarder kronor från andra aktörer år 2009, vilket var en ökning från 2005 med 32,8 procent i fasta priser. Mest verksamhet köps från privata företag, men köp från föreningar och stiftelser samt kommunägda företag förekommer också.

Kostnader per person minskar för vissa insatser

Den genomsnittliga årliga kostnaden per person med insats i boende enligt LSS har ökat med nästan 11 procent för mediankommunen, medan den genomsnittliga kostnaden för daglig verksamhet enligt samma lag har minskat med 9 procent sedan 2005 [9]. Minskningen beror sannolikt på större verksamheter. Under 2009 uppgick genomsnittskostnaden för boende enligt LSS till drygt 783 000 kronor per person och år och för daglig verksamhet till knappt 160 000 kronor per person, tabell 6:7.

Uppgifter för 2009 om kostnader per person i särskilt boende enligt SoL finns inte tillgängliga.

Tabell 6:7. Kommunernas kostnader per person i särskilt boende enligt SoL, boende enligt LSS samt daglig verksamhet enligt LSS 2005–2009. 2009 års priser, kronor samt procent

	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–09 kr	Förändring 2005–09 %
Insatser enl. SoL/HSL							
Särskilt boende per person	583 668	556 676	620 950	573 746	N/A	N/A	N/A
Insatser enl. LSS							
Boende per person	706 485	714 966	694 824	699 212	783 344	76 858	10,9
Daglig verksamhet per person	175 478	170 090	165 009	163 907	159 692	–15 785	–9,0

N/A= uppgifterna är inte tillgängliga.

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2005–2009, Funktionshindrade personer 2009 och Personer med funktionsnedsättning/-hinder – insatser enligt LSS 2009, Socialstyrelsen och kommunernas räkenskapssammandrag 2009, SCB.

Fortfarande ojämlika levnadsförhållanden

Med jämlikhet avses en jämlik tillgång till socialtjänstens insatser, men fokus i detta avsnitt ligger på hur jämlika livsvillkoren är för personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Detta perspektiv utgår från lagstiftningens (SoL och LSS) mål om jämlika livsvillkor och skäliga levnadsförhållanden samt det funktionshinderspolitiska målet om jämlika

livsvillkor. De områden som kommenteras är framförallt ekonomi, arbete och boendestandard.

Boendestandard blir mer jämlik

År 2010 publicerade Socialstyrelsen en undersökning om levnadsförhållandena för vuxna personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL eller LSS. Med undantag av boendestandard har dessa personer sämre levnadsförhållanden än befolkningen i stort inom samtliga undersökta områden. Det gäller ekonomi, utbildning, arbete, fritid och hälsa [11]. När det gäller boendestandard visar resultaten att tillgången till kök eller kokvrå och bad eller dusch är ungefär likvärdig mellan undersökningsgruppen och totalbefolkningen. Samma förhållande gäller för tillgång till telefon och TV i den egna bostaden. Däremot har en betydligt lägre andel i undersökningsgruppen tillgång till dator och Internet jämfört med befolkningen i stort.

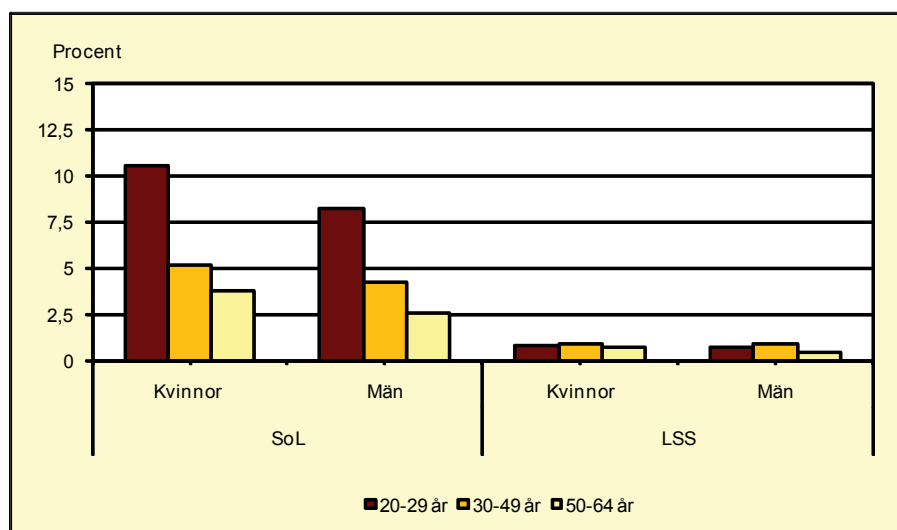
Resultaten tyder på att de senaste decenniernas strävan om jämlika boendeförhållanden har nått framgång.

De ekonomiska villkoren är svåra för många

Socialstyrelsens undersökning om levnadsförhållanden visar att sjuk- eller aktivitetsersättning utgör den huvudsakliga inkomstkällan för personer med insatser enligt LSS [11]. Nivån på sjuk- och aktivitetsersättningen beror på personens ålder och tidigare inkomst. En inkomstrelaterad sjuk- eller aktivitetsersättning omfattar 64 procent av den inkomst som Försäkringskassan antar att personen skulle ha om hon eller han förvärvsarbetade (så kallad antagandeinkomst). Den som inte har haft någon inkomst eller för låg inkomst kan i stället få en garantiersättning som 2010 uppgick till maximalt 101 760 kronor per år. Många i undersökningsgruppen kan antas ha garantiersättning eftersom de beviljas aktivitetsersättning redan i unga år.

Andelen med ekonomiskt bistånd är hög bland personer med insatser enligt SoL. Det är upp till fem gånger så vanligt med ekonomiskt bistånd än i totalbefolkningen och särskilt vanligt bland unga i åldern 20–29 år. Samma mönster gäller även för långvarigt ekonomiskt bistånd (det vill säga tio–tolv månader under ett år), men då är andelarna lägre (figur 6:6). Unga personer med insatser enligt SoL är den grupp där flest får långvarigt ekonomiskt bistånd. Bland personer med insatser enligt LSS är andelen med ekonomiskt bistånd dock lägre än i totalbefolkningen, vilket sannolikt beror på att kommuner ofta har ett högkostnadsskydd för hyror. Undersökningen visar vidare att den genomsnittliga disponibla inkomsten för vuxna personer med insatser enligt SoL eller LSS är cirka 100 000 kronor per år. Inkomstskillnaderna mellan yngre och äldre personer är små, vilket pekar på att individernas inkomstnivåer är konstanta över tid [11].

Figur 6:6. Andel personer 20–64 år med ekonomiskt bistånd under tio–tolv månader 2007, efter kön och ålder (procent)



Källa: Alltjämt ojämlikt, Socialstyrelsen.

Den främsta anledningen till den låga inkomstnivån är att undersökningsgruppens huvudsakliga inkomstkällor är sjuk- och aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd. Sådana inkomstkällor täcker endast de nödvändigaste utgifterna och personerna riskerar ett liv strax ovanför fattigdomsstrecket. Att kompensera för den låga inkomsten är möjligt till en viss gräns, men för att den ekonomiska situationen verkligen ska förbättras krävs att en högre andel kommer ut på arbetsmarknaden.

Familjer där barn har en funktionsnedsättning har sämre ekonomiska villkor än andra familjer. Även unga vuxna med aktivitetsersättning är utsatta och riskerar att hamna i fattigdom tidigt i livet [12]. Den extra påfrestning som en dålig ekonomi innebär kan leda till sämre hälsa, vilket i sin tur kan starta en ond cirkel.

Föräldrastödet behöver utvecklas

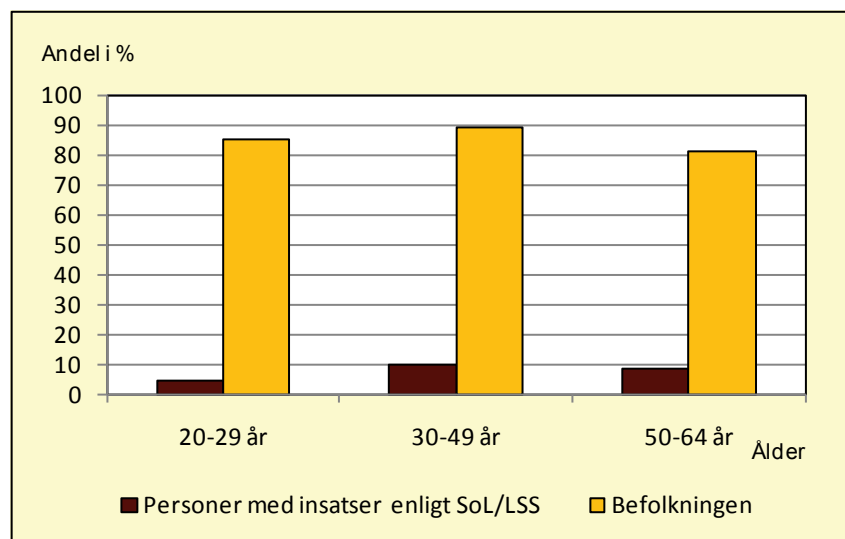
Föräldrar till barn med funktionsnedsättningar upplever i många fall social isolering och stress till följd av bristande resurser i skolan och bristande samordning. Många upplever också att behovet av insatser ifrågasätts av myndigheter, och de som får insatser anser ofta att dessa inte utformas utifrån familjens behov. Familjerna uppger att de både behöver praktiskt stöd, såsom avlastning och psykologiskt stöd i form av föräldrautbildning [13].

Föräldrarnas utrymme att påverka när de önskar avlastning är emellertid många gånger starkt begränsat. I vissa kommuner finns inte heller möjlighet till akut avlastning [15]. Genom att stärka familjernas inflytande och ta tillvara både barnens och föräldrarnas erfarenheter och önskemål kan stödet förbättras. Valfrihetssystem enligt LOV som under 2009 och 2010 infördes i allt fler kommuner kan förväntas öka möjligheterna för enskilda att få service och stöd som är anpassat efter deras önskemål.

Svårt att komma in på arbetsmarknaden

Socialstyrelsen konstaterade under 2010 att personer med insatser enligt SoL och LSS har en klart lägre arbetsmarknadsanknytning än övriga personer med funktionsnedsättning. År 2010 hade ungefär 10 procent av gruppen en förankring på arbetsmarknaden (inklusive subventionerade anställningar) [11]. Andelen med förankring på arbetsmarknaden är något högre bland personer med insatser enligt SoL än för personer med insatser enligt LSS.⁶ Skillnaden mellan kvinnor och män är liten och ser likadan ut som för befolkningen i stort, det vill säga att män har i något högre utsträckning arbetsmarknadsanknytning. Andelen sysselsatta bland personer med insatser från socialtjänsten är lägst i åldersgruppen 20–29 år (figur 6:7). Både i undersökningsgruppen och i totalbefolkningen är andelen sysselsatta högst i åldersgruppen 30–49 år.

Figur 6:7. Andel personer 20–64 år med arbetsmarknadsanknytning, efter ålder, år 2007 (procent).



Källa: Alltjämt ojämnt, Socialstyrelsen.

Det finns flera anledningar till den låga arbetsmarknadsförankringen. Typ och grad av funktionsnedsättning spelar en betydande roll men det finns också problem med såväl bristande tillgänglighet som diskriminering på arbetsmarknaden. Det är också oklart om de arbetsmarknadspolitiska insatser som riktar sig till personer med funktionsnedsättning fungerar optimalt. Arbetsförmedlingen förfogar över en rad olika insatser som syftar till att hjälpa personer med funktionsnedsättning ut på arbetsmarknaden. Här återfinns insatser som till exempel lönebidrag och trygghetsanställning

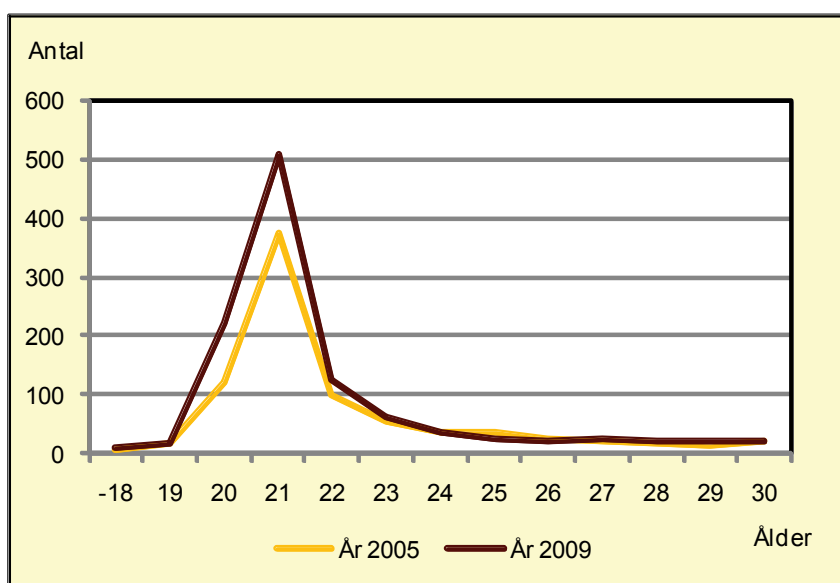
Mycket få personer går till exempel från daglig verksamhet till ett lönearbete (med eller utan subvention) [14]. Det verkar som en del av välfärdssystemens regler försvåra för personer med funktionsnedsättning att komma ut på arbetsmarknaden, så kallade inlåsnings effekter. Ett exempel på sådan inlåsnings effekt handlar om förlängd skolgång. Om en ungdom inte har full-

⁶ Andelen med arbetsmarknadsförankring skiljer sig från andelen med löneinkomst, som beskrivs i kapitel 6. Anledningen är olika mätmetoder.

följt sin ordinarie skolgång i juni det år han eller hon fyller 19 år, kan han eller hon få aktivitetsersättning för förlängd skolgång. En förutsättning för det är att de förlängda studierna har ett direkt samband med att personen har en funktionsnedsättning eller sjukdom. Många unga personer som tillhör personkrets 1 i LSS går i särskola (grundskola och gymnasium). Till stor del är övergången från särskola till aktivitetsersättning en automatiserad process i och med den förlängda skoltiden.

Både 2005 och 2009 var den vanligaste åldern då en person börjar i daglig verksamhet 21 år (figur 6:8) [15]. År 2005 utgjorde åldersgruppen 27 procent av alla personer som började i daglig verksamhet 21 år. År 2009 var motsvarande andel 34 procent. Alltfler går alltså direkt från gymnasiet till daglig verksamhet.

Figur 6:8. Debutålder i daglig verksamhet år 2005 och år 2009.



Källa: Registret över insatser enligt LSS, Socialstyrelsen.

I en vägledning visar Socialstyrelsen hur den dagliga verksamheten kan bli bättre på att skapa förutsättningar för att ge dessa personer en framtida plats på arbetsmarknaden [16]. För att en övergång till lönearbete ska fungera är det nödvändigt med ett långsiktigt stöd till arbetsgivaren. Det är dessutom angeläget att den enskildes arbetsförmåga provas kontinuerligt.

Tillgänglig vård och socialtjänst

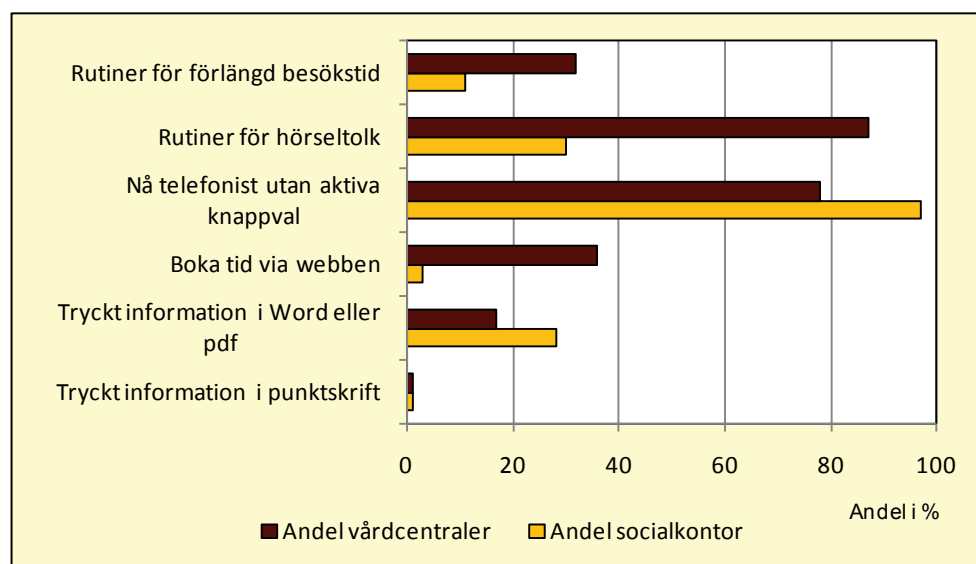
Det är viktigt att information om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I nedanstående avsnitt redovisas hur tillgänglig informationen är för personer med funktionsnedsättning. För denna grupp är det viktigt med framkomlighet i miljön och att tjänster är användbara. Därför redovisas ytterligare uppgifter om tillgänglighet i socialtjänsten. De senare uppgifterna redovisas även för vårdcentraler.

Tillgänglighet till vård och omsorg varierar beroende på funktionsnedsättning

Förutsättningarna för personer med funktionsnedsättning att söka vård och stöd varierar. Det framgår av Socialstyrelsens kartläggning av tillgängligheten på socialkontor och vårdcentraler [17]. För personer med rörelsenedsättning är tillgängligheten i regel god. Det tyder på att Boverkets föreskrifter om enkelt avhjälpna hinder (BFS 2003:19) och de senaste årens riktade informationsåtgärder har gett resultat. För personer med överkänslighet och allergier är situationen sämre, i synnerhet på socialkontoren där endast några procent har förbud mot parfym och knappt hälften har förbud mot pälsdjur.

Majoriteten av vårdcentralerna och socialkontoren har stora brister i tillgängligheten för personer med synnedsättning, hörselnedsättning och kognitiva funktionsnedsättningar. Tryckt information finns sällan i alternativa format och möjligheten till alternativa kommunikationssätt är starkt begränsad, se figur 6:9. Undersökningen kommenteras även i kapitlet om hälso- och sjukvård.

Figur 6:9. Tillgänglig information och kommunikation på socialtjänstkontor och vårdcentraler, procent



Källa: Tillgänglighet ur ett funktionshinderspersion, Socialstyrelsen.

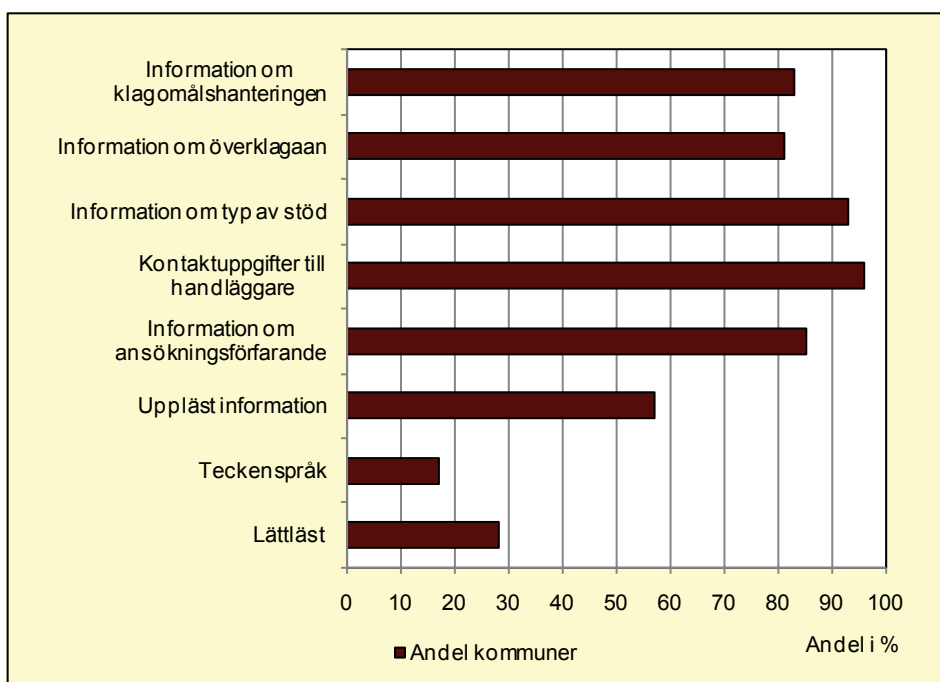
Under 2010 granskade Socialstyrelsen även kommuners och stadsdelars webbplatser med avseende på information om stöd till personer med funktionsnedsättning [18]. Dessa uppgifter har publicerats inom ramen för öppna jämförelser i socialtjänsten. Webbplatserna har belysts utifrån tio frågor uppdelade på tre områden; orienterbarhet, grundläggande information samt förekomst av alternativa format⁷. Resultaten av granskningen visar att viss grundläggande information nås förhållandevis snabbt, med några få undantag efter tre eller färre knapptryckningar. Det är också relativt lätt att använ-

⁷ Orienterbarheten belyser möjligheterna att snabbt och enkelt hitta information. Grundläggande information avser vilken typ av information som finns på webbplatsen. Alternativa format belyser i vilken grad information ges i lättläst format, i talat format och i teckentolksformat.

da sökmotorerna för att nå den grundläggande informationen. Resultatet av webbgranskningen när det gäller förekomst av alternativa format och i vilken utsträckning grundläggande information finns framgår av figur 6:10.

I nästan alla kommuner innehåller den grundläggande informationen dels uppgifter om kontaktuppgifter till socialtjänsten, dels exempel på olika stödformer. Information om hur enskilda överklagar beslut och hur klagomål framförs finns på fyra av fem webbsidor. Information av dessa slag finns emellertid bara i begränsad omfattning i alternativa format på kommunernas webbplatser. Översättningar till lättläst svenska finns på mindre än var tredje webbplats och information på teckenspråk på mindre än var femte webbplats. Bland de alternativa format som granskats är talad information vanligast och finns på över hälften av webbplatserna. Samman taget är möjligheten att få information i alternativa format starkt begränsad. Socialstyrelsens ambition är att återkommande jämföra tillgängligheten på socialtjänstkontor och vårdcentraler samt kommuners och stadsdelars webbplatser, för att stimulera utvecklingen av såväl orienterbarhet och grundläggande information som alternativa format.

Figur 6:10. Andel kommuner och stadsdelar som har olika typer av alternativa format, samt specifik information i olika avseenden, n:333, procent



Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning 2010, Socialstyrelsen.

Möjligheten att få tolk är också en aspekt av tillgänglighet. En av Socialstyrelsens kartläggningar har visat att tolkcentralerna kan tillgodose de flesta beställningar för vardagstolkning [19]. Det är svårare att få tolk till aktiviteter på fritiden och i sociala sammanhang än för sjukvårds- och myndighetsbesök.

Sammanfattningsvis kan bristande tillgänglighet, både när det gäller miljö, information och tjänster, tvinga fram särlösningar som det tar tid att ordna. Det kan i sin tur innebära att hjälpen fördröjs. I värsta fall kan brister i

tillgänglighet avhålla personer med funktionsnedsättningar från att söka vård och stöd.

Kostnader för hjälpmedel skapar ojämlik tillgång

Generellt sett är tillgången till hjälpmedel av olika slag god, men tillgången påverkas av kostnaderna. Kostnaderna för hjälpmedlen kommer med stor sannolikt successivt att öka, främst till följd av nya produkter inom kognition och kommunikation samt ett ökat behov av hjälpmedel till äldre [20]. På motsvarande sätt som inom andra områden inom vård och omsorg kan den enskildes inflytande över val av hjälpmedel förväntas att öka, men också det egna ansvaret. Samtidigt som det kommer fler nya produkter förväntas färre att räknas som hjälpmedel. Redan i dag finns det stora variationer i huvudmännens rutiner för att ta ut avgifter, till exempel för att prova ut hörapparater till personer med hörselnedsättning. Även antalet personer som får hörapparat varierar kraftigt mellan landstingen, från 4,5 till 11 personer per 1 000 invånare [21].

Kunskapsbaserad socialtjänst

Socialtjänstens insatser ska, så långt det är möjligt, baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta avsnitt konstateras att särskilda satsningar har stärkt personalens kompetens. Vidare konstateras att personer som tillhör personkrets 1 i LSS ofta förskrivs psykofarmaka. Särskilt anmärkningsvärt är att 20 procent av gruppen förskrivs läkemedel som används mot psykoser och schizofreni.

Statsbidrag stärker personalens kompetens

I LSS-kommitténs slutbetänkande konstateras att kompetens är en nyckelfråga inom alla delar av LSS, bland personal som utför insatserna, handläggare, beslutande nämnder och domstolar [22]. Kommittén framhöll också vikten av att diskutera former för en framtida kompetenssatsning för olika personalgrupper. Det gäller till exempel personal som arbetar med personer som behöver vård och insatser till följd av flera och omfattande funktionsnedsättningar [23] och personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning [24].

Särskilda satsningar har emellertid gett resultat. Det framgår av uppföljningen av de statsbidrag om 130 miljoner kronor som 2009–2010 delades ut i syfte att förstärka kompetensen bland den personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, personal i socialtjänsten och inom den psykiatriska hälso- och sjukvården [24]. Satsningen karaktäriseras av tydlig medverkan från den enskilde, förstärkt samverkan och långsiktiga ambitioner. Den innehåller också viktiga steg mot en evidensbaserad praktik. Som framgångsfaktorer nämns patient-, intresse- och anhängigorganisationernas aktiva medverkan i planering och genomförande, krav på gemensamma utbildningar över professions- och huvudmannaskapsgränser och att många utbildningar lagt stor

vikt vid att utforma aktiviteter utifrån lokala behov, tillgång till aktuell kunskap och pedagogik.

Anmärkningsvärt hög förskrivning av psykofarmaka

Socialstyrelsen konstaterade under 2010 att psykofarmaka förskrivs i anmärkningsvärt hög grad till personer som tillhör personkrets 1, 1 § LSS [11]. Till psykofarmaka räknas läkemedel mot psykoser (antipsykotika), lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva läkemedel. Personer som tillhör personkrets 1 inom LSS har någon form av utvecklingsstörning, autism eller störning inom autismspektrumet. Depression, ångest eller psykoser utgör inte kriterier för att tillhöra personkrets 1. Bearbetningar av läkemedelsregistret visar emellertid att var tredje person i personkrets 1, ålder 20–64 år, har förskrivits minst ett psykofarmaka. Motsvarande andel för övrig befolkning är 5–10 procent. Det är också vanligare att personer som tillhör personkrets 1 har tre eller fler psykofarmaka.

Särskilt anmärkningsvärt är att 20 procent av gruppen använder antipsykotika, vilket är 25 gånger vanligare än för den övriga befolkningen. Av dessa 20 procent använder knappt hälften så kallade traditionella antipsykotika. Traditionella antipsykotika, som introducerades redan på 1950-talet, kan innebära en risk för epileptiska anfall genom att de har en kramptröskelsänkande effekt. Ungefär 25 procent av gruppen använder dessutom läkemedel mot epilepsi.

Många i undersökningsgruppen kan ha haft flera läkemedel under lång tid utan att läkemedelslistorna har reviderats och det finns risk för att läkemedel ackumuleras genom åren utan några omvärderingar av indikationer, biverkningar eller effekt.

Under hösten 2010 bearbetade Socialstyrelsen ytterligare uppgifter om förekomsten av tre eller fler psykofarmaka och dessa har publicerats inom ramen för öppna jämförelser inom socialtjänsten [18]. Vid analyserna framkom en 72-procentig korrelation på kommunnivå mellan andelen personer som förskrivs tre eller fler psykofarmaka i kommunen totalt respektive inom LSS. Det antyder att de höga förskrivningarna till den senare gruppen till viss del kan vara en återspeglning av höga förskrivningar generellt.

Självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I detta avsnitt kommenteras Socialstyrelsens iakttagelser när det gäller tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Även olika verktyg som stärker den enskildes inflytande uppmärksammas.

Begränsande åtgärder och metoder

Begränsnings- och tvångsåtgärder förekommer i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Detta har uppmärksamats i de två senaste nationella rapporterna från länsstyrelsernas tillsyn [25]. I första hand handlar det om olika former av frihetsinskränkningar, såsom att begränsa tillgången

till gemensamma utrymmen i bostäder med särskild service, sätta upp grindar och hålla dörrar låsta eller införa institutionella regler och rutiner för olika aktiviteter. I sin tillsyn under 2010 uppmärksammade Socialstyrelsen att dessa åtgärder fortfarande används [26].

Tillsynen har även stött på nedläggning och fasthållning, men i mindre omfattning. Det har då handlat om att avbryta situationer där den enskilde riskerar att skada sig själv eller någon annan. I flertalet granskade fall av begränsningsåtgärder handlar det om att personalen ställs inför mycket svåra situationer som involverar personer med ett kraftigt utåtagerande beteende. Det är dock viktigt att skilja ut de situationer där begränsningsåtgärder används på grund av okunskap, personalbrist eller liknande och de situationer där personalen inte ser några som helst andra möjligheter.

Det förekommer också inslag av tvångsåtgärder i samband med konflikter mellan klienter och personal eller mellan klienter. Tvångsåtgärder kan handla om ”nedläggning” eller om att stänga in personer i sina egna sovrum eller i särskilda ”timeout-rum”.

Begränsnings- och tvångsåtgärder innebär alltid en kränkning av den enskildes integritet, även om åtgärder genomförs med hänsyn till den enskildes säkerhet eller till nödrätten.

Socialstyrelsen bedömer att verksamheterna behöver kunskapsstöd för att kunna hantera och undvika de aktuella situationerna. Det behövs både förtydliganden av vad som är juridiskt tillåtet och vilka arbetsmetoder som är lämpliga. Vidare måste personalen ha tillräcklig kompetens och rätt förhållningssätt, och därför är det viktigt att rekrytera utbildad personal och ge dem kontinuerlig handledning.

Fler genomförandeplaner ökar enskildas delaktighet

Inom hälso- och sjukvården visar forskning att patientens delaktighet i att planera och genomföra sin egen vård och behandling förbättrar vårdens resultat. Detta leder till slutsatsen att patienters och närståendes inflytande i den psykiatriska vården behöver öka [21]. Motsvarande förhållanden kan antas gälla även inom socialtjänsten. Ett sätt för enskilda att påverka utförandet av de insatser som ges i socialtjänsten, inklusive LSS, är delaktighet vid upprättandet av olika planer. De flesta länsstyrelser kunde i sin tillsyn 2008–2009 konstatera att införandet av genomförandeplaner i LSS-verksamheterna går långsamt [24]. Personalen känner inte alltid till syftet med planerna eller hur de ska upprättas och användas. Även i fall där det finns genomförandeplaner är det inte säkert att de följs upp eller används i det dagliga arbetet. Den enskildes delaktighet i upprättandet är också bristfällig. Två grupper där bristerna är tydliga är familjer med barn som har en funktionsnedsättning och personer med psykisk funktionsnedsättning.

Många föräldrar till barn med funktionsnedsättning uppger att de varken är delaktiga i planering eller uppföljning av insatserna för sina barn. Flera av dessa familjer upplever att de har svårt att få gehör för sina åsikter och förslag. Problemen gäller även barnen och de unga vars delaktighet ofta går via föräldrarna eller andra personer i deras närhet [13].

Från tillsynen av verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning rapporteras om bristande kvalitet i genomförandeplanerna. Det

framgår inte vilket behov som ska tillgodoses, på vilket sätt behovet ska tillgodoses, vad som är målet med insatsen eller när uppföljningen av planen ska ske [25].

Individuell plan enligt LSS upprättas på den enskildes begäran. Av en kartläggning som länsstyrelserna gjorde i april 2009 framgick att knappt 4 000 personer vid denna tidpunkt hade en individuell plan [28]. Detta motsvarar knappt 7 procent av samtliga med insatser enligt LSS, vilket är samma andel som vid Socialstyrelsens senaste mätning 2003. Skillnaderna mellan kommunerna är stora. Andelen personer med individuell plan varierade från 0–60 procent. I drygt 60 kommuner hade mindre än 2 procent av dem med LSS-insats en individuell plan. En tidigare brist är att den enskilde själv måste begära att en individuell plan enligt 10 § LSS upprättas. Från och med den 1 januari 2011 ska dock den enskilde erbjudas en individuell plan med planerade och beslutade insatser när en kommunal insats enligt LSS beviljas. Detta torde öka andelen upprättade individuella planer enligt 10 § LSS.

En annan aspekt på delaktighet är graden av valfrihet. Socialstyrelsen har följt upp de statliga stimulansbidragen till kommunerna i samband med valfrihets-reformen (se kapitel om utveckling inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för ytterligare beskrivning). Det framgår att av de 212 kommuner som beviljades stimulansbidrag hade 153 kommuner i oktober 2010 beslutat att införa LOV och 68 av dem hade valfrihetssystem i drift [15]. I de flesta kommuner har valfrihetssystemen varit i gång endast en kort tid, varför underlaget ännu är otillräckligt för att bedöma i vilken utsträckning och på vilket sätt valfrihetssystemen påverkar den enskildes reella valfrihet och livskvalitet. Valfrihetssystemet förutsätter att brukarna kan välja mellan flera utförare. Målgruppen personer med funktionsnedsättning är i många kommuner relativt liten. Underlaget för utförarnas verksamhet är då begränsat, vilket självfallet påverkar etableringsmöjligheterna. Det finns också risk för att personer med funktionsnedsättning inte kan göra välgrundade val i ett system som premierar valfrihet om inte informationen är anpassad till dem [29].

Bättre arbetsmetoder krävs för att inflytandet ska öka

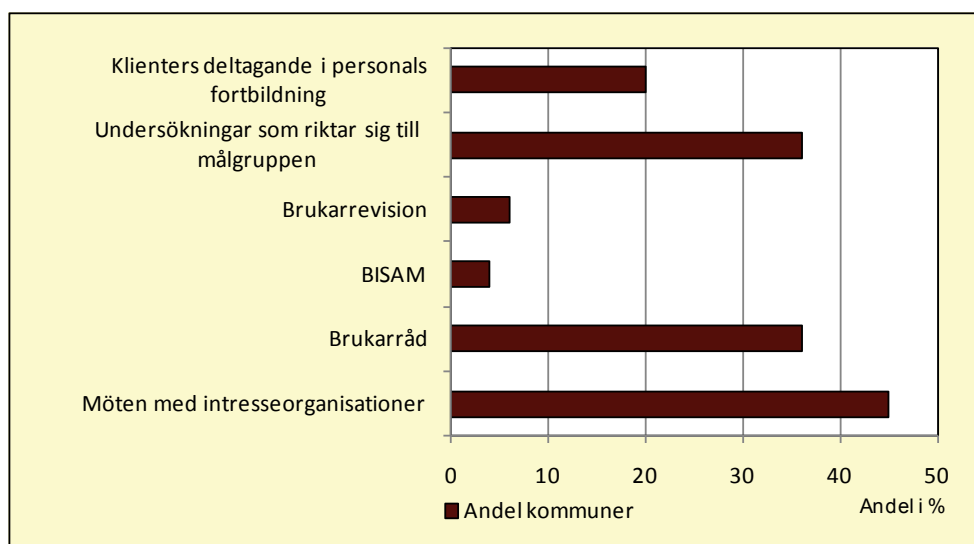
Erfarenheter och synpunkter från enskilda och deras anhöriga är viktiga kunskapskällor för verksamhetsutveckling. För att kommunens socialtjänst ska kunna samla in erfarenheter och synpunkter på ett systematiskt sätt måste det finnas etablerade former för detta. Inom ramen för 2010 års öppna jämförelser inom socialtjänsten redogörs för några av dessa mått.

Inflytande kan handla om att synpunkter på kommunal verksamhet samlas in under organiserade former från intresse- och anhörigorganisationer eller från anställda representanter för intresseorganisationer eller olika inflytandesamordnare (BISAM⁸). Det kan också handla om att systematiskt samla in berörda klienters synpunkter genom återkommande undersökningar eller brukarrevisioner.

⁸ Satsningen på brukarinflytandesamordnare, BISAM som inleddes inom ramen för Nationell psykiatrisamordnings inflytandeprojekt hösten 2006 och syftade till att stödja ett antal kommuner, landsting och föreningar att ta ansvar för frågor som rör inflytande.

Socialstyrelsen genomförde under 2009 en enkätundersökning i syfte att ge en bild av hur kommuner och stadsdelar arbetar för att stärka klienters och anhörigas inflytande över verksamheten. Resultaten visar att kommunerna behöver utveckla arbetsmetoder för att stärka inflytandet för målgruppen, se figur 6:11 [18].

Figur 6:11. Andel kommuner och stadsdelar som arbetar med olika metoder för att stärka delaktigheten för personer med psykisk funktionsnedsättning



N 311

Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning 2010, Socialstyrelsen.

Personliga ombud ökar självbestämmande och delaktighet

Personliga ombud är ett stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Ombuden arbetar på uppdrag av sina klienter och deras generella uppdrag är att se till att personer med psykisk funktionsnedsättning får sina behov tillgodosedda utifrån sina lagliga rättigheter. Det handlar till exempel om att:

- samordna insatser för den enskilde
- hjälpa till i kontakter med olika myndigheter
- bistå med upprättandet av en individuell vård- och serviceplan
- kartlägga vård- och servicebehov
- arbeta uppsökande
- se till att den enskilde får del av den vård som han eller hon har rätt till.

Sedan 2000 har Socialstyrelsen haft regeringens uppdrag att fördela statsbidrag för verksamhet med personligt ombud (PO) för vissa personer med psykisk funktionsnedsättning. Under 2009 fanns ”PO -verksamheter” i totalt 250 av landets 290 kommuner och sammanlagt fanns drygt 320 tjänster i 104 verksamheter [30]. Antalet personer som har personligt ombud har nästan tredubblats sedan 2002. Uppskattningar pekar på att under ett år har cirka 6 000 personer haft ett personligt ombud, under längre eller kortare peri-

oder. En grov uppskattning visar att mellan 25 000 och 35 000 personer har funnits i verksamheterna sedan starten 2000.

Utvärderingar tyder på att ombudens arbete är samhällsekonomiskt lönsamt. Av en jämförelse mellan 2004 och 2007 framgick att den slutna psykiatriska vården minskade för dem som hade PO, medan SoL och LSS-insatser och vård i öppna vårdformer ökade. Enligt länsstyrelsernas redovisning för 2009 sökte fler arbetslösa, yngre personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa än tidigare kontakt med ombudsverksamheten.

De enskilda ombuden har en betydelsefull roll. De kan tillsammans med ledningsgrupperna identifiera och undanröja så kallade systembrister i vården och i stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning [31]. Ett systematiskt arbete kan dels stödja kvalitetsutvecklingen generellt, dels bryta enskilda personers maktlöshet.

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

Personer med funktionsnedsättning får många gånger stöd från flera aktörer, vilket ställer krav på helhetssyn och samordning. I följande avsnitt konstateras att samverkan kring barn och unga med vissa funktionsnedsättningar fortfarande brister, men att allt fler kommuner och landsting upprättar gemensamma riktlinjer för habilitering och rehabilitering.

Bristande samverkan drabbar barn med neuropsykiatriska tillstånd

Olika instanser inom socialtjänsten hänvisar ofta till varandra om det finns barn med funktionsnedsättning i en familj, och det finns många exempel på situationer då det inte är självklart vem som tar eller ska ta ansvar. För vissa grupper är risken att falla mellan stolarna särskilt stor. Nästan alla länsstyrelser fann i sin tillsyn under 2008 och 2009 exempel på hur barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller autismspektrumstörningar råkar ut för detta [25]. Orsakerna var brister i samverkan mellan de kommunala förvaltningarna och mellan nämnderna. De berörda personerna bollades mellan individ- och familjeomsorgen och handikappomsorgen i stället för att få det samlade stöd som de behövde.

Gemensamma riktlinjer för rehabilitering och habilitering blir allt vanligare

Socialstyrelsen har i en vägledning redovisat sin syn på samverkan, helhetssyn och livskvalitet inom habilitering och rehabilitering. Dessutom redovisas kunskap och beprövad erfarenhet om vad som främjar respektive hindrar en framgångsrik, gränsöverskridande samverkan [32]. Förhoppningen är att vägledningen ska vara ett stöd för huvudmännen i planeringen utifrån forskrifterna och de allmänna råden om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. I dessa ställs krav på att kommuner och landsting gemensamt ska utforma riktlinjer för sådan samordning [32].

I oktober 2008 inledde Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett samarbete för att, utifrån sina respektive uppdrag och perspektiv, stödja utvecklingen mot en fungerande samverkan mellan kommuner och landsting i habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. Målet för detta samarbete uttrycks på följande sätt:

”Samverkande rehabilitering/habilitering erbjuds på ett sådant sätt att stöd och insatser präglas av helhetssyn och överensstämmer med den enskildes behov. Insatser ges i rätt tid och på rätt sätt vilket svarar både mot god etik och samhällsekonomiskt ansvarstagande”.

Två år senare, i oktober 2010, hade arbetet med gemensamma riktlinjer mellan kommuner och landsting påbörjats i alla landsting utom två.

Rättssäker socialtjänst

Det är angeläget att kommunernas myndighetsutövning är sådan att missförhållanden inte bara undviks, utan också upptäcks och åtgärdas så fort som möjligt. Det är också viktigt att den enskilde inte drabbas negativt. Nedanstående avsnitt lyfter fram några aspekter, bland annat att tidigare uppmärksammade åtstramningarna fortsätter och att väntetider från beslut till verkställighet många gånger är oskäligt långa.

Tecken på åtstramningar

Även om kommunernas insatser till målgruppen har ökat både mätt i antalet personer som får insatser och i kostnader är det inte samma sak som att kostnaderna för varje enskild insats har ökat, vilket framgår tidigare i kapitlet, i avsnittet socialtjänstens kostnader. I en rapport över länsstyrelsernas tillsyn år 2008–2009 konstateras att det på flera håll finns tecken på en nedrustning eller åtstramning [25]. Exempel som ges är bland annat att fungerande gruppboendestäder läggs ned för att flyttas till större enheter, att enhetschefer finns inte på plats för att kunna ge personalen vägledning i arbetet och att det saknas fortbildning och handledning till både handläggare och personal i verksamheterna.

Socialstyrelsen kunde i sin tillsyn under 2010 konstatera att denna utveckling fortsätter, inom både LSS och SoL [26]. Vidare förekommer att boenden för personer med funktionsnedsättning ”byggs ihop” med äldreboenden vilket ger en institutionell prägel. Det händer även att boenden är belägna långt från service och allmänna kommunikationer. Effekterna av en sådan nedrustning riskerar att leda till ”återinstitutionalisering”, vilket bland annat visar sig i införandet av institutionella rutiner och otillåtna begränsningsåtgärder.

Långa väntetider från beslut till verkställighet

Att enskilda får sina beslut verkställda inom rimlig tid och på så sätt undvika långa väntetider är en angelägen rättssäkerhetsfråga. Numera rapporterar kommunerna regelbundet till Socialstyrelsen alla beslut som inte har verk-

ställt inom tre månader. Vid årsskiftet 2008/2009 rapporterades anmärkningsvärt många sådana beslut enligt LSS, 2 100 stycken [25]. Över hälften av de personer som berördes av LSS-besluten hade väntat mer än sex månader på att få sina insatser verkställda. Långa väntetider är vanligast vid insatserna kontaktperson och bostad med särskild service för vuxna.

I länsstyrelsernas tillsynsverksamhet har även andra tecken på rättsosäkerhet uppmärksamats [25]. Enskilda personer kan till exempel uppmanas att avvakta med att lämna in sin ansökan tills kommunen kan tillhandahålla insatsen. Det förekommer också att insatser beviljas utan laglig grund, vilket främst gäller insatsen bostad med särskild service för vuxna. Denna insats kan till exempel beviljas till personer som bara har behov av stöd och service. De bor kvar i sina egna lägenheter, som de själva har skaffat och får en insats som mest kan liknas vid boendestöd enligt SoL, medan det i beslutet kan stå att de har beviljats ”bostad med särskild service enligt LSS i form av boendestöd”.

En annan variant är när en och samma person samtidigt beviljas bostad med särskild service enligt LSS och boendestöd enligt SoL. Personen får i sådana fall ”dubbla” beslut när det gäller själva stödet, eftersom det i LSS-beslutet om bostad med särskild service ingår både omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. Det kan finnas olika anledningar till de felaktiga besluten, alltifrån att kommunerna har börjat betrakta ”personlig service med boendestöd” som en lagstadgad insats till att besluten faktiskt påverkar utfallet av kostnadsutjämningsystemet⁹ [25].

⁹ Lagen (2008:342) om utjämning av kostnader för stöd och service till vissa funktionshindrade.

Missbruks- och beroendevård

Sammanfattande iakttagelser

- De alkoholrelaterade skadorna fortsätter att öka, särskilt bland kvinnor, och allt fler vårdas till följd av narkotikarelaterade diagnoser.
- Dödligheten i narkotikarelaterade diagnoser är väsentligt högre i Malmö, jämfört med Göteborg och Stockholm. Dödligheten i dessa diagnoser tycks vara starkt kopplat till missbruket av opiater, främst heroin, som är vanligare i Malmö än i de två övriga storstäderna.
- Den trend som tidigare har uppmärksamrats, med en ökad prioritering av öppenvård i jämförelse med institutionsvård, håller i sig. Det innebär att antalet tvångsvårdade numera minskar.
- Det pågår en omfattande satsning inom missbruks- och beroendevården – med stöd av statliga medel – för att öka kunskapsnivån och användningen av evidensbaserade metoder samt för att utveckla praktiken. Även om satsningen är föremål för en utvärdering tycks de nationella riktlinjerna ha fått ett ökat genomslag.
- 2010 års öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården visar generellt stora regionala skillnader. Det område som är mest eftersatt är delaktighet. Indikatoren är en värdering av förekomsten av lokala riktlinjer och rutiner för bland annat brukarråd och vårdplaner.
- Nivåer på förskrivningen av verksamma läkemedel mot såväl alkoholberoende som opiatberoende tyder på en underförskrivning. Socialstyrelsen kan också notera stora regionala variationer i förskrivningsnivån.
- Antalet sprututbytesverksamheter är få och ur smittskyddssynpunkt är det angeläget att antalet verksamheter ökar.

Detta kapitel redogör för aktuell utveckling inom missbruks- och beroendevården och omfattar insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Slutligen beskrivs måluppfyllelsen inom följande kvalitetsområden [1,2,3]:

- tillgänglig vård och socialtjänst
- säker vård och rättssäker socialtjänst
- kunskapsbaserad vård och socialtjänst
- integritet och självbestämmande i socialtjänsten.

Ovanstående kvalitetsområden som handlar om God vård beskrivs mer utförligt i inledningskapitlet samt i bilaga 1.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt beskrivs utvecklingen inom såväl hälso- och sjukvårdens missbruks- och beroendevård som kommunernas stöd till målgruppen. Förstagångsvårdade, utskrivningar och förekomst av opiatmissbruk är några av måtten som kommenteras.

Uppemot 100 000 personer med missbruk återfinns i samhällets stödsystem

Uppskattningsvis finns över 100 000 personer med missbruk i något av samhällets vård- och behandlingssystem. Ett rimligt antagande är att de flesta av dem har allvarliga missbruks- och beroendeproblem. Även om de olika uppgifterna till viss del överlappar varandra är följande uppgifter ändå intressanta:

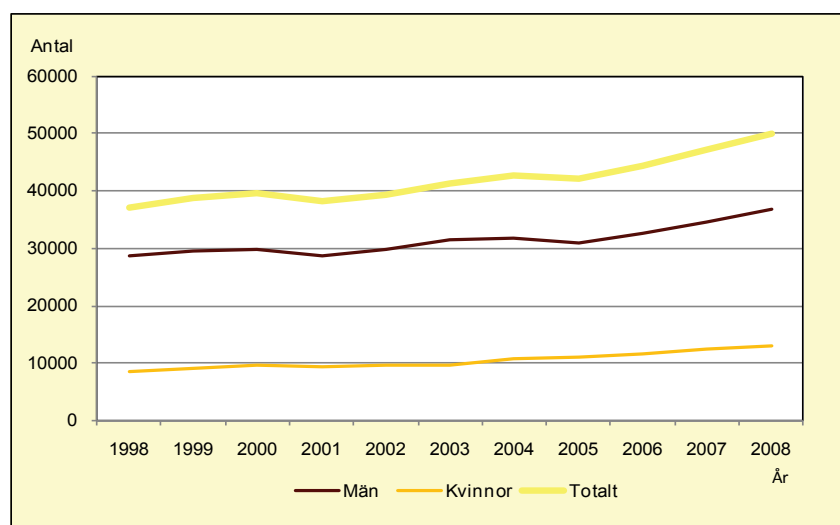
- Antalet personer med missbruks- och beroendeproblem som är aktuella inom socialtjänsten beräknas vara fler än 50 000 [4]. Uppskattningen baseras dels på de över 28 000 personer som under ett år fick individuellt behovsprövade insatser och tvångsvård, dels på de som beräknas få rådgivning eller annat stöd utan biståndsbeslut i olika verksamheter.
- År 2009 fick cirka 36 600 personer med missbruks- och beroendeproblem insatser i slutenvård inom hälso- och sjukvården, varav nära 25 800 hade en alkoholdiagnos och 6 700 en narkotikadiagnos [5]. Bland dessa finns en grupp på cirka 4 100 personer som hade både en alkohol- och en narkotikarelaterad diagnos.
- I kriminalvården hade omkring 13 000 personer missbruks- och beroendeproblem den 1 april 2007¹⁰, varav 3 900 personer fanns på en anstalt och 9 000 i frivården [6].

Andelen kvinnor med alkoholskador ökar mest

Socialstyrelsen förfogar över flera register som kan ge information och underlag för ställningstaganden angående till exempel särskilda satsningar inom missbruks- och beroendevården på lokal, regional och nationell nivå. Med utgångspunkt i Socialstyrelsens hälsodataregister kan utvecklingen av missbruk och beroende beskrivas i termer av deras konsekvenser. Patientregistret innehåller uppgifter om den slutna sjukhusvården i Sverige, vilka som har vårdats och under vilken diagnos. Registret fångar inte in alla personer som har missbruks- och beroendeproblem, men ett tillräckligt stort antal för att översiktligt kunna beskriva den medicinska skadeutvecklingen och hur den förändras över tid. Inledningsvis beskrivs vården för personer med en alkoholdiagnos under perioden 1998 och 2008. Därefter beskrivs vården för dem med en narkotikadiagnos sedan slutet av 1980-talet.

¹⁰ Senare uppgift saknas.

Figur 7:1. Antal utskrivningar från slutenvård där en alkoholdiagnos ingick, för kvinnor, män och totalt, åren 1998–2008



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 7:1 visar att det skedde en ökning av antalet alkoholrelaterade utskrivningar mellan 1998 och 2008. 1998 låg nivån strax över 37 000 utskrivningar, för att därefter öka till nära 50 000 år 2008 [5]. Det motsvarar en ökning med 34 procent. Flest utskrivningar gäller män, där antalet ökade från strax under 28 700 till nära 37 000 (28 procent). Antalet utskrivningar av kvinnor ökade från 8 500 till 13 000 (54 procent). Relativt sett var ökningen alltså kraftigare bland kvinnorna, men ökningen skedde från en väsentligt lägre nivå jämfört med männen. Kvinnornas andel av det totala antalet utskrivningar ökade från 23 till 26 procent.

Det genomsnittliga antalet vårdtillfällen ökade något för män, medan det förblev oförändrat bland kvinnor.

Ökningarna av utskrivningarna är tydligast bland yngre (–29 år) och äldre (50– år) personer. Åldrarna däremellan avviker i det avseendet att en tydlig minskning kan noteras. Minskningen skedde i huvudsak bland männen.

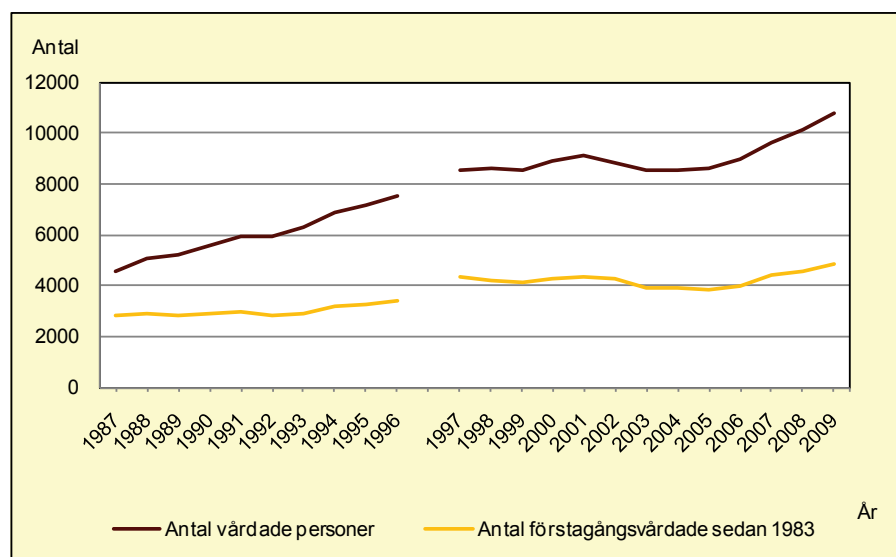
Det finns också stora skillnader mellan kvinnor och män i de olika åldersgrupperna, även om det finns en tendens att kvinnor och män överlag blir mer lika när det gäller utskrivningar för dessa diagnoser. I den yngsta åldersgruppen är skillnaderna mellan könen små, för att därefter successivt öka med stigande ålder.

Ökande trend av förstagångsvårdade för narkotikaskador

Figuren nedan, som bygger på uppgifter i patientregistret, beskriver utvecklingen av narkotikaskador åren 1987–2009, det vill säga en period om 22 år.

Uppgifterna i figuren beskriver antal personer som erhöll vård per år (oavsett antal vårdtillfällen), där en narkotikadiagnos ingick. Ingen hänsyn tas till eventuella tidigare vårderfarenheter. Trenden är stigande med en plåtå i början av 2000-talet.

Figur 7:2. Antal patienter med narkotikadiagnos i slutenvård, totalt och första-gångsvårdade, 1987–2009



Brottet mellan tidsperioderna 1987–1996 och 1997–2009 kan hänföras till bytet mellan diagnoskoderna i ICD9 och ICD10. Den något högre nivån under den senare perioden förklaras av det nya kodsystemet.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifterna i figuren beskriver även antalet personer som sedan 1987 fick slutna vård för första gången, vilket således är ett mått på nya fall. Dessa personer skulle även kunna kallas för första-gångsvårdade. Två perioder med likartade nivåer kan noteras. Tillgängliga data visar också en ökande trend de senaste åren [5]. Efterfrågan på behandling för denna grupp nådde också sin högsta nivå under 2009 (4 850 individer). Under samma period ökade även befolkningen i antal och 1990 år var andelen första-gångsvårdade 0,36 per 1 000 invånare. År 2009 var motsvarande andel 0,52 per 1 000 invånare.

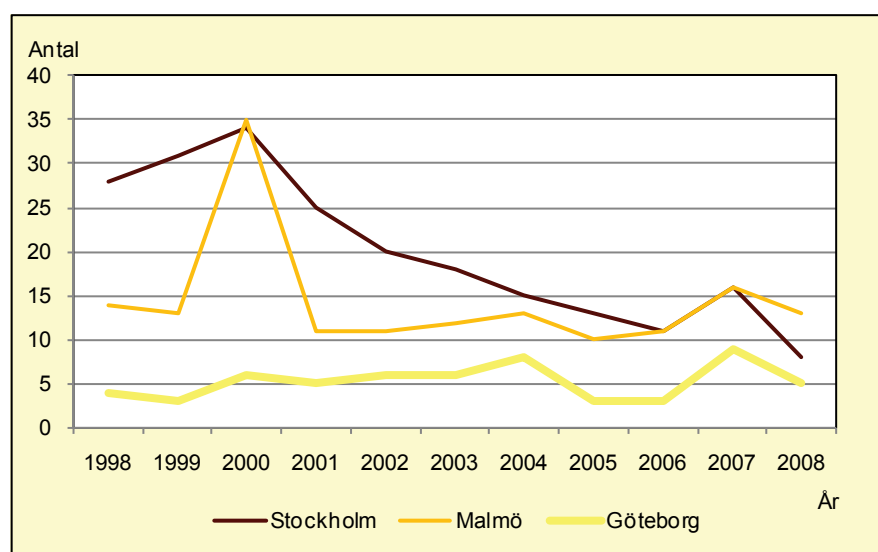
Med utgångspunkt i samtliga vårdtillfällen, som under perioden ökat från nära 8 000 till nästan 18 000, varierade kvinnornas andel mellan 31 och 36 procent utan någon tydlig trendriktning. 2008 uppgick andelen till 36 procent.

Andelen opiatrelaterade dödsfall är högst i Malmö

Den vanligaste drogen bland personer med tyngre missbruk i Sverige har under lång tid varit amfetamin. Detta är fortfarande ett faktum. Med utgångspunkt i dödsorsaksstatistiken har situationen i de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö analyserats. Detta har sin bakgrund i att frågor har rests om den relativt höga narkotikarelaterade dödligheten i Malmö och om den antagna låga förekomsten av heroin i Göteborg.

Figur 7:3 visar att nivån för den totala narkotikarelaterade dödligheten var högst i Malmö kommun med 9,8 dödsfall per 100 000 invånare år 2008, följt av Stockholm (6,5 per 100 000) och Göteborg (6,2 per 100 000) [7]. Det kan finnas flera förklaringar till detta, till exempel narkotikamissbrukets omfattning och mönster, förekomsten av smittsamma sjukdomar och tillgången till hälsovård.

Figur 7:3. Antal opiatrelaterade dödsfall per 100 000 invånare i de tre storstads-kommunerna, 1998–2008



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter om opiatrelaterade dödsfall i de tre städerna bekräftar att heroin är relativt ovanligt i Göteborg. Det visar också att de högre nivåerna av narkotikarelaterad dödlighet i Malmö mycket väl kan förklaras av det faktum att heroin, med dess högre toxicitet, är vanligare där jämfört med de andra storstäderna. Summeras dödsfallen under perioden var andelen opiatdödsfall (jämfört med det totala antalet narkotikarelaterade dödsfall) 24 procent i Göteborg, 31 procent i Stockholm och 47 procent i Malmö, vilket placerar städerna i en rangordning där en stor andel av opiatrelaterade dödsfall sammanfaller med en högre nivå av total narkotikarelaterad dödlighet.

Individuellt behovsprövade insatser dominerar socialtjänsten

I nedanstående tabell (tabell 7:1) presenteras utvecklingen 2003–2009 för frivillig vård, till exempel strukturerad dagvård, personligt stöd eller en kontaktperson. Åtgärder enligt tvångsvårdslagstiftningen redovisas i nästa avsnitt.

Antalet personer som beviljas *individuellt behovsprövade insatser* ökar. År 2009 beviljades närmare 28 200 sådana insatser, vilket var något fler än året dessförinnan. I det längre tidsperspektivet (2003–2009) ses en tydlig uppgång, drygt 20 procent [4].

Den 1 november samma år fick närmare 12 300 personer individuellt behovsprövade insatser, vilket var på samma nivå som året innan.

Frivillig institutionsvård är en insatsform som främst bedrivs hem för vård och boende (HVB). Sammanlagt genomfördes 11 477 inskrivningar i HVB under 2009, vilket var en minskning från år 2008 med närmare 5 procent.

Tabell 7:1. Socialtjänstens insatser inom missbruks- och beroendevård 2003–2009

Typ av insats	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Individuellt behovsprövade insatser	23 400	24 600	25 800	26 000	25 700	27 900	28 200
Inskrivningar i frivillig institutionsvård	11 110	10 096	11 918	11 134	10 738	12 037	11 500
Vårddygner i frivillig institutionsvård	1 016 892	897 441	868 512	893 064	873 44	952 311	864 500
Inskrivningar i bistånd som avser boende	13 488	12 992	13 193	12 546	13 153	18 780	14 800

Källa: Vuxna med missbruksproblem och övriga vuxna 2009, Socialstyrelsen.

Under perioden 2003–2009 låg antalet inskrivningar relativt stilla och pendlade kring 11 000 per år. Antalet vårddygner, som kan ses som ett mått på verksamhetens omfattning, har minskat med 9 procent under det senaste året. Trenden från 2003 med minskande antal beviljade vårddygner tycks därför stå sig.

Familjehemsvård utgör ett alternativ till frivillig institutionsvård som berör relativt få personer. Den 1 november 2009 behandlades 198 personer i denna vårdform. På årsbasis erhöll sammanlagt 552 personer sådan vård, vilket var en minskning från föregående år med cirka 18 procent.

Bistånd som avser boende är beteckningen för ytterligare en insatsform, som redovisas i statistiken. Under 2009 genomfördes närmare 14 800 inskrivningar i denna insatsform. Det var en kraftig minskning från året innan med närmare 22 procent, men i det längre tidsperspektivet tycks antalet inskrivningar successivt öka.

Sammanfattningsvis har de individuellt behovsprövade insatserna fortsatt att öka, medan övriga institutions- och boendeinsatser har minskat. Möjligen kan detta sättas i samband med en starkare prioritering och medvetna satsningar på öppenvård.

Tvångsvården minskar

Tvångsvård enligt LVM utgör en relativt liten del av institutionsvården. Antalet tvångsvårdade minskade radikalt från mitten av 1990-talet fram till början av 2000-talet, men har därefter ökat [5]. Det gäller särskilt åren 2005–2007. Denna ökning har sannolikt påverkats av statliga stimulansmedel. Sedan stödet upphörde har antalet vårdade minskat med 10 procent och år 2009 omfattades totalt 973 personer av tvångsvård enligt LVM (tabell 7:2).

Tabell 7:2. Antal utskrivna från LVM-vård samt andel kvinnor respektive män, 2003–2009.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	877	819	822	970	1028	1081	973
Andel kvinnor (%)	31	35	34	34	35	32	33
Andel män (%)	69	65	66	66	65	68	67

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Institutionsvård, både i frivillig form och med tvång, har således minskat samtidigt som individuellt behovsprövade insatser och antalet klienter ökar. Det betyder att den trend som observerades tidigare under 2000-talet återigen är märkbar. Tidigare har bland annat kostnadsskäl och skepsis mot institutionsvårdens effektivitet framförts i diskussionerna om skälen till den prioritering som sker av öppenvård. Huruvida prioriteringen av öppenvård är till gagn för den enskilde är oklart.

Svag kostnadsutveckling för socialtjänstens missbruks- och beroendevård

Socialtjänstens kostnader för missbruks- och beroendevården uppgick 2009 till cirka 5,5 miljarder kronor [8]. Landstingets kostnader för missbruksvården år 2007 har beräknats uppgå till cirka 6–7 miljarder kronor [9].

Kostnaderna för missbruks- och beroendevården ökade med drygt 1 procent under tidsperioden 2005–2009 (tabell 7:3).

Tabell 7:3 Kostnadsutveckling för insatser till vuxna i missbruks- och beroendevården, 2005–2009, 2009 års priser, miljoner kronor samt procent

Insatser	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 05–09, mnkr	Förändring 05–09, %
Vuxna med miss- bruk/beroende	5 476	5 743	5 759	5 814	5 534	58	1,1
Institutionsvård	2 309	2 467	2 430	2 430	2 352	43	1,9
Familjehemsvård	155	174	160	179	173	18	11,4
Öppna insatser							
Bistånd som avser boende	1 414	1 446	1 535	1 471	1 399	–15	–1,1
Individuellt behovs- prövade insatser	788	840	808	852	878	90	11,4
Övriga öppna insat- ser	809	815	826	882	732	–77	–9,5

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

Under det senaste året har dock kostnaderna sjunkit med 5 procent [8]. Minskningarna gäller samtliga områden av verksamheten, med undantag för individuellt behovsprövade insatser. Betraktas kostnadsutvecklingen för socialtjänstens övriga verksamhetsområden under perioden 2005–2009 framgår det att missbruks- och beroendevården hade en svag kostnadsut-

veckling jämfört med andra områden inom individ- och familjeomsorgen. Missbruks- och beroendevården är det enda området där det skedde en total minskning av kostnaderna under perioden 2008–2009.

Tillgänglig vård och socialtjänst

Kommunernas information behöver förbättras

Socialstyrelsen har granskat informationen om missbruks- och beroendevård på samtliga kommuners och landstings webbplatser [9]. Avsikten är att bedöma hur tillgänglig och fyllig informationen om missbruks- och beroendevård är. Grundläggande frågor är om det finns information om vart personer kan vända sig för att få rådgivning och vilka insatser som erbjuds.

Granskningen visar att knappt en tredjedel av kommunerna får godkänt när det gäller att enkelt hitta fyllig information. Ytterligare en tredjedel av kommunerna har hemsidor där det finns viss information, men som ändå har förbättringspotential. Slutligen kan en tredjedel betraktas som underkända. Jämförelsen visar även stora skillnader mellan stora och små kommuner när det gäller informationen på hemsidorna. Omkring hälften av de godkända kommunerna återfinns i storstadslänen, Stockholm, Västra Götaland och Skåne.

Granskningen av landstingens hemsidor visar att det finns ett omfattande behov av att förbättra informationen. Fyra landsting får högsta poäng i webbgranskningen och klart godkänt. Ytterligare sex landsting får godkänt, men kan förbättra sina hemsidor. Hälften av landstingen uppfyller inte något av sökkriterierna och är underkända.

Att utveckla informationen på webbsidan är ett viktigt steg i att öka tillgängligheten till missbruks- och beroendevården och för att ge den enskilde lättillgänglig information om de insatser som erbjuds.

Säker vård och rättssäker socialtjänst

I nedanstående avsnitt redogörs för indikatorn patient- och klientsäkerhet inom ramen för öppna jämförelser samt sprutbytesverksamheter.

Stor förbättringspotential för klient- och patientsäkerhet

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården rekommenderas ett flertal bedömningsinstrument för att på ett säkert sätt identifiera och bedöma den enskildes problem och behov av hjälp [10]. Detta återkommer även i Socialstyrelsens arbete med öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården [9]. För värdering av förutsättningarna för klient- och patientsäkerhet ställs tretton enkätfrågor, varav sju rör policy och användning av instrument för screening, bedömning av problemtyngd och hjälpbehov samt uppföljning av enskilda ärenden. Av 259 svarande kommuner och kommundelar uppgav 45 procent att de har en fastställd och dokumenterad policy för att använda något av de rekommenderade instrumenten för upptäckt av missbruks- och beroendeproblematik, och 75 procent att de har en sådan policy för bedömning av problemtyngd och hjälpbehov. Vidare uppgav 65 procent att de har en fastställd och dokumenterad policy som anger att de

ska använda instrumenten för uppföljning av enskilda klienter. Endast 30 procent uppgav att de använder instrumenten för planering och uppföljning på verksamhetsnivå. Övriga sex frågor inom området rör hanteringen av fel och brister samt klagomål inom verksamheten. Drygt 80 procent av de svarande 259 kommunerna och kommundelarna uppgav att de har en fastställd och dokumenterad rutin för att samla in synpunkter och klagomål från klienter och anhöriga. En motsvarande rutin för att samla in uppgifter om fel och brister i verksamheten som påtalats av personal har endast hälften av de svarande.

Sprututbytesprogram viktiga för att motverka blodsmitta

Intravenöst drogmissbruk är den största riskfaktorn för blodsmitta av hiv, hepatiter och andra blodburna infektioner utanför sjukvården. För att motverka hiv-epidemin bland människor med intravenöst missbruk startades på 1980-talet sprututbytes- eller sprututdelningsprogram i olika former på flera platser i västvärlden, och i dag finns sådana program över stora delar av världen. År 1986 startade en sprututbytesverksamhet i Lund och året därpå i Malmö. I båda fallen bedrivs verksamheterna vid infektionsklinikerna i respektive stad. Fram till 2006 tilläts inga andra sprutbytesverksamheter starta i Sverige.

Det primära målet med sprututbytet är att förebygga spridning av hiv och andra blodburna infektioner bland personer med intravenöst missbruk. Verksamheten ska också arbeta med att motivera dem som deltar i sprututbytet att bryta sitt missbruk och ta emot vård och behandling. Därför ställs krav på att personalen har infektionsmedicinsk kompetens, beroendemedicinsk kompetens och psykosocial kompetens.

Sedan den 1 juli 2006 ger lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler alla landsting möjlighet att bedriva sprututbytesverksamhet, om ett tillstånd beviljas av Socialstyrelsen [11]. För närvarande (2010-12-31) har endast Region Skåne ansökt om och beviljats tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet vid infektionsklinikerna i Malmö och Lund, som ju startade som försöksverksamhet redan på 1980-talet, samt vid en verksamhet i Helsingborg, som startade hösten 2010. Stockholms läns landsting beslutade i juni 2010, att inom ramen för en bredare satsning på förebyggande och hälsofrämjande insatser till missbrukare, införa ett tidsbegränsat sprututbytesprojekt. Diskussion om införande av sprututbytesprogram pågår för närvarande även i flera andra landsting.

Socialstyrelsen bedömer att antalet sprutbytesverksamheter bör öka. Sprutbytesverksamheter är en viktig hälsopolitisk insats och motverkar smittspridningen av hepatit och hiv bland missbrukare.

Kunskapsbaserad vård och socialtjänst

I detta avsnitt diskuteras statliga satsningar och dess effekter samt läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och opiatmissbruk.

Statliga satsningar har fått positiva effekter

Fördelningen av statligt stöd i form av bland annat organisationsstöd och stimulansmedel utgör en viktig beståndsdel i utvecklingen av missbruks- och beroendevården. Det statliga stödet innefattar särskilda satsningar, årligt verksamhetsbidrag till rikstäckande organisationer som bedriver frivilligt arbete inom alkohol- och drogområdet samt årliga projektbidrag till frivilligorganisationer för att förebygga alkohol- och drogmissbruk.

Verksamhetsbidrag får tydligare mål och styrning

Riksrevisionen har genomfört en effektivitetsgranskning av statens alkoholpolitik med fokus på barns- och ungas alkoholkonsumtion [12]. Granskningsrapporten publicerades i november 2010. Huvudkonklusionen i rapporten är följande:

”Riksrevisionens granskning ger inget underlag för att hävda att bidragsgivningen till förebyggande projekt och stödet till tillsynen skulle ha någon större påverkan på barns och ungas alkoholkonsumtion”.

Detta illustrerar behovet av att dokumentera resultat av insatserna så att samhällets resurser kan kanaliseras dit effekterna är störst. Riksrevisionen anser vidare att det bör satsas på färre, större och mer långsiktiga projekt. Därtill pekas på behovet av att styra över det statliga stödet till insatser som har belagda effekter på alkoholkonsumtionen, till exempel tillgångsbegränsning. Socialstyrelsens verksamhetsbidrag till de ideella organisationerna har från och med i år inriktats mot mål- och resultatstyrning. Det är en process som involverar de ideella organisationerna, med syfte att göra processen så tydlig och transparent som möjligt.

Nationella riktlinjer får allt större genomslag

Under hösten 2008 inledde Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett projekt vid namn ”Kunskap till praktik”, som alltså pågår. Utgångspunkten är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [10]. Projektet, som bygger på en överenskommelse med regeringen, syftar till att ge kommuner och landsting gemensamma förutsättningar för att införa riktlinjerna. SKL har i sin tur upprättat avtal med samtliga landsting samt kommun- och regionförbunden i länen, och i avtalen ingår bland annat att finansiera processledare. I avtalen har också ingått att tillsätta styrgrupper på länsplanet med chefer från socialtjänst, primärvård, psykiatri och beroendevård. Samverkan med kriminalvård och Statens institutionsstyrelse (SiS) förutsätts också. En väsentlig del i projektet är utbildning och kompetensutveckling.

Inom ramen för projektet har en omfattande organisation skapats i syfte att utveckla en evidensbaserad praktik i samverkan mellan kommuner och landsting. Vid utgången av 2010 beräknas närmare 10 000 personer ha deltagit i baskursen. Lunds universitet utvärderar för närvarande effekterna av

satsningen, på uppdrag av Socialstyrelsen. Utvärderingen beräknas vara klar i slutet av 2011.

Hösten 2010 publicerade Socialstyrelsen en preliminär version av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [13]. Ett stort antal rekommendationer om matvanor, fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol och tobak redovisades med inriktning på hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga ohälsa. En slutlig version av riktlinjerna beräknas vara klar under våren 2011. Under 2011 kommer även en revidering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården att påbörjas. Ytterligare resonemang om riktlinjerna förs i kapitlet om hälso- och sjukvård.

Låg förskrivning av läkemedel vid behandling av alkohol- och opiatmissbruk

I tidigare lägesrapporter kommenterades förskrivningen av läkemedel som används mot alkoholberoende (substanserna Akamprosot och Naltrexon) [14,15]. Preparaten rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer, bland annat för att de minskar alkoholsug och risk för återfall [10]. År 2009 förskrevs drygt 13 000 personer något av dessa preparat (tabell 7:4) [16]. Preparaten förskrivs dock, enligt Socialstyrelsens uppfattning, i låg omfattning satt i relation till antalet personer som kan antas ha behov av dem. Det råder en osäkerhet om hur många personer i befolkningen som är alkoholberoende, men det torde röra sig om en vida större population.

Tabell 7:4. Antal personer som förskrevs Akamprosot och Naltrexon under åren 2006–2009

Typ av Läkemedel	Antal individer 2006	Antal individer 2007	Antal individer 2008	Antal individer 2009
Akamprosot	7 020	7 240	7 750	7 530
Naltrexon	4 710	5 780	6 020	5 830
Disulfiram	14 870	14 680	15 240	14 710
Totalt	11 730	27 700	29 010	28 070

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det totala antalet personer som förskrevs något av de ovan beskrivna läkemedlen mot alkoholberoende uppgick 2009 till cirka 28 100. Majoriteten av personerna var 50 år eller äldre och det övergripande mönstret är att förskrivningen ökar med stigande ålder. Det gällde för kvinnor såväl som män. Kvinnornas andel var 30 procent.

Det är främst två läkemedel som förskrivs mot opiatmissbruk, Buprenorfin och Metadon. Antalet personer som får dessa läkemedel ökar, sannolikt som en följd av ökad kännedom om behandlingens positiva effekter [17]. År 2009 förskrevs preparaten till totalt 3 660 personer, fördelat på 1 750 uttag av Metadon och 1 920 av Buprenorfin [16]. Antalet personer som fått Buprenorfin har ökat med över 30 procent sedan 2006. Ökningen för metadon är inte lika hög, men ändå betydande.

År 2006 – som var det första hela år som data registrerades i läkemedelsregistret – fick totalt 2 760 personer förskrivet antingen Metadon (1 270)

eller Buprenorfin (1 490) någon gång under året (tabell 7:5). Av dessa var 28 procent kvinnor och 72 procent män. Det betyder att Metadon hade en större relativ ökning mellan 2006 och 2009, jämfört med Buprenorfin.

Tabell 7:5: Antal personer som har förskrivs Buprenorfin respektive Metadon under åren 2006–2009, avrundade värden

Typ av läkemedel	Antal individer 2006	Antal individer 2007	Antal individer 2008	Antal individer 2009
Buprenorfin	1 490	1 580	1 650	1 920
Metadon	1 270	1 460	1 770	1 750
Totalt	2 760	3 040	3 180	3 670

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att underhållsbehandlingen för personer med opiatberoende har ökat i omfattning. Den ojämförligt största gruppen är män i åldersspannet 30–49 år. Andelen kvinnor ökade något under denna relativt korta period, till 29 procent, jämfört med 28 procent de föregående åren. En tydlig skillnad är att de yngsta (–29 år) huvudsakligen förskrivs Buprenorfin, medan de som är äldre övervägande förskrivs Metadon. Bilden är likartad för kvinnor såväl och män.

Stora regionala skillnader i läkemedelsassisterad behandling av alkohol- och opiatberoende

Förskrivningen av läkemedel som används vid beroendetillstånd och missbruk och som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ytterligare en indikator som används i öppna jämförelser för att bedöma verksamhetens kvalitet [9]. Förskrivningsnivåerna är nära dubbelt så höga för personer med ett diagnostiserat opiatmissbruk jämfört med alkoholmissbruk (22 procent för alkohol och 41 procent för opiater i riket år 2009). I öppna jämförelser har uppgifter om förskrivningen av dessa läkemedel insamlats på länsnivå. Sammanställningen visar stora regionala variationer i förskrivning, särskilt när det gäller läkemedel för opiatmissbruk.

Självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Delaktigheten är sämre i mindre kommuner

Delaktighet är ett av de kvalitetsområden som beskrivs i handboken ”God kvalitet i socialtjänsten” [2]. Av handboken framgår:

”Att tjänsterna ska bygga på respekt för människors självbestämmande understryker vikten av att genomförda insatser utgår ifrån och bidrar till, att den enskilde klienten både kan och vill styra sitt eget liv”.

Inom ramen för öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården ställdes fyra enkätfrågor om policy och rutiner för bland annat brukarråd och vårdplaner [9]. Svaren har vägts ihop till ett samlat kvalitetsomdöme. Delaktighet är det område där kommunerna uppnår det lägsta medelvärde, 2,7 av 5 möjliga, för riket. En fråga som ställdes i enkäten var om det finns

en fastställd och dokumenterad policy om att aktivt verka för brukarinflytande på verksamhetsnivå genom till exempel brukarråd, brukarrevisioner eller deltagande i en referens- eller styrgrupp. Av svarande kommunerna och kommundelarna (259 stycken) uppgav endast 20 procent att de har en sådan policy som anger att de aktivt ska verka för brukarinflytande i verksamheten. Rutiner för strukturerade och systematiserade uppföljningssamtal och/eller avslutande samtal i enskilda ärenden uppgav endast drygt hälften (55 procent) av de svarande att de har. Anmärkningsvärt få, 58 procent, uppgav också att de har en fastställd och dokumenterad rutin för hur klienter och handläggare gemensamt utarbetar vårdplanen.

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

Flest gemensamt drivna beroendeenheter finns i Stockholmsområdet

Arbetet med öppna jämförelser inom socialtjänsten, när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser, har avgränsats till att omfatta den beroendevård som bedrivs av landsting och kommuner gemensamt.

I ungefär hälften av landstingen finns beroendeenheter som drivs tillsammans med en eller flera kommuner [9]. Uppskattningsvis finns omkring 50 sådana enheter i landet, varav en betydande andel återfinns i Stockholms län. Denna ojämna förekomst kan också ses som ett uttryck för de regionala skillnader inom området som har påtalats tidigare, bland annat i Socialstyrelsens tidigare lägesrapporter [14,15].

Vård och omsorg om äldre

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen äldre personer i åldrarna 80 år och över som behöver hjälp med personlig omvårdnad och service har varit oförändrad de senaste 15 åren.
- Det har skett en kraftig neddragning av antalet, och andelen, äldre som bor i särskilt boende, utan att en större andel äldre har fått hemtjänst under de senaste åren. Antalet personer med hemtjänst ökar dock något, medan antalet beviljade hemtjänststimmar per person är oförändrat.
- Personalvolymen i kommunernas vård och omsorg minskade mellan 2002 och 2009, i förhållande till den demografiska utvecklingen. Personaltätheten i särskilt boende har i stort sett varit oförändrad de senaste tre åren. Andelen av personalen som har yrkesutbildning ökar i den av kommunerna finansierade vården och omsorgen.
- Skillnaderna mellan kommunerna i andelen äldre personer som får särskilt boende minskar. Samtidigt varierar väntetiderna till särskilt boende kraftigt mellan kommunerna och är oskäligt långa i vissa.
- Vid sex av tio särskilda boenden med demensinriktning blir de äldre inlåsta nattetid. Bemanningen är vid flertalet boenden inte tillräcklig nattetid.
- Vid handläggning av ärenden och verkställande av beslut finns brister i tillämpningen av gällande lagstiftning.
- Åtta av tio äldre är nöjda med hemtjänstens omfattning. De mest beroende är minst nöjda.
- Antalet allvarliga fallskador har minskat under 2000-talet. Läkemedelsförskrivningen är dock fortfarande bristfällig.
- Resurstillgången i kommunernas vård och omsorg om äldre har begränsats så att äldres säkerhet och trygghet inte alltid kan tillgodoses. Det finns starka skäl att ifrågasätta om alla äldre personer får den vård och omsorg de behöver för att uppnå en skälig levnadsnivå. Det finns också anledning att ifrågasätta om personer med stora hjälpbehov, för vilka alternativet är särskilt boende, får hemtjänst i tillräcklig omfattning. Bristfällig biståndsbedömning och bristfälliga biståndsbeslut påverkar rätts-säkerheten negativt. Inlåsnings- och tvångsåtgärder används dessutom utan lagstöd. Socialstyrelsen anser att det bör finnas en lag som reglerar användningen av inlåsnings- och tvångsåtgärder inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom.
- Kvaliteten i verksamheten utvecklas i vissa delar positivt till exempel ifråga om personalens yrkeskompetens och äldre personers delaktighet vid utformning av genomförandeplan, men är i andra delar oförändrad.

I detta kapitel beskrivs kortfattat utvecklingen av äldres hälsa och sociala villkor, och sedan redovisas utvecklingen av kommuners och landstings resurser för vård och omsorg om äldre. Därefter redovisas tillgängliga data som belyser förhållanden inom följande kvalitetsområden inom vården och omsorgen om äldre (1,2):

- självbestämmande och integritet i socialtjänsten
- kunskapsbaserad socialtjänst
- tillgänglig socialtjänst
- rättssäker socialtjänst.

Kapitlet redogör för insatser till personer som är 65 år eller äldre, enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

Oförändrad andel äldre behöver hjälp

Äldre människors levnadsförhållanden är en naturlig utgångspunkt vid analys av vården och omsorgen om äldre. Syftet med vården och omsorgen om äldre är att stödja äldres förmåga att leva självständigt och kompensera förluster av förmågor i samband med åldrande, skada och sjukdom. Förändringar i den äldre befolkningens levnadsförhållanden sker långsamt. De uppgifter som redovisas här bedöms dock som relevanta även om de i vissa fall avser förändringar några år tillbaka.

Äldre personers socioekonomiska förutsättningar har generellt förbättrats under de senaste två decennierna, men skillnader mellan kön, socioekonomi och etniska grupper finns kvar och har ökat i vissa avseenden. Det finns fortfarande betydande skillnader i hälsa och sjuklighet mellan före detta arbetare och tjänstemän [3].

Fram till mitten av 1990-talet ökade andelen äldre personer som själva klarade matinköp, matlagning och städning. Under den senaste 15-årsperioden har dock inga sådana förbättringar skett. Andelen äldre personer som behöver hjälp med bad eller dusch, av- och påklädning eller att stiga upp och lägga sig har inte förändrats nämnvärt de senaste två decennierna.

Förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande i form av oro, ångslan, ångest och sömnproblem ligger på en oförändrat hög nivå sedan 1980-talet bland äldre personer jämfört med andra vuxna. En fjärdedel av alla självmord begås av personer som är 65 år eller äldre.

Närmare hälften av alla personer som är 95 år eller äldre har en demenssjukdom och bland dessa finns en omfattande samsjuklighet (det vill säga mer än en sjukdom samtidigt), som inte alltid uppmärksammas.

Andelen äldre män och kvinnor som är överviktiga har ökat sedan 1980-talet. Detta trots att fler motionerar och är aktiva med olika sysslor. Även undervikt är vanligt förekommande i de högsta åldersgrupperna [3].

Allt färre äldre personer i särskilt boende

Drygt 18 procent av befolkningen som är 65 år och äldre, motsvarande cirka 300 000 personer, hade 2009 beviljats en hemtjänstinsats i ordinärt boende

eller en plats i permanent särskilt boende. Under perioden 2002–2009 minskade antalet personer i permanent särskilt boende med drygt 20 000 personer, vilket innebär att en allt mindre andel äldre bor permanent i särskilt boende.

Under åren 2002–2006 skedde en blygsam ökning av *andelen* äldre personer som får någon typ av hemtjänstinsats, men 2007–2009 var andelen relativt oförändrad. *Antalet* personer som får hemtjänst har dock ökat under perioden. Definitionen av hemtjänst har ändrats mellan åren 2006 och 2007, då även personer som enbart får biståndsbedömd matdistribution, trygghetslarm och/eller snöröjning räknas med, vilket omöjliggör jämförelser för hela perioden. Utvecklingen av hemtjänsten kan därför inte beskrivas med samma avgränsning för hela perioden, varför vi redovisar utvecklingen i två tabeller nedan (tabell 8:1 och 8:2).

En jämförelse med uppgifter som redovisades i föregående års lägesrapport för 2007 och 2008 visar dock att antalet personer med hemtjänst (enligt den tidigare definitionen) var 135 500 respektive 144 500 [4]. Det betyder att de personer som enbart hade trygghetslarm, matdistribution eller snöröjning dessa år uppgick till 63 000 respektive 57 400 stycken. Det är inte möjligt att genomföra motsvarande beräkning för 2009. En skattning, som utgår från antagandet att antalet personer som endast hade trygghetslarm, matdistribution eller snöröjning var oförändrat mellan 2008 och 2009, ger dock 148 400 personer med hemtjänst år 2009.

Uppgifterna visar att *antalet* personer som får hemtjänst har ökat, även när den äldre hemtjänstdefinitionen tillämpas för hela perioden 2002–2009, utan att *andelen* bland äldre personer får sådana insatser ökat.

År 2002 var andelen äldre personer som beviljats en hemtjänstinsats i ordinärt boende respektive en plats i permanent särskilt boende relativt lika – 8,2 procent respektive 7,5 procent. Andelen äldre personer med hemtjänst var dock betydligt högre än andelen som bodde i permanent särskilt boende 2006 – 8,9 procent jämfört med 6,2 procent. Uppgifterna belyser de strukturförändringar som har skett i kommunernas vård och omsorg om äldre. Eftersom definitionen av hemtjänst har ändrats kan utvecklingen av hemtjänsten inte beskrivas med samma avgränsning för hela perioden, varför utvecklingen redovisas i två tabeller (tabell 8:1 och 8:2).

Tabell 8:1. Antal och andel i befolkningen, 65 år och äldre, med hemtjänst och permanent särskilt boende den 1 oktober 2002, 2005 och 2006

	2002		2005		2006	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Hemtjänst* i ordinärt boende	125 200	8,2	135 000	8,6	140 300	8,9
Permanent särskilt boende	115 500	7,5	100 800	6,4	98 600	6,2
Totalt	240 700	15,7	235 000	15,0	238 900	15,1

* Fram till och med 2006 inbegriper definitionen av hemtjänst inte personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källa: Äldre – vård och omsorg 2002, 2005 och 2006, Socialstyrelsen samt befolkningsregistret.

Tabell 8:2. Antal och andel i befolkningen, 65 år och äldre, med hemtjänst och permanent särskilt boende den 1 oktober 2007–2009

	2007		2008		2009	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Hemtjänst* i ordinärt boende	198 900	12,5	201 900	12,4	205 800	12,3
Permanent särskilt boende	95 200	6,0	96 700	5,9	95 400	5,7
Totalt	235 400	18,4	298 600	18,4	301 200	18,4

* Från och med 2007 inbegriper definitionen av hemtjänst även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källa: Äldre – vård och omsorg 2007–2009, Socialstyrelsen, befolkningsregistret.

Antalet beviljade hemtjänsttimmar ökade från 3,8 miljoner timmar 2002 till 4,5 miljoner timmar 2009. Det innebär att äldre personer som fick hemtjänst de båda åren i genomsnitt fick ungefär lika många timmar.

Färre anställda – lika mycket arbete

Mellan åren 2002 och 2009 minskade antalet årsarbeten, det vill säga personalvolymen, med 1,5 procent trots att antalet anställda minskade med knappt 10 procent (25 000 personer), tabell 8:3. Förklaringen till denna utveckling är att varje anställd genomsnittligt arbetade mer 2009 jämfört med 2002, eftersom sysselsättningsgraden har ökat och sjukfrånvaron minskat. Under perioden ökade andelen som arbetar hos privata vårdgivare.

Tabell 8:3. Antal anställda inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre under 2002–2009, samt antal årsarbeten under 2002 och 2009

	Anställningsform	2002	2005	2006	2007	2008	2009
Kommun-anställda*	Månadsanställda	176 600	163 100	166 600	162 900	160 800	155 400
	Timanställda	49 600	42 600	43 200	43 400	42 400	41 400
Anställda hos enskilda utförare**	Månadsanställda	22 400	25 300	26 200	26 400	24 900	26 400
	Timanställda	6 200	6 600	6 800	6 900	6 600	7 000
Totala antalet Anställda	-	254 800	237 600	242 800	239 600	234 700	230 200
Årsarbeten exkl. sjukfrånvaro	-	170 000	i.u.***	i.u.	i.u.	i.u.	167 500

Antalet anställda inkluderar långtidslediga och sjukskrivna.

* Antal anställda inom vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning har fördelats på de båda verksamheterna med stöd av fördelningen av kostnader enligt räkenskapsammandraget för respektive år.

** Antal anställda hos enskilda utförare har skattats med stöd av den andel av verksamheten som har bedrivits i enskild regi, enligt Socialstyrelsens verksamhetsstatistik, för respektive år.

*** i.u. = ingen uppgift

Källa: Egna bearbetningar av personalstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting.

Omfattningen av arbetet inom vård och omsorg är också beroende av sysselsättningsgrad och sjukfrånvaro. Mellan 2002 och 2009 ökade den genomsnittliga sysselsättningsgraden för månadsanställda vårdbiträden och undersköterskor i kommunerna från 81,6 till 84,2 procent. Motsvarande ökning finns även för timavlönade. Under samma period mer än halverades sjukfrånvaron, vilket innebar ett minskat bortfall av arbete motsvarande 8 200 årsarbeten. Justerat efter ökad sysselsättningsgrad och minskad sjukfrånvaro kvarstår en minskning på cirka 2 600 årsarbeten (motsvarande 1,5 procent)

av utfört vård- och omsorgsarbete i kommunal och enskild regi mellan 2002 och 2009. I dessa beräkningar har samma utveckling av sysselsättningsgrad och sjukfrånvaro förutsatts hos enskilda vårdgivare som hos kommunala.

Denna minskade arbetsvolym kan sättas i relation till utvecklingen av antalet äldre personer i befolkningen, som är den viktigaste behovsbestämmande faktorn. Under perioden 2002–2009 ökade antalet personer i åldern 80 år och äldre med 5 procent. I denna åldersgrupp har cirka 35 procent hemtjänst eller bor i särskilt boende.

Minskade kostnader i kommunerna under 2000-talet

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg till äldre beräknades till drygt 163 miljarder kronor under 2009, vilket var en ökning med 4,9 procent sedan 2005. Som framgår av tabell 8:4 ökade kostnaderna mest för landstingens åtgärder för äldre, vilka ökade med knappt 8 procent mellan 2005 och 2009. Kommunernas samlade kostnader för insatser till äldre ökade med knappt 3 procent under samma period. Landstingens beräknade kostnader baseras på hur stor andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som äldre personer använder.

De samlade kostnaderna för äldres vård och omsorg i fasta priser låg på samma nivå år 2009 som år 2002. Kostnaderna för kommunernas insatser minskade under denna period med 4 procent medan landstingens beräknade kostnader ökade med 5 procent. De totala kostnaderna för särskilt boende minskade med hela 14 procent, medan insatser i ordinärt boende ökade med 18 procent. Inom ordinärt boende ökade korttidsboendet med 24 procent. Under denna period ökade antalet personer som är 80 år och äldre med 5 procent.

Tabell 8:4. Kostnadsutveckling för insatser i vård och omsorg till personer 65 år och äldre 2002 och 2005–2009, miljoner kronor samt förändring i procent, 2009 års priser

	2002	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 05–09 (%)	Förändring 02–09 (%)
Äldreomsorg	93 447	87 235	88 687	89 940	90 400	89 622	2,7	–4,1
Särskilt boende	62 600	55 171	54 736	53 871	53 663	53 644	–2,8	–14,3
Ordinärt boende	29 196	30 537	32 454	34 581	35 228	34 477	12,9	18,1
Hemtjänst/ boendestöd*		21 088	22 802	24 398	22 702	23 126	9,7	-
Korttidsboende	4 430	5 157	5 401	5 749	5 449	5 473	6,1	23,6
Övriga insatser**		4 292	4 250	4 434	7 078	5 878	36,9	-
Öppen verksamhet	1 651	1 527	1 497	1 489	1 509	1 501	–1,7	–9,1
Landstingens hälso- och sjukvård 65+***	69 795	68 026	69 798	72 004	71 933	73 295	7,7	5,0
Totalt	163 242	155 261	158 485	161 945	162 332	162 917	4,9	0,2

* Boendestöd enligt socialtjänstlagen till äldre personer med psykisk funktionsnedsättning redovisas under hemtjänst från och med 2007 oavsett organisatorisk tillhörighet

** Biståndsbedömd dagverksamhet, kommunal hälso- och sjukvård, bostadsanpassning och kontaktperson.

*** Kostnaderna har beräknats utifrån hur stor andel av kostnaderna i Region Skåne som avser vård till äldre personer. Denna andel har sedan antagits gälla hela riket och använts på de uppgifter om hälso- och sjukvård som

landstingen har lämnat i landstingens räkenskapsammandrag. För kostnader för handikapp- och hjälpmedelsverksamhet har 70 procent antagits gälla äldre personer.
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2002 och 2005–2009, Statistiska centralbyrån och landstingens räkenskapsammandrag 2002 och 2005–2009, Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Region Skåne.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick till drygt 89 miljarder kronor 2009, varav 60 procent gick till särskilt boende, nästan 39 procent till insatser i ordinärt boende och knappt 2 procent till öppna verksamheter. Med öppen verksamhet avses generellt inriktade verksamheter som i första hand är avsedda för personer som är 65 år och äldre och där deltagandet inte förutsätter individuell behovsprövning och biståndsbeslut. Av socialtjänstens kostnader utgjorde vården och omsorgen om äldre knappt 53 procent.

Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre i kommunerna visar ett tydligt mönster. De totala kostnaderna för särskilt boende fortsätter att minska – med 2,8 procent under perioden 2005–2009. För insatser i ordinärt boende ökade de totala kostnaderna under samma tid med nästan 13 procent. För insatserna i ordinärt boende redovisas dock en minskning mellan åren 2008 och 2009 i fasta priser. Ökningen med nästan 37 procent av kostnaderna för övriga insatser beror på att kommunernas kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser har flyttats från respektive verksamhetsform till denna post, som följd av en redovisningsförändring.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till personer som är 65 år och äldre har beräknats till drygt 73 miljarder kronor under 2009. Kostnaderna ökade mest inom primärvården och inom den somatiska specialistvården. Övrig hälso- och sjukvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen (det vill säga prissubvention av läkemedel) minskade under perioden 2005–2009 med 9 respektive 7 procent räknat i fasta priser. Med övrig hälso- och sjukvård avses ambulanstransporter, sociala verksamheter, folkhälsofrågor, FoU, verksamheter för personer med funktionsnedsättning och hjälpmedelsverksamheter.

Sammanfattningsvis har sedan 2002 kommunerna kraftigt dragit ned på det särskilda boendet, samtidigt som antalet personer som får hemtjänst har ökat. Med hänsyn till denna kraftiga neddragning kunde antalet timmar per person som får hemtjänst förväntas öka, men antalet beviljade timmar 2009 var så gott som oförändrat jämfört med 2002. Andelen äldre personer som får hemtjänst och som bor permanent i särskilt boende förändrats inte under perioden.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre har inte följt behovsutvecklingen mätt som det ökade antalet äldre i befolkningen. Ekonomiska resurser har flyttats från särskilt boende till stöd i ordinärt boende. Antalet årsarbeten inom vården och omsorgen om äldre som finansieras av kommunerna har varit i stort sett oförändrat. Antalet årsarbeten har inte följt ökningen av antalet äldre, trots att andelen äldre personer med nedsättningar i sitt funktionstillstånd har varit oförändrad.

Utvecklingen inom några kvalitetsområden

Kvalitet är de sammantagna egenskaper hos vården och omsorgen som tillgodoser äldres behov. Målen i lagstiftningen ger stöd för att precisera inom vilka områden som kvaliteten bör mätas. För hälso- och sjukvård och socialtjänst redovisas dessa kvalitetsområden i denna rapports inledning.

Kvalitetsredovisningar av vården och omsorgen om äldre bör dels innehålla beskrivningar av faktiska förhållanden, dels beskrivningar av hur äldre personer bedömer verksamheten. Faktiska förhållanden kan avse förutsättningar, processer eller resultat. När det gäller möjligheten att beskriva äldres egna bedömningar av verksamheten finns det en påtaglig begränsning, nämligen att cirka två av tre i särskilt boende har olika grader av kognitiva nedsättningar som gör det svårare eller omöjligt för dem att besvara enkäter [5].

Nedan redovisas först några generella uppgifter från Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattningar, för att därefter redovisa tillgängliga data som belyser ovanstående kvalitetsområden.

Tillgången till säkra och heltäckande data begränsar möjligheterna att beskriva förhållandena i kommunernas och landstingens vård och omsorg om äldre. De uppgifter som redovisas beskriver därför ibland läget vid en viss tidpunkt, och när utveckling över tid visas är tidsperioderna inte alltid lika.

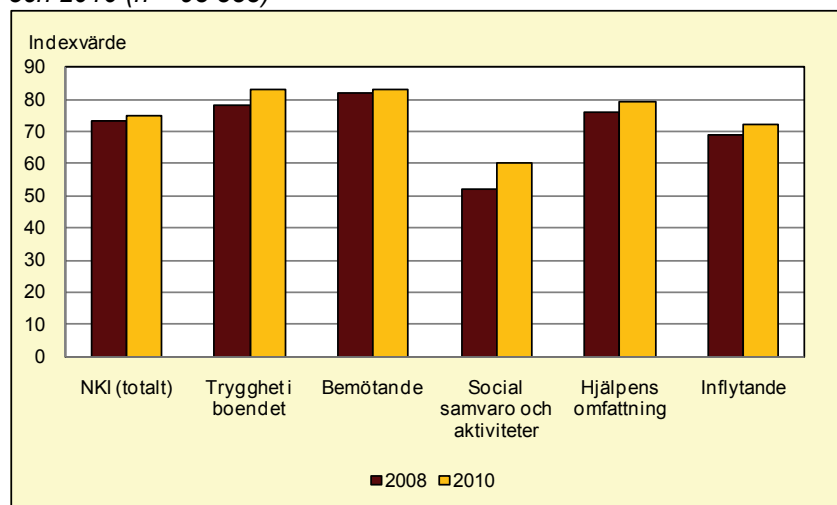
Äldre med sämre hälsa är mindre nöjda med hemtjänsten

Socialstyrelsen genomförde 2008 och 2010 en nationell undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i vård och omsorg som ges inom hemtjänsten och i det särskilda boendet, vilket ger vissa möjligheter till jämförelser över tid. Här redovisas enbart uppgifter om hemtjänst i ordinärt boende. Svarsfrekvensen i undersökningarna för personer som har hemtjänst var 70 procent. 74 procent av svaren lämnades av den äldre personen själv och resten är ifyllda av en anhörig eller av personal. Sammanräknat innebär detta att drygt hälften av de äldre som ombads delta i undersökningen själva har lämnat uppgifter.

Genomgående har små förändringar skett i äldres och närståendes uppfattningar om vården och omsorgen. Äldre personer som får hemtjänst är i stort sett nöjda med sin hemtjänst. Undersökningarna visar att äldre med god hälsa är mer nöjda med hjälpen än äldre med sämre hälsa. Särskilt höga omdömen ger äldre om hemtjänsten när det gäller trygghet i hemmet och bemötande. Minst nöjda är de med den sociala samvaron och aktiviteter, såsom utevistelser. Resultaten bör tolkas med stor försiktighet då endast drygt varannan äldre person som ingick i undersökningen själva besvarade enkäten.

Äldre personer som bor i befolkningsmässigt stora kommuner och som har stora omsorgsbehov ger ett mindre positivt omdöme än motsvarande grupp i mindre kommuner.

Figur 8:1. Äldres uppfattning om hemtjänsten*
 Nöjd kundindex (NKI) samt indexvärden för utvalda kvalitetsområden, åren 2008 och 2010 (n = 93 333)



* Undersökningen bygger på postenkäter till äldre personer med hemtjänst eller som bor i särskilt boende. Frågor har utgått från olika kvalitetsområden, till exempel bemötande. Svaren på frågorna redovisas som ett index från 1 till 10. Svaren på samtliga frågor inom ett kvalitetsområde vägs samman till ett index mellan 0 och 100
 Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen, 2010.

I den ovanstående figuren visas förändringarna mellan åren för nöjd kundindex (NKI) totalt samt för de kvalitetsområden där frågorna inte förändrades mellan åren. Förändringarna är relativt små. Jämfört med den första undersökningen, ger de äldre som deltog i 2010 års enkät något mer positiva omdömen om hemtjänsten beträffande trygghet i hemmet, information samt social samvaro och aktiviteter. Trots viss förbättring har fortfarande kvalitetsområdena information samt social samvaro och aktiviteter lägst värden [6].

Självbestämmande i socialtjänsten

Äldre personers möjligheter att påverka de vård- och omsorgsinsatser de får är ett centralt kvalitetsområde. Här beskrivs utvecklingen när det gäller äldres delaktighet i utformningen av genomförandeplan för insatserna i särskilt boende samt äldres egna uppfattningar om möjligheterna att påverka den hemtjänst de har.

Ökad delaktighet vid upprättandet av genomförandeplaner

Enligt 3 kap. 5 § SoL ska socialnämndens insatser för den enskilda personen utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan (SOSFS 2006:5, Allmänna råd under 6 kap. 1 §). Av dokumentationen bör det bland annat framgå på vilket sätt den enskilda personen har utövat inflytande över planeringen.

Tillsynserfarenheter visar att genomförandeplaner ibland upprättas utan att den enskilda personen eller dennas företrädare är delaktig och att det

ibland är personalen som gör dem. Många äldre vet inte om att de har en sådan plan [7].

Under fyra års tid har Äldreguiden redovisat andelen äldre som bor permanent i särskilt boende och som uppges ha varit delaktiga vid utformningen av genomförandeplan. Andelen boenden där alla äldre personer har en genomförandeplan, som de själva eller en företrädare för dem har varit delaktiga i att upprätta, ökade från drygt 40 procent år 2006 till 53 procent år 2009. Dessa uppgifter bygger på redovisningar från respektive särskilt boende.

Bristande möjlighet att påverka tidpunkt för hjälp

Äldre personer som får hemtjänst har tillfrågats om de är nöjda med sina möjligheter att påverka vid vilka tider hemtjänsten ges och hur personalen tar hänsyn till hemtjänstmottagarens åsikter och önskemål om hjälpen. Av nedanstående tabell framgår att en majoritet äldre tycker att de har inflytande över hemtjänsten. Medelvärde för möjligheten att påverka vid vilken tid hjälpen ges ligger på indexvärdet 7 för både 2008 och 2010 (skala 0–10). Bedömningen är något bättre när det gäller om personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. Skillnaderna i de äldres bedömning i olika kommuner är stora, särskilt ifråga om möjligheterna att påverka tiden för när hjälpen ska ges.

Tabell 8:8. Hemtjänstmottagares bedömning av sitt inflytande på hemtjänsten

Index per kommun, 1–10	Hur nöjd är du med dina möjligheter att påverka vid vilka tider du får hjälp?		Hur nöjd är du med hur personalen tar hänsyn till dina åsikter och önskemål?	
	2008	2010	2008	2010
Medel, kommunvärde	6,9	7,1	7,5	7,8
Lägst kommunvärde	5,5	5,7	6,1	6,6
Högst kommunvärde	8,7	8,4	8,9	8,9

Källa: Den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om hemtjänst och särskilt boende 2010, egen bearbetning.

God delaktighet i att utforma genomförandeplanen inom hemtjänsten kan förväntas ge en hög andel hemtjänstmottagare som anser sig ha inflytande över den hemtjänst de får. En sambandsanalys visar dock att något sådant samband inte finns. Skälet kan vara att genomförandeplanen inte uppfattas som en reell möjlighet att påverka insatsernas praktiska genomförande.

Sammanfattningsvis kan konstateras att allt fler äldre personer i särskilt boende, eller deras företrädare, är delaktiga i att upprätta genomförandeplaner. Trots det finns det skäl att ifrågasätta i vilken mån detta innebär att de äldre verkligen uppfattar att de i ökad utsträckning kan påverka hur stödet och hjälpen ges. De formella möjligheterna att påverka verkar inte ha någon inverkan på om de äldre uppfattar sig ha bättre faktiska möjligheter att påverka.

Det är ännu för tidigt att avgöra om införandet av valfrihetssystem har skapat bättre möjlighet för äldre personer att påverka hur beslutade insatser genomförs och om de uppfattar sig mer delaktiga. Socialstyrelsen arbetar med uppföljning av reformens effekter.

Kunskapsbaserad socialtjänst

Socialstyrelsen redovisar här uppgifter om dels personalens kompetens, dels läget när det gäller läkemedelsförskrivning och fallskador.

Större andel bland de anställda i särskilt boende har yrkesutbildning

En viktig förutsättning för att kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är att den bedrivs enligt vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. God tillgång till personal med yrkesutbildning är en nödvändig förutsättning för detta. Andelen omvårdnadspersonal på särskilda boenden i landet som har yrkesförberedande utbildning ökade mellan 2007 och 2009 från 76 till 80 procent, enligt uppgifter från Äldreguiden. Under samma period ökade andelen vård- och omsorgspersonal som har eftergymnasial utbildning från 17 till 20 procent. Dessa uppgifter avser både kommunalt och enskilt anställda [8].

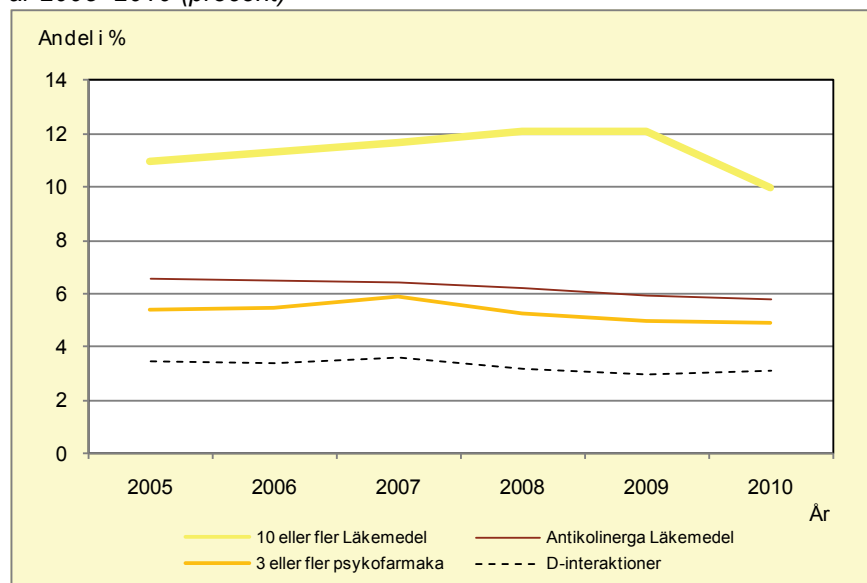
Vissa förbättringar i läkemedelsförskrivning till äldre

Förskrivningen av läkemedel till äldre har ökat påtagligt under de två senaste decennierna, från tre till i dag nära sex preparat per person. Särskilt utsatta är äldre som på grund av sviktande funktioner eller sjukdom också är mest känsliga för läkemedel. Dessa personer använder i dag i genomsnitt tio preparat per person.

Socialstyrelsen har under de senaste 15 åren belyst problemen med äldres läkemedelsanvändning. Sveriges Kommuner och Landsting och läkemedelskommittéerna har genomfört en rad projekt i syfte att förbättra kvaliteten på läkemedelbehandlingen för äldre. I juni 2010 publicerade Socialstyrelsen ”Indikatorer för en god läkemedelsterapi hos äldre”, en uppdatering av den första versionen som publicerades 2004 [9].

Vissa förbättringar av äldres läkemedelsbehandling har skett under de senaste åren. Förskrivningen av psykofarmaka, med undantag för antidepressiva medel, minskade mellan åren 2005 och 2010 (figur 8:4). En viss minskning noteras också under denna period för antikolinerga läkemedel, samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka samt förekomsten av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner. Andelen äldre som har tio eller fler läkemedel förskrivna ökade något fram till 2008 och var oförändrad 2008–2009. Därefter ser det ut att ha inträffat ett trendbrott, med en lägre användning 2010. Detta bör dock tolkas med försiktighet och behöver bekräftas med ytterligare mätningar. Bland annat går det inte utesluta att en orsak till den lägre siffran kan vara att den aktuella mätningen 2010 gjordes vid en tidigare tidpunkt på året (30 september i stället för 31 december).

Figur 8:4. Förskrivning av läkemedel till personer som är 80 år och äldre, år 2005–2010 (procent)



Fyra kvalitetsindikatorer: 10 eller fler läkemedel, 3 eller fler psykofarmaka, läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner och antikolinerga läkemedel

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

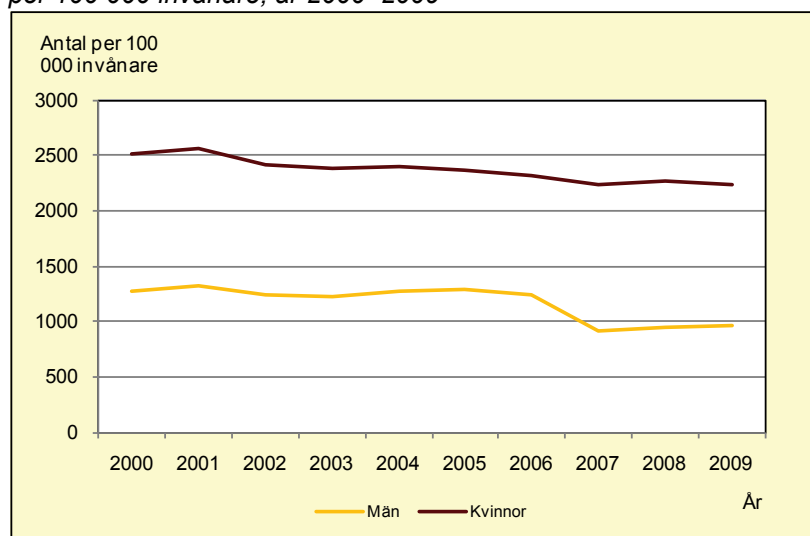
Under 2010 genomförde Socialstyrelsen en kvalitativ undersökning för att klarlägga vad som, från läkarnas perspektiv, utgör möjligheter och hinder för att upprätthålla en god kvalitet i äldres läkemedelsbehandling och hur de anser att kvalitetsarbete ska organiseras för att vara effektivt och varaktigt. Preliminära resultat från undersökningen visar bland annat att brister i kontinuitet i läkarkontakten bidrar till problem med läkemedelshanteringen. Det kan till exempel handla om att patienten går till olika läkare eller behandlas av olika vårdinstanser. Inhyrda läkare påtalas också som ett problem eftersom de inte hinner sätta sig in i patienternas sjukdomsbild och medicinska historia.

Löpande uppföljningar, utvärderingar och dokumentation är mycket viktigt för att säkra en god läkemedelshantering hos äldre. Vårdcentralerna saknar dock ofta fastställda rutiner för att garantera att äldre patienter har en lista över aktuella läkemedel. Sjukhus förskriver dessutom ofta läkemedel utan någon plan på hur en uppföljning ska gå till. Information om denna föreskrivning kommer också ofta för sent till primärvården för att primärvården ska kunna beakta den vid en initial bedömning och vårdplanering.

Fall drabbar många äldre

Fall är en av de vanligaste olyckstyperna och drabbar i synnerhet äldre personer hårt, både när det gäller hur många som faller och vilka konsekvenser fallet får i form av skador. Under 2009 föll totalt 4 798 äldre män och 13 058 äldre kvinnor minst en gång så pass illa att skadorna krävde sjukhusvård. Risken för äldre personer att falla har, som framgår av figur 8:5, minskat något under 2000-talet, dock inte under de senaste tre åren.

Figur 8:5. Antal personer, 65 år och äldre, som behövde sjukhusvård efter fall, per 100 000 invånare, år 2000–2009



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

En sambearbetning av statistik för 2008 från Socialstyrelsens socialtjänstregister och patientregister visar att cirka 13 procent av männen och 15 procent av kvinnorna som är 80 år eller äldre, och som föll så pass illa att skadorna krävde sjukhusvård var bosatta i ett permanent särskilt boende. Många fallskador inträffar även då personer vårdas i slutenvården eller bland äldre personer med hemtjänst, men någon tillförlitlig statistik över antalet fallskador inom dessa kategorier finns inte.

Statens folkhälsoinstitut har beräknat de direkta kostnaderna för fallskador bland personer som är 65 år eller äldre till 4,8 miljarder kronor under 2006 [10]. Cirka 95 procent av kostnaderna avsåg skador som krävde slutenvård, 4 procent avsåg skador som krävde någon annan form av vård och 1 procent var kostnader för dödsfall. Med utgångspunkt i dessa uppgifter har Socialstyrelsen beräknat kostnaderna för fallskador som kräver slutenvård bland personer som är 80 år eller äldre till 1,9 miljarder kronor. Övervägande delen av dessa kostnader, 1,6 miljarder kronor, gäller fallskador hos personer som bor i ordinärt boende, med eller utan stöd.

Risken för fall ökar vid bristfällig läkemedelsanvändning – dock inte i särskilt boende

En vetenskaplig studie visar att risken för fallskador är fördubblad bland personer som är 65 år och äldre och som använder psykofarmaka [11]. Egna bearbetningar av uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister, patientregister och socialtjänstregister visar även att äldre (utan hänsyn till boendeform eller samtidig socialtjänstinsats) som använder tre eller fler psykofarmakapreparat, alternativt fler än tio läkemedel eller antikolinerga läkemedel är något överrepresenterade bland äldre personer som drabbats av fallskada. Detta framgår även av nedanstående tabell.

Tabell 8:7. Brister i läkemedelsförskrivning bland äldre personer som drabbades av fallskador samt i hela befolkningen, 80 år och äldre, 2008

Kvalitetsindikator	Äldre som drabbades av fallskada (%)	Hela befolkningen, 80 år och äldre (%)
10 eller fler läkemedel	15,5	12,1
Antikolinerga läkemedel	7,3	5,9
3 eller fler psykofarmaka	7,2	5,0
D-interaktioner	3,3	3,0

Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

Personer med hög användning av psykofarmaka har en statistiskt säkerställd förhöjd risk om 10 procent att drabbas av fallskada jämfört med andra personer i särskilt boende. Det visar en analys av fall och läkemedelsanvändning bland personer som är 80 år och äldre och som bodde i särskilt boende 2008. Äldre i särskilt boende med andra brister i läkemedelsanvändningen, enligt kvalitetsindikatorerna, har dock inte någon förhöjd fallrisk. Samma mönster framkommer vid studier av förekomsten av frakturer. Äldre personer i permanent särskilt boende som samtidigt förskrivs tre eller fler psykofarmaka har en överrisk för fraktur på cirka 20 procent.

Den tidigare visade överrepresentationen av äldre som har förskrivits olämpliga läkemedel och som har drabbas av fallskador finns därför sannolikt huvudsakligen bland äldre i ordinärt boende. Resultaten motsäger inte att äldre i särskilt boende löper större risk för fall som leder till sjukhusvård, men dessa fall tycks i mindre utsträckning bero på felaktig läkemedelsanvändning.

Sammanfattningsvis anser Socialstyrelsen att förutsättningarna för att bedriva en kunskapsbaserad vård och omsorg har ökat genom att fler i personalen har eftergymnasial yrkesutbildning och att fler vårdbiträden och undersköterskor har yrkesförberedande utbildning. Det är angeläget att denna utveckling förstärks så att all personal är yrkesutbildade i sitt arbete. Fler med eftergymnasial utbildning behövs för att skapa bättre stöd för kunskapsöverföring och utveckling av verksamheten. Både ifråga om ändamålsenlig läkemedelsanvändning och fall finns omfattande kunskap och erfarenhet. Den positiva utvecklingen när det gäller allvarliga fallskador åtföljs inte av några kraftfulla förbättringar av läkemedelsförskrivningen. Det är uppenbart att ytterligare åtgärder krävs för att få till stånd en optimal och effektiv läkemedelsanvändning bland äldre. Socialstyrelsen förbereder därför en sådan satsning.

Analyserna i detta avsnitt indikerar att bristfällig läkemedelsanvändning bland personer i särskilt boende inte tycks leda till förhöjd fallrisk i samma utsträckning som för äldre i allmänhet. Detta samband verkar alltså främst gälla äldre personer som bor i ordinärt boende. Eftersom merparten av samhällskostnaderna för fall bland äldre gäller personer som bor i ordinärt boende framstår det som angeläget att få till stånd en bättre uppföljning av ordinerade läkemedel för denna grupp. Det är också angeläget att uppmärksamma behovet av att anpassa den fysiska miljön till äldre personers funktionstillstånd och att utveckla de förebyggande hembesöken.

Tillgänglig socialtjänst

Vården och omsorgen bör vara tillgänglig och fördelas efter behov. Socialtjänstens insatser ska bidra till jämlika levnadsvillkor. Socialstyrelsen har under flera år rapporterat om brister i dessa avseenden, såväl för äldreomsorgen som för hälso- och sjukvården [12,13,14]. Bristerna har gällt de stora skillnaderna mellan kommunerna i andelen äldre personer som får insatser från äldreomsorgen, men också minskningen av antalet platser i särskilt boende i vissa kommuner. Vidare har myndigheten uppmärksammat en bristande anpassning till äldres behov beroende på kön, etnicitet och sexuell läggning, och att kommuner och enskilda utförare inte alltid utför beviljade insatser.

Stora skillnader i väntetider för plats i särskilt boende

Bristande tillgång till särskilt boende kan leda till att äldre som ansöker om ett sådant boende får vänta länge på att flytta in. För 36 kommuner finns uppgifter om de genomsnittliga väntetiderna vid flytt till ett särskilt boende för åren 2007 och 2010. De visar tiden från *ansökan* om särskilt boende fram till dess att den äldre personen *erbjöds* en plats. Ett erbjudande innebär inte nödvändigtvis att inflyttning sker samtidigt. Om den enskilda personen inte godtar just den bostad som han eller hon erbjuds kan väntetiden förlängas ytterligare. Även i de fall den äldre godtar erbjudandet krävs vanligtvis ytterligare tid för att praktiskt genomföra flytten.

Den genomsnittliga väntetiden till särskilt boende var i mediankommunen nästan 50 dagar 2007 och 48 dagar 2010. År 2010 fanns det en stor variation i väntetiden mellan kommunerna, från ett omedelbart erbjudande till 159 dagar. Motsvarande uppgift för 2007 var 11 respektive 102 dagar [15]. Skillnaderna mellan kommunerna ökade alltså mellan åren. Väntetiderna till särskilt boende visar inget samband med andelen äldre personer som bor i permanent särskilt boende eller med hur stor andel av vården och omsorgen om äldre i respektive kommun som är permanent särskilt boende.

Åtta av tio är nöjda med hemtjänstens omfattning

En annan aspekt av tillgänglighet är att insatserna till sin omfattning motsvarar den äldre personens önskemål och behov. I den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om hemtjänst och särskilt boende finns två frågor som belyser detta för personer som har hemtjänst.

Tabell 8:5. Äldres uppfattning om hemtjänstens omfattning, år 2008 och 2010, indexvärden, skala 1–10

	Hur nöjd är du med omfattning- en av den hjälp du är beviljad?		Hur nöjd är du med hur väl den beviljade hjälpen motsva- rar dina behov?	
	2008	2010	2008	2010
Högsta kommunvärde	9,1	9,3	9,2	9,3
Medel kommunvärde	7,9	8,2	7,8	8,0
Lägsta kommunvärde	6,6	6,4	6,5	6,2

Källa: Den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om hemtjänst och särskilt boende 2010, egen bearbetning.

Den genomsnittliga bedömningen av hjälpens omfattning bland äldre hemtjänstmottagare i landets kommuner var i stort sett oförändrad mellan 2008–2010 (tabell 8:5). En liten ökning i skillnaderna mellan högsta och lägsta indexvärdet bland de olika kommunerna finns dock, liksom en tendens till växande skillnader mellan kommunerna.

Låga omdömen om hjälpens omfattning var nästan dubbelt så vanliga bland äldre med stora hjälpbehov i stora kommuner jämfört med samma grupp i små kommuner (med mindre än 15 000 invånare). I gruppen stora kommuner ingår de tre storstadskommunerna: Stockholm, Göteborg och Malmö.

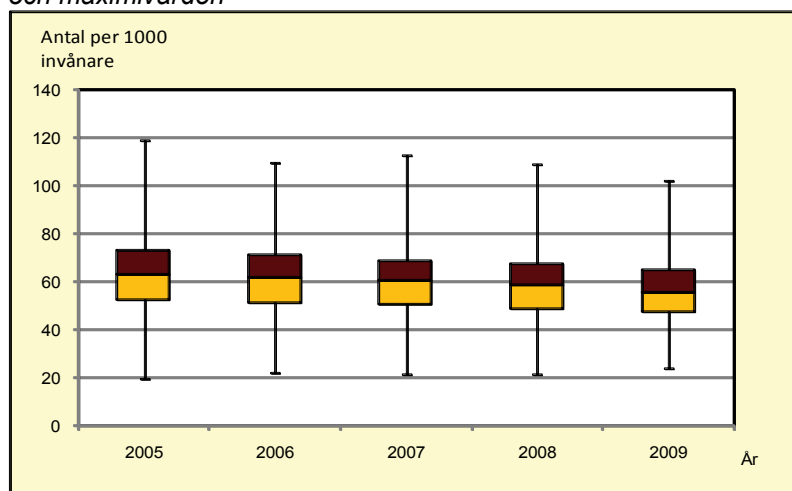
För personer som uppger sig ha ett mycket gott hälsotillstånd är det sammanvägda indexvärdet för hjälpens omfattning 87 och för dem som uppger ett mycket dåligt hälsotillstånd endast 64 (index 0–100).

Minskade skillnader mellan kommunerna

En likvärdig tillgång till insatser, oberoende av i vilken kommun den äldre personen bor, är en viktig utgångspunkt i vården och omsorgen om äldre. Olika förutsättningar och behov i den äldre befolkningen kan dock motivera att en varierad andel äldre personer får hemtjänst och särskilt boende. Dessa skillnader beror i första hand på andelen äldre som är ensamboende och deras funktionstillstånd [16]. Dessa förhållanden förändras långsamt i befolkningen, varför en jämförelse av spridningen av andelen som får insatser under en relativt kort tidsperiod visar hur tillgängligheten utvecklas.

Skillnaderna mellan de olika kommunerna minskade under perioden 2002–2009 när det gäller hur stor andel äldre personer som bor permanent i särskilt boende (figur 8:2).

Figur 8:2. Antal per 1 000 invånare, 65 år och äldre, som bor permanent i särskilt boende, per kommun, år 2005–2009, median 1:a och 3:e kvartilen, samt minimi- och maximivärden*



*Medianen är mittvärdet i en ordnad sifferserie. 1:a kvartilen är det 25:e kommunvärdet och 3:e kvartilen är det 75:e kommunvärdet i en rangordning av kommunernas andel av de äldre som bor i särskilt boende.

Källa: Socialstyrelsens officiella statistik, egen bearbetning.

I den kommun som hade lägst andel personer som är 65 år och äldre och bor i permanent särskilt boende var andelen 3,4 procent år 2002. I kommunen med högst andel bodde 14,6 procent i permanent särskilt boende. År 2009 var motsvarande värden 2,4 procent och 10,2 procent. Under samma period minskade den totala andelen personer som är 65 år och äldre som bodde permanent i särskilt boende från 7,5 procent till 5,7 procent (se tabell 8:1).

Sammanfattningsvis är Socialstyrelsens bedömning att en god tillgång till hemtjänst som motsvarar äldres behov är nödvändig för att erbjuda alternativ till det särskilda boendet. Även om flertalet äldre personer med hemtjänst är nöjda med omfattningen av hjälpen bör det noteras att äldre personer i storstäderna är betydligt mindre nöjda. Skälet till detta kan vara både högre förväntningar relaterade till högre genomsnittlig utbildningsnivå och att verksamheten inte har tillräcklig omfattning.

De äldre personer som uppger dålig hälsa är också i betydligt mindre utsträckning nöjda med hemtjänstens omfattning. Bortfallet i undersökningen är erfarenhetsmässigt större bland äldre med stor nedsättning av hälsotillståndet och som därmed även har stora behov av hjälp. Uppgifterna visar att det finns skäl att ifrågasätta om personer med stora hjälpbehov, för vilka alternativet är särskilt boende, har hemtjänst i tillräcklig omfattning i hela landet. Detta understryks av att antalet beviljade hemtjänststimmar per person inte har ökat trots att antalet platser i särskilt boende har minskat kraftigt.

Väntetiderna till särskilt boende varierar stort och är i flera kommuner oskäligt långa. Materialet är litet och måttet visar inte tillgänglighet från ansökan till inflyttning. Materialet tyder ändå på att det i flera kommuner inte finns tillräckligt många platser i särskilt boende för att motsvara de äldres behov, vilket leder till oacceptabla väntetider.

Minskade skillnader över tid mellan kommunerna i andelen äldre personer som får särskilt boende visar att utvecklingen går mot en mer likvärdig vård och omsorg om äldre, i alla fall ifråga om möjligheten att få dessa insatser.

Rättssäker socialtjänst

Vård och omsorg ska bedrivas i enlighet med gällande regelverk och främja äldres trygghet och säkerhet.

I juni 2010 upphörde Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård att gälla. Samtidigt upphörde även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad att gälla. Information i samband med upphävandet har tydliggjort att insatser enligt SoL och HSL bygger på frivillighet och samtycke.

Socialstyrelsen har sedan beslutet om att upphäva föreskrifterna tagit emot ett stort antal frågor och på olika sätt väglett de berörda parterna. Under hösten 2010 fick Socialstyrelsen rapporter om att flera kommuner och enskilda utförare har börjat diskutera rättssäkerhet och utformning av vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Frågor som tas upp rör bemanning, kompetens, arbetsmetoder och lokaler och inte bara de upphävda föreskrifterna.

Sex av tio demensboenden låser in äldre demenssjuka

Det saknas uppgifter om hur användningen av tvångsåtgärder och inlåsning inom vården och omsorgen om äldre har utvecklats över tid. Däremot finns iakttagelser från länsstyrelsernas tillsyn av särskilda boenden för personer med demenssjukdom under åren 2008 och 2009. Dessa iakttagelser visar att personal regelmässigt låser dörrar till enheter och avdelningar där personer med demenssjukdom bor eller att det finns kodlås som inte kan öppnas av de boende. Det förekommer även att personal låser dörren till den enskilda personens rum och att äldre hålls fastspända i stolar [7].

Vid en systematiskt genomförd tillsyn vid 94 särskilda boenden för personer med demenssjukdom i 48 kommuner granskade Socialstyrelsen bemanning och inlåsning nattetid. Tillsynen genomfördes under hösten 2010. Kommunerna och boendena valdes ut genom ett slumpmässigt urval. Tillsynen visade att det vid drygt 60 procent av de inspekterade boendena förekom att personalen låste de boendes lägenhetsdörrar eller enhetsdörrarna och lämnade enheten obemannad.

Preliminära analyser av de uppgifter som framkom vid denna tillsyn visar att personaltätheten på de boenden där tillsynen genomfördes i stort sett är densamma som den genomsnittliga personaltätheten för särskilda boenden, exklusive serviceboenden. Det finns inte heller några statistiskt säkerställda skillnader i personaltäthet mellan de boenden som bedöms ha brister i nattbemanningen och som låser de boendes dörrar och de som bedöms ha tillräcklig bemanning nattetid. Dessa analyser bygger på en sambearbetning av uppgifter från Äldreguiden och iakttagelser i natttillsynen. Med personaltät-

het avses här det totala antalet årsarbeten bland den vård- och omsorgspersonal som finns på arbetsschemat för enheten i förhållande till antalet boende, i oktober 2009.

Tidigare studier [17] visar att nattbemanningen i särskilda boenden för äldre genomsnittligt är låg. Jämfört med arbetsvolymen under dagtid utgör den cirka en sjundedel. De skillnader mellan boenden som har framkommit i genomförd tillsyn när det gäller tillgången på personal nattetid beror sannolikt på hur personalresurserna fördelats mellan dag, kväll och natt vid de särskilda boendena. En annan möjlig orsak till att inga samband funnits kan också vara skillnaden i tidpunkt för mätningen i Äldreguiden och tillsynen.

Biståndshandläggning följer inte alltid gällande regelverk

I sin redovisning av tillsynens resultat för 2008 och 2009 uppmärksammade länsstyrelserna en rad brister i kommunernas praxis i biståndsbedömning och biståndsbeslut. Det gäller bland annat följande:

- Lokala riktlinjer och kommunens utbud av insatser styr biståndsbesluten i stället för individens behov och gällande nationellt regelverk.
- Informationen till enskilda personer om deras rättigheter är bristfällig och ansökan om insatser förhandlas bort under handläggningen.
- Vid ansökan om särskilt boende sker endast en generell prövning om inflyttning, även om den enskilda personen har sökt ett specifikt boende.
- Beslut fattas inte om vilka insatser den enskilda personen har beviljats i särskilt boende.
- Det är många gånger oklart vem som företräder den enskilda personen vid ansökan om bistånd.
- Äldre flyttas mellan särskilda boenden eller inom dessa utan information och samråd med vare sig den enskilda personen eller med legala företrädare.
- Gynnande beslut om insatser återkallas, trots att behovet av beviljad insats kvarstår.
- Rambeslut om insats fattas, utan uppgift om insatsens art eller omfattning [7].

Erfarenheter från Socialstyrelsens tillsyn under 2010 visar att de här redovisade bristerna kvarstår.

Riskbedömningar genomförs inte regelmässigt

Risikförebyggande arbete är viktigt för att främja säker vård och omsorg om äldre. I Äldreguiden redovisas i år för första gången uppgifter om förekomsten av riskbedömningar bland personer som bor permanent i särskilt boende. Det gäller riskbedömning av fall, trycksår och undernäring.

Resultaten visar att samtliga äldre personer vid cirka en tredjedel av landets särskilda boenden hade en aktuell riskbedömning för fall och undernäring, medan motsvarande andel för trycksår var drygt 20 procent. De stimulansbidrag som staten lämnar till kommuner och landsting för utveckling av

kvaliteten i vården och omsorgen om äldre har gått till arbete inom området mat och nutrition, däremot inte till arbete med att begränsa förekomsten av trycksår. Fallolyckor har under senare år fått större uppmärksamhet än trycksår.

Åtta av tio är trygga med sin hemtjänst

Vården och omsorgen ska utformas så att den bidrar till att äldre personer känner sig trygga. I den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om kvaliteten i hemtjänsten finns uppgifter som belyser trygghet, men flera frågor ändrades mellan 2008 och 2010 års undersökningar, varför jämförelser inte är möjliga fullt ut.

I 2010 års undersökning var indexvärdet 8,6 av 10 på frågan om de äldre litar på personalen. Värdet på frågan om hur väl personalen känner till vilken hjälp hon eller han behöver var 8,0.

I båda undersökningarna ställdes frågan om hur tryggt det känns att bo kvar hemma med stöd från hemtjänsten. År 2008 var indexvärdet 78 och år 2010 var det 83 (index kan vara 0–100). Skillnaden mellan åren är inte statistiskt säkerställd. Trygghet var dock, förutom bemötande, det kvalitetsområde som fick högst värde i undersökningen.

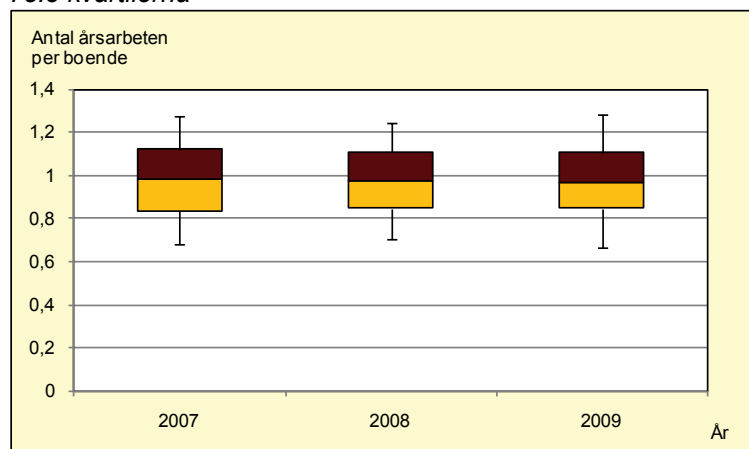
Undersökningarna efterfrågade även i vilken mån personer som har hemtjänst är nöjda med möjligheterna att vid behov få kontakt med personalen. År 2008 var indexvärdet för denna enskilda fråga 7,6 jämfört med 8,0 år 2010. Variationen mellan kommunerna är stor: år 2010 var det högsta värdet för en enskild kommun 9,4 och det lägsta värdet 6,3.

Oförändrad personaltäthet i särskilt boende

I Äldreguiden redovisades jämförbara uppgifter om personaltäthet för permanenta särskilda boenden under 2008–2010. Uppgifterna visar hur många årsarbeten bland vård- och omsorgspersonal det fanns per äldre person vid särskilda boenden, såväl kommunala som enskilt drivna. Personaltäthet kan beskrivas på olika sätt. Här ingår all vård- och omsorgspersonal, inklusive enhetschef, som inte är långtidsfrånvarande. Även timanställda som kan ersätta korttidsfrånvarande räknas med.

Personaltätheten var i stort oförändrad mellan åren 2007 och 2009 (figur 8:3). Medianvärdet minskade från 0,98 årsarbeten per boende till 0,96, vilket är en minskning med 2 procent. År 2010 låg 25:e kvartilen på 0,85 i personaltäthet och 75:e kvartilen på 1,11, vilket är en skillnad på drygt 30 procent.

Diagram 8:3. Personaltäthet i särskilt boende för äldre i kommuner och enskilda utförare, åren 2006–2009, antal årsarbeten per boende, median samt 25:e och 75:e kvartilerna



Källa: Äldreguiden, egen bearbetning.

Stora skillnader i tillgången på läkare i särskilt boende

Tillgången på läkare för personer som bor i särskilt boende har under lång tid bedömts som bristfällig. Under de två senaste åren har Äldreguiden presenterat uppgifter om omfattningen av läkarmedverkan i särskilt boende per kommun. I läkarmedverkan ingår den läkartid som är relaterad till de äldre, men inte tid för utbildning eller konsultation till personal. En jämförelse mellan 2008 och 2009 visar inga större förändringar i medianvärdet, som ligger på 5 minuter per boende och vecka. Variationerna mellan kommunerna sträcker sig från 3,5 minuter till 7 minuter per boende och vecka.

Socialstyrelsen har inte funnit några samband mellan omfattningen av läkarmedverkan i särskilt boende eller antalet årsarbetande sjuksköterskor per äldre person och förekomsten av bristfällig läkemedelsförskrivning. Bristande läkemedelsförskrivning har mätts utifrån andelen äldre personer med tio eller fler läkemedel, tre eller fler psykofarmaka, läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner (olämpliga läkemedelskombinationer) och förskrivning av antikolinerga läkemedel.

Stora skillnader i personkontinuitet

Många äldre anser att god personkontinuitet främjar tryggheten. Flera studier har visat att äldre, i synnerhet de med omfattande hjälpbehov, möter onödigt många i personalen. Vid en jämförelse med omsorgen om personer med funktionsnedsättning har äldreomsorgen också varit mindre framgångsrik i att skapa god personkontinuitet [17].

För hemtjänsten finns uppgifter om personkontinuitet i 78 kommuner för åren 2007 och 2010. Kontinuiteten mättes under en tvåveckorsperiod för personer som har två eller fler insatser per dag. Insatserna avser omsorg som ges mellan klockan 7.00 och 22.00, det vill säga inte nattinsatser. Hemsjukvård ingår inte heller.

I mediankommunen möter en hemtjänstmottagare med den nämnda omfattningen av insatserna cirka 12 vårdbiträden eller undersköterskor under

två veckor (tabell 8:6). Förutom detta tillkommer personal som ger insatser under natten och eventuella hemsjukvårdsinsatser. Någon systematisk förändring under åren skedde inte i de studerade kommunerna. Anmärkningsvärt är de stora skillnaderna mellan kommunerna, från 4 till 19 personer som möter den äldre person som får hemtjänst. Det innebär nästan fem gånger fler personer i den kommun som har flest jämfört med den som har minst.

Tabell 8:6. Personkontinuitet i hemtjänsten, median per kommun, år 2007 och 2010 (n = 78.)

	År 2007			År 2010		
	Minimi-värde	Median	Maximi-värde	Minimi-värde	Median	Maximi-värde
Antal personal som hemtjänstmottagare möter under två veckor	7	12	20	4	12	19

Källa: Kommundatabasen.

Det bör framhållas att kommunerna inte är slumpmässigt valda, utan att de själva har valt att mäta och rapportera om sin personkontinuitet.

Otillräcklig bemanning på många särskilda boenden

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att bemanningen vid många särskilda boenden med inriktning mot personer med demenssjukdomar inte är tillräcklig för att tillgodose de äldres behov av trygghet och säkerhet nat-tetid. Personalen måste kunna hålla uppsikt över och finnas lätt tillgänglig för de äldre. Socialstyrelsen anser att det bör finnas en lag som reglerar an-vändningen av inläsning och tvångsåtgärder inom vård och omsorg om per-soner med demenssjukdom.

De brister som rör biståndsbedömning och biståndsbeslut, som länsstyrel-serna redovisar från sin tillsyn, måste åtgärdas. Följsamheten till gällande regelverk måste förbättras och äldres rättssäkerhet stärkas. Gällande lag-stiftning måste tillämpas vid handläggning och genomförande av beslut en-ligt SoL.

Hemtjänsten bedöms ha relativt god förmåga att bidra till äldre personers upplevelse av trygghet. Men det kan ifrågasättas om verksamheten i alla kommuner förmår ge personer med dålig hälsa och omfattande hjälpbehov tillräcklig trygghet i hemmet.

Om utökad läkarmedverkan bidrar till ökad trygghet bland äldre personer i särskilt boende och om kvaliteten i läkemedelsförskrivningen förbättras verkar inte självklart. Viktigare än omfattningen av läkarmedverkan är san-nolikt på vilket sätt läkaren arbetar. Även en rad andra förhållanden i läke-medelshanteringen påverkar utfallet, såsom sättet att iordningsställa och administrera läkemedlen [12].

Personkontinuiteten i hemtjänsten varierar mycket kraftigt mellan kom-munerna, vilket även tidigare studier visar. Någon förbättring över tid har inte skett de senaste åren i de kommuner där upprepade mätningar har gjorts. Uppgifterna visar att det finns betydande förbättringsmöjligheter inom detta område.

Socialstyrelsens samlade bedömning är att nuvarande personalbemanning nattetid i särskilt boende för personer med demenssjukdom inte är tillräcklig för att garantera alla äldre en skälig levnadsnivå.

Övrig individ- och familjeomsorg

I detta kapitel redogörs för utvecklingen och tillståndet inom följande områden:

- ekonomiskt bistånd
- hemlöshet och exkludering från bostadsmarknaden
- våld och sexhandel.

Avsnitten redogör framförallt för utveckling av antalet insatser och kostnader, men även för effekter av statsbidrag och liknande. Måluppfyllelsen av kvalitetsområden berörs i mindre utsträckning.

Ekonomiskt bistånd

Sammanfattande iakttagelser

- År 2009 mottog 422 320 personer (inklusive barn) ekonomiskt bistånd, vilket motsvarar 4,5 procent av befolkningen. Antalet ökade med 10 procent jämfört med året innan. Ungefär hälften av dem som fick ekonomiskt bistånd var utrikes födda (18 år och äldre, inklusive flyktingar).
- Antalet personer (18 år och äldre) med ekonomiskt bistånd under minst 10 månader per år, det vill säga ett långvarigt biståndsmottagande, ökade med cirka 12 000 eller 13 procent mellan 2008 och 2009. Det långvariga biståndsmottagandet stod för 63 procent av de totala kostnaderna för ekonomiskt bistånd 2009.
- Bland unga (18–24 år) fick 9 procent ekonomiskt bistånd och den höga andelen känns igen även från tidigare år. Drygt 21 700 av dessa ungdomar hade ett långvarigt ekonomiskt bistånd, vilket motsvarar 21 procent av samtliga biståndsmottagare. 5 000 personer räknas i statistiken fortfarande som flyktingar, men utöver dem fanns också cirka 7 000 utrikes födda och 9 000 inrikes födda. Det är en mycket angelägen fråga att skaffa mer kunskap om dessa ungdomar och hitta strategier för att förhindra ett fortsatt långvarigt biståndsmottagande och hjälpa dem att bli självförsörjande.
- Statistik från Stockholms stad visar att allt fler har försörjningsproblem på grund av sjukdom och ohälsa och andelen har ökat från cirka 16 procent år 2003 till cirka 23 procent i september år 2010. Siffrorna från Stockholm tyder på att allt fler sjuka som hamnar utanför sjukförsäkringen ansöker om ekonomiskt bistånd för att klara sin försörjning.

När det gäller ekonomiskt bistånd ska socialtjänsten i första hand bidra till att hitta långsiktiga lösningar på människors försörjningsproblem [1]. Huvuduppgiften eller målet är med andra ord att hjälpa enskilda personer så att

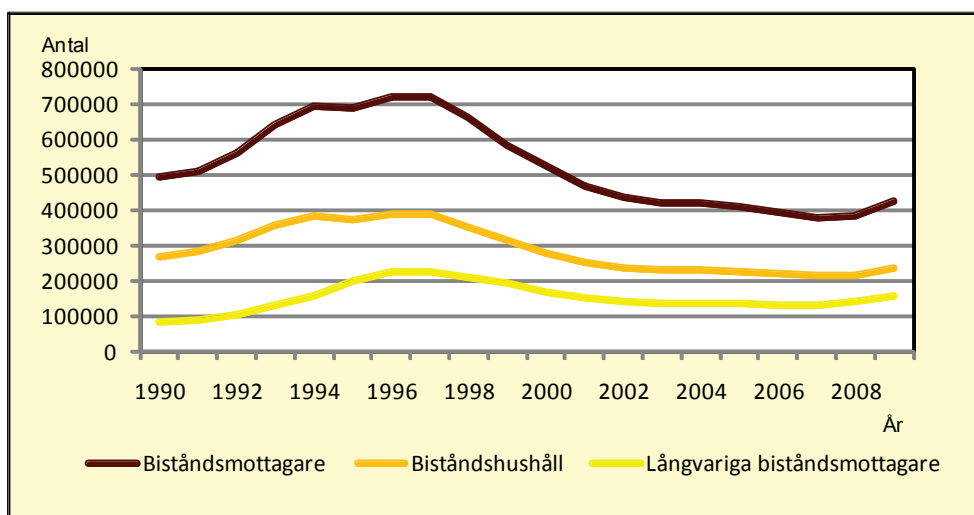
de kan klara sig utan bistånd, det vill säga ge dem hjälp att bli självförsörjande. Under tiden har de, under vissa förutsättningar och efter en individuell behovsbedömning, dock rätt till ekonomiskt bistånd, det vill säga hjälp med försörjningen.

Behov av ekonomiskt bistånd beror i huvudsak på strukturella faktorer

Det finns både strukturella och individuella orsaker till att människor behöver ekonomiskt bistånd. Individuella orsaker är bland annat fysisk och psykisk ohälsa, låg utbildning, etnisk bakgrund och kort vistelsetid i Sverige. Strukturella faktorer är till exempel trygghetssystemens utformning, befolkningsförändringar samt inkomst- och kostnadsutvecklingen. Några av de viktigaste faktorerna är konjunkturläget och situationen på arbetsmarknaden. När arbetslösheten stiger ökar också behovet av ekonomiskt bistånd. De flesta som behöver ekonomiskt bistånd är arbetslösa och har inte rätt till någon arbetslöshetsersättning.

Efter krisen på 1990-talet sjönk biståndsmottagandet kraftigt i samband med att konjunkturen steg och läget på arbetsmarknaden förbättrades. Biståndsmottagandet fortsatte att minska fram till och med 2007 då biståndsmottagarna och biståndshushållen var färre än i början av 1990-talet. Det långvariga biståndsmottagandet (minst 10 månader per kalenderår) minskade dock betydligt långsammare än biståndsmottagandet totalt och under de senaste åren har det långvariga biståndsmottagandet ökat igen. Som lägst var antalet långvariga biståndsmottagare år 1990. Figur 9:1 visar variationerna i biståndsmottagandet sedan 1990.

Figur 9:1 Antal biståndsmottagare, biståndshushåll och långvariga biståndsmottagare, 1990–2009



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Den internationella finanskrisen 2008 ledde till ett sämre arbetsmarknadsläge och ökad arbetslöshet och från och med samma år ökade också biståndsmottagandet. Under våren 2010 förbättrades dock situationen på arbetsmarknaden. Sysselsättningen började stiga och antalet lediga platser på Ar-

betsförmedlingen ökade. Mellan februari och oktober 2010 sjönk också arbetslösheten från 9,5 procent till 8,3 procent av arbetskraften [2]. Hur mycket den minskade arbetslösheten kommer att påverka biståndsmottagandet är än så länge oklart.

Det är inte heller klarlagt i vilken utsträckning biståndsmottagandet har påverkats av de senaste årens regelförändringar inom till exempel sjukförsäkringen eftersom det saknas rikstäckande statistik på området. Sedan flera år tillbaka för dock Utrednings- och statistikkontoret (USK) i Stockholm statistik över bland annat sjukdomsrelaterade orsaker som är orsaker till att människor behöver ekonomiskt bistånd. Från och med 2007 infördes försörjningshindret ”Indragen ersättning/utförsäkrad FK – första ansökan” i Stockholm.¹¹ Under 2009 var det i genomsnitt 20 personer per månad som fick ekonomiskt bistånd för att de hade blivit utförsäkrade eller fått sin sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning indragen [3]. Mellan januari och september 2010 ökade genomsnittssiffran till 33 personer per månad. Sammantaget visar statistiken från USK en ökning av andelen personer som har försörjningsproblem på grund av någon sjukdom eller annan ohälsa som är styrkt med läkarintyg. Andelen har ökat, från cirka 16 procent år 2003 till cirka 23 procent i september år 2010. Siffrorna från Stockholm tyder med andra ord på att allt fler sjuka som hamnar utanför sjukförsäkringen ansöker om ekonomiskt bistånd för att klara sin försörjning.

Biståndsmottagandet fortsatte att öka under 2009

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd påverkas av en mängd faktorer, bland annat antalet biståndshushåll, storleken på dem, biståndsbeloppens storlek och hur länge biståndet betalas ut.

År 2009 fick 422 320 personer (inklusive barn under 18 år) ekonomiskt bistånd¹² någon gång under året, vilket utgjorde 4,5 procent av befolkningen [4]. Jämfört med året innan var det en ökning med 10 procent. Biståndshushållen var 237 307 stycken, vilket var en ökning med drygt 22 000 (10 procent) sedan 2008. Antalet motsvarar 5,8 procent av samtliga hushåll i befolkningen. Den genomsnittliga biståndstiden per hushåll var drygt sex månader, vilket kan jämföras med 1990 då biståndstiden var drygt fyra månader.

Det genomsnittligt utbetalda biståndet under 2009 var 46 600 kronor per biståndshushåll, vilket var en ökning med 6 procent i fasta priser jämfört med 2008. Kommunernas totala kostnader för det utbetalade ekonomiska biståndet ökade med 17 procent, i fasta priser. Totalt betalades drygt 11 miljarder kronor ut till biståndstagarna. Utbetalningarna fortsatte att öka under det första halvåret 2010 men inte lika mycket som under samma period året innan. Mellan 2005 och 2009 ökade också utbetalningarna av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättningar till flyktingar, men de minskade under de tre första kvartalen 2010.

¹¹ Detta försörjningshinder registreras endast vid första ansökningstillfället. Vid nästkommande ansökningstillfälle registreras det grundläggande hindret för försörjning, till exempel ”sjukskriven, ingen sjukpenning”.

¹² Inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar.

Ekonomiskt bistånd ökar mest inom IFO

År 2009 var kommunernas kostnader för ekonomiskt bistånd 14,7 miljarder kronor, inklusive kostnader för flyktinghushåll och administration (tabell 9:1) [5]. Det var en ökning med nästan 25 procent sedan 2005. År 2009 utgjorde ekonomiskt bistånd 41 procent av kostnaderna för individ- och familjeomsorg, som totalt uppgick till 36,2 miljarder kronor.

Tabell 9:1. Kostnadsutveckling för individ- och familjeomsorgens (IFO:s) verksamhet 2005–2009. 2009 års priser, miljoner kronor samt procent.

Insatser	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–2009, mnkr	Förändring 2005–2009, %
Ekonomiskt bistånd ^a	11 814	12 193	12 229	12 804	14 740	2 926	24,8

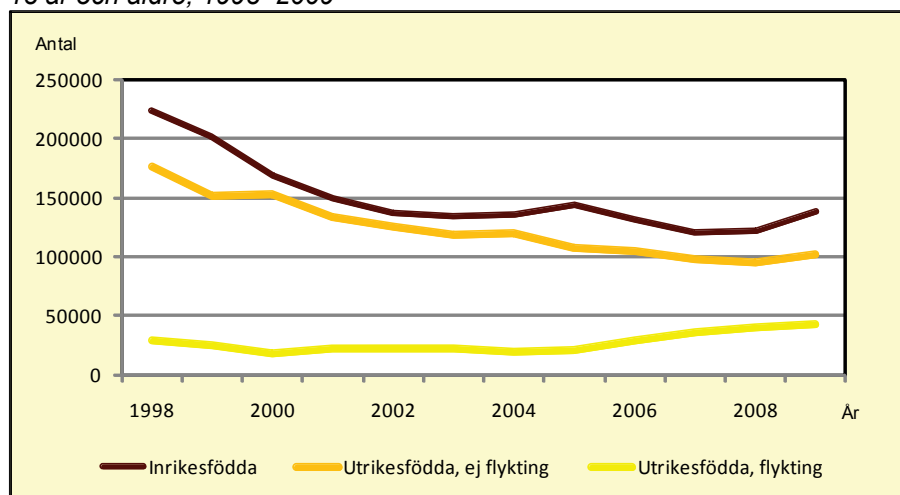
^aI kostnaden för ekonomiskt bistånd ingår även utbetalningar till flyktinghushåll och administration av all utbetalning av ekonomiskt bistånd.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB och Ekonomiskt bistånd, årsstatistik 2005–2009, Socialstyrelsen.

Biståndsmottagare är i huvudsak unga personer i arbetsför ålder

Unga i åldern 18–29 år stod för 41 procent av det totala antalet vuxna biståndsmottagare år 2009 [4]. Ungefär hälften av dem som fick ekonomiskt bistånd var utrikes födda (18 år och äldre, inklusive flyktingar). Antalet utrikes födda biståndsmottagare ökade med 7 procent under 2009, främst på grund av att antalet flyktingar ökade (figur 9:2).

Figur 9:2 Antalet biståndsmottagare bland inrikes och utrikes födda samt flyktingar, 18 år och äldre, 1998–2009



Källa:

Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

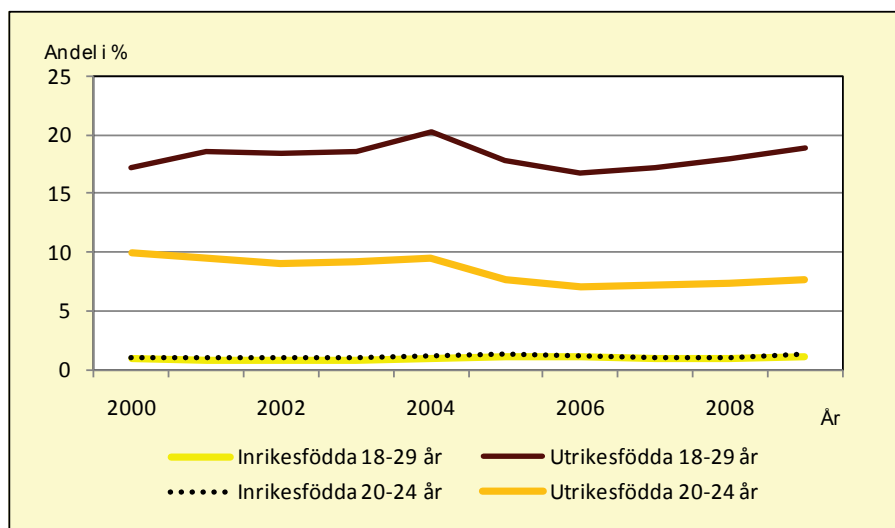
Gruppen inrikes födda biståndsmottagare ökade dock betydligt mer under 2009 (13 procent). Andelen med ekonomiskt bistånd är högre bland utrikes födda än bland inrikes födda. Av de utrikes födda fick 12 procent ekonomiskt bistånd år 2009 och för inrikes födda var motsvarande siffra 2 procent.

Långvarigt biståndsmottagande är vanligt bland unga

Antalet personer med långvarigt biståndsmottagande ökade med cirka 12 000 mellan 2008 och 2009 (omkring 13 procent) [4]. År 2009 var det 36 procent av samtliga vuxna biståndsmottagare (18 år och äldre) som fick bistånd under minst tio månader. Detta biståndsmottagande stod för 63 procent av de totala kostnaderna för ekonomiskt bistånd 2009, vilket dels beror på att biståndet betalas ut under fler månader, dels på att många av dessa hushåll saknar andra inkomster.

Långvarigt biståndsmottagande är vanligast bland unga i åldern 18–19 år och 2,9 procent av samtliga unga i denna åldersgrupp fick långvarigt bistånd. Det är en ökning med 13 procent sedan 2008. Av de utrikes födda i denna åldersgrupp hade 19 procent långvarigt bistånd, vilket kan jämföras med drygt 1 procent för de inrikes födda ungdomarna (figur 9:3).

Figur 9:3. Andel långvariga biståndsmottagare av befolkningen i åldersgruppen 18–24 år, utrikes och inrikes födda, år 2009



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Av de unga utrikes födda som var långvariga biståndsmottagare fanns dock cirka 2 000 ungdomar (40 procent) som var flyktingar¹³. Det betyder att de antingen har kommit till Sverige som flyktingar tillsammans med sina föräldrar eller på egen hand som så kallade ensamkommande flyktingbarn. Detta kan vara en av förklaringarna till det långvariga biståndsmottagandet i denna grupp.

I hela åldersgruppen 18–24 år var det cirka 21 700 ungdomar som hade långvarigt ekonomiskt bistånd och av dessa var 12 215 utrikes födda, varav drygt 5 000 flyktingar (24 procent). Det är inget unikt att flyktingar får långvarigt ekonomiskt stöd. Den som är nyanländ till Sverige får i normal-

¹³ En biståndsmottagare räknas som flykting i statistiken fr.o.m. det år han eller hon får uppehållstillstånd samt i ytterligare tre kalenderår.

fallet introduktionsersättning¹⁴ eller ekonomiskt bistånd under den tid som introduktionen pågår, vanligtvis i ett par år.

Generellt är biståndsmottagandet högre ju kortare tid människor har vistats i Sverige och behovet minskar i takt med att vistelsetiden ökar. Bland de unga långvariga biståndsmottagarna fanns det dock cirka 7 000 utrikes födda personer som inte var flyktingar, liksom drygt 9 000 som är födda i Sverige. Det är mycket viktigt att skaffa mer kunskap om dessa ungdomar och att hitta strategier för att hjälpa dem till utbildningar eller arbeten som kan förhindra ett fortsatt långvarigt biståndsmottagande.

Den nationella statistiken utvecklas

Socialtjänsten ska erbjuda insatser som hjälper människor till självförsörjning, men för att kunna göra det måste kommunerna veta mer om målgruppen och orsakerna till behovet av ekonomiskt bistånd. Från och med den 1 januari 2010 ska samtliga kommuner registrera orsakerna till att en sökande behöver ekonomiskt bistånd (det så kallade försörjningshindret) och vad pengarna utbetalas till. Dessa uppgifter kommer att redovisas under 2011.

Under hösten 2009 genomförde Socialstyrelsen en testinsamling av dessa uppgifter. Resultatet visade som väntat att arbetslöshet var det vanligaste försörjningshindret [5]. Resultatet visade också att det fanns åtskilliga kvalitetsbrister i de inrapporterade uppgifterna.

Under perioden januari–maj 2010 gjorde Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL) en uppföljning av 2009 års testinsamling. Även denna gång var arbetslöshet det vanligaste försörjningshindret, också denna insamling visade att kvaliteten var otillräcklig. För att uppgifterna ska kunna redovisas som officiell statistik måste fler kommuner rapportera in de aktuella uppgifterna och se till att de håller högre kvalitet.

Kunskapen om vilka insatser som kommunerna ger för att hjälpa människor att leva ett självständigt liv är i dag bristfällig. Det saknas också systematisk kunskap om vilka arbetssätt som förekommer. Att få en samlad bild av vilka insatser som ges, vad de innehåller och vad de resulterar i är en viktig uppgift.

¹⁴ Den 1 december 2010 infördes en ny lag: lagen (2010:107) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. Den ersätter lagen (1992:1 068) om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar.

Hemlöshet och exkludering från bostadsmarknaden

Sammanfattande iakttagelser

- År 2009 ökade antalet vräkningar för första gången under 2000-talet. Många kommuner arbetar vräkningsförebyggande och siffrorna borde gå i motsatt riktning. Allt fler människor får dessutom hjälp av socialtjänsten med boendet.
- Lokala kartläggningar av antalet hemlösa i storstäderna ger olika bilder av utvecklingen, i Malmö ökar antalet hemlösa samtidigt som de minskar i Stockholm.
- Integritet och självbestämmande, helhetssyn och samordning inom socialtjänsten är viktiga kvalitetsaspekter i arbetet för att motverka hemlöshet.

Hemlöshetsfrågan berör både socialpolitiken och bostadspolitiken och för att kunna motverka hemlöshet krävs ett samarbete mellan myndigheter, kommuner och landsting, bostadsföretag och frivilligorganisationer. Problemet är komplext och därför behövs både individuellt inriktade insatser och strukturella förändringar. Fortfarande har långt ifrån alla kommuner riktlinjer för bostadsförsörjningen och lever således inte upp till kravet enligt lagen (2000:1382) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar om att sådana ska antas en gång per mandatperiod. Boverket visar i sin årliga kartläggning att det ändå sker en successiv ökning och år 2010 hade cirka 45 procent av landets kommuner antagit riktlinjer under denna eller föregående mandatperiod [6].

Antalet hemlösa är svårt att uppskatta

Tillförlitlig statistik är en viktig faktor för att myndigheter och andra aktörer ska kunna arbetat effektivt mot hemlöshet. Det saknas emellertid heltäckande nationell statistik, men uppgifter från flera källor kan tillsammans ge en bild av hemlöshetens omfattning. I detta stycke redogörs för några av dessa källor:

- Kronofogdemyndighetens statistik över vräkningar
- Boverkets bostadsmarknadsenkät innehåller uppgifter om sekundära bostadsmarknaden
- socialtjänstens statistik över kommunernas insatser till missbrukare och övriga vuxna
- lokala kartläggningar av hemlöshet på kommunnivå

Antalet vräkningar ökar för första gången under 2000-talet

Det finns nationell statistik och rapporter som ger värdefull information om hemlöshetens omfattning [7]. Att motverka att personer vräks från sina bostäder är grundläggande för att förhindra att hemlösheten ökar. Kronofog-

dens statistik ger därför viktig information om antalet ansökningar om avhysning och verkställda avhysningar. År 2009 inkom 9 714 ansökningar om avhysning, varav 3 040 verkställdes [8]. Det var en svag uppgång både när det gäller ansökningar och verkställda vräkningar det senaste året. Trenden har annars varit att verkställda vräkningar har gått ner sedan 2000. Å andra sidan blir kraven för att få kontrakt på den ordinarie bostadsmarknaden allt högre. Många kommuner arbetar aktivt vräkningsförebyggande och siffrorna borde gå i motsatt riktning. Här behövs mer kunskap om orsakerna till uppgången och vad som behöver göras för att motverka denna utveckling.

På senare tid har olika aktörer allt mer uppmärksammat hur barn berörs när deras familjer vräks. Kronofogdens statistik visar dock att färre barn berörs av vräkningar nu än tidigare. Statistiken inom området behöver bli bättre och förfinas ytterligare [9].

Den sekundära bostadsmarknaden

Många människor accepteras inte som hyresgäster av hyresvärdarna på den ordinarie bostadsmarknaden och socialtjänsten bedriver ett omfattande arbete för att hjälpa dessa personer. Boverkets nationella bostadsmarknadsenkät 2010 visar att drygt sju av tio kommuner har en ”sekundär bostadsmarknad”, vilket innebär att de hyr ut lägenheter med olika specialkontrakt – oftast andrahandskontrakt – till personer som är exkluderade från den ordinarie bostadsmarknaden. Denna bostadsmarknad har ökat och år 2010 rapporterade kommunerna in cirka 13 400 lägenheter i landet jämfört med 11 400 året innan. De flesta lägenheterna är utspridda i det ordinarie lägenhetsbeståndet och avsikten är oftast att den boende ska ta över kontraktet. Den sekundära bostadsmarknaden berör både ensamstående och familjer, både personer med missbruk- och beroendeproblematik och de vars enda problem är en svag ekonomi. Boverkets undersökning visar att cirka 2 600 hushåll med barn befinner sig på den sekundära bostadsmarknaden, vilket innebär att så många som 4 000 barn bor under sådana osäkra boendevillkor. Det var endast 74 kommuner som svarade på frågan om hushåll med barn, vilket innebär att det troligen finns ett stort mörkertal.

2009 års enkät visade att endast 1 300 hushåll fick ta över kontraktet från kommunen [7]. Under 2011 planerar Socialstyrelsen att tillsammans med Boverket analysera varför den sekundära bostadsmarknaden växer och varför så få hushåll får ta över sina kontrakt.

Den officiella statistiken

Kommunernas insatser för personer med missbruk och ”övriga vuxna” samlas i officiell statistik och är därför en viktig källa till kunskap om kommunernas boendeinsatser. Den 1 november 2009 fick till exempel 6 200 personer med missbruksproblem bistånd i form av boende (4 kap.1 § SoL), vilket var en ökning med cirka 5 procent jämfört med 2008 [10]. Samma datum gav kommunerna även insatsen till 8 700 vuxna personer (över 21 år) utan missbruksproblem, vilket även det var en ökning med cirka 6 procent.

Under 2009 gjordes sammanlagt 14 700 inskrivningar för personer med missbruksproblem avseende insatsen boende, vilket var cirka 21 procent färre än året innan. 14 100 inskrivningar gjordes för personer över 21 år

utan missbruksproblem, vilket var ungefär samma antal som 2008. En brist i statistiken är dock att alla boendeinsatser rapporteras in utan någon uppdelning på vilken typ av insats det gäller. För att kommunerna ska kunna använda statistiken som ett planeringsunderlag bör det framgå om boendeinsatsen är en akutinsats, exempelvis boende på ett härbärge, eller en långsiktig insats, såsom en träningslägenhet [7]. Denna förändring ska införas under 2011.

Hemlöshetskartläggningar

En del kommuner gör egna kartläggningar av hemlöshetens omfattning. Siffrorna från de tre storstäderna Malmö, Stockholm och Göteborg ger dock ingen samstämmig bild, vilket delvis kan bero på att städerna använder något olika definitioner av "hemlöshet".

Under de senaste fyra åren har Malmös befolkning vuxit med över 20 000 invånare och för första gången sedan 2006 ökar också antalet hemlösa personer i kommunen. År 2010 var 900 personer hemlösa, vilket var en ökning med 40 personer jämfört med 2009. Brist på bostäder och bristande förankring på bostadsmarknaden är de vanligaste anledningarna till hemlöshet [11].

En kartläggning i Stockholms stad i april 2010 visar att 2 982 personer var hemlösa vid mättillfället, vilket var 99 färre än vid räkningen 2008. Från 2004 och fram till 2010 minskade antalet hemlösa med 381 personer [12,13].

I Göteborg används instrumentet BoInvent för att inventera hushåll som på grund av sociala och/eller medicinska skäl inte har ett boende som bedöms vara det bästa för tillfället och som behöver bistånd från socialtjänsten för att lösa sin boendefråga. Inventeringen från december 2009 visade att 1 023 personer hade sådana boenden, vilket är en liten nedgång jämfört med rapporten för december 2008 [14].

Under 2011 kommer hela EU att genomföra en folk- och bostadsräkning och Socialstyrelsen kommer att genomföra en nationell hemlöshetskartläggning samma år. Den senaste nationella kartläggningen gjordes 2005 och det finns en stor efterfrågan på en mer aktuell bild av problemets omfattning. Hemlöshetskartläggningen är också särskilt angelägen eftersom folk- och bostadsräkningen inte kommer att fånga upp personer som är hemlösa [15].

Självbestämmande och integritet inom socialtjänsten

"Bostad först" är en modell för boendelösningar som har fått ökad uppmärksamhet i Sverige och den kan ses som en reaktion mot den alltjämt dominerande trappstegsmodellen. "Bostad först"-modellen betonar att individen först behöver en fast bostad för att kunna tillgodogöra sig de andra insatser som kommunen erbjuder [16,17]. Insatserna ska utgå från individens behov. I diskussionen om olika boendelösningar framhålls också allt oftare att människor inte ska behöva flytta upprepade gånger för att kvalificera sig för ett bättre boende, vilket är fallet med trappstegsmodellen. Den boendes egen vilja ska i stället styra insatserna i högre grad. Runt om i landet pågår ett antal försök med att introducera "Bostad först" och satsningarna ska utvärderas för att säkra kvaliteten och mäta effekten av försöken [18].

Helhetssyn, samordning och kontinuitet inom socialtjänsten

Regeringens hemlöshetsstrategi från år 2007 poängterar vikten av samverkan mellan olika aktörer såsom Socialstyrelsen, Boverket, Kriminalvården, Kronofogdemyndigheten, SKL samt frivilligorganisationer [19]. Målsättningen är att det ska inspirera till samverkan mellan berörda aktörer även på den lokala nivån. Att samlas kring en gemensam strategi eller handlingsplan ökar förutsättningarna att motverka hemlösheten på ett effektivt sätt. Det civila samhället är en viktig aktör i kommunernas arbete mot hemlöshet. En dialog och en samverkan behöver utvecklas mellan det offentliga och det civila samhället.

Kunskapen om effektiva metoder mot hemlöshet har ökat

Kunskapen har ökat på hemlöshetsområdet under senare år. Fler kommuner arbetar nu mer aktivt än tidigare med preventiva insatser, till exempel för att förebygga vräkningar. Samtidigt börjar traditionella metoder såsom trappstegsmodellen att ifrågasättas. Socialstyrelsens kunskapsunderlag [15, 16] har bidragit till utvecklingen på området.

Lunds universitet redovisade under 2010 en delutvärdering av de hemlöshetsåtgärder som har fått utvecklingsbidrag från Socialstyrelsen. Rapporten visade att det fortfarande finns kommuner som inte prioriterar möjligheten att ta del av ny kunskap [24]. Under 2011 kommer Socialstyrelsen att publicera en webbsida där kunskap från myndighetens rapporter presenteras på ett enkelt och övergripande sätt. Målsättningen är att den ska utgöra en vägledning för hur kommunerna kan arbeta effektivt för att motverka hemlöshet.

Tillgänglig vård och omsorg

Hemlösa personer har samma rätt till vård och omsorg som andra, men för att möta deras behov har särskilda vårdcentraler och andra speciallösningar utvecklats på en del platser i Sverige. Under 2010 öppnade vårdcentralen ”Pelarbacken” på Södermalm i Stockholm. En del av verksamheten består av mobila team som besöker härbärgen och andra träffpunkter för hemlösa personer och på mottagningen finns sjuksköterskor och läkare som arbetar nära kommunens socialtjänst [25]. Där kan hemlösa personer bli undersökta och utan kostnad få råd och behandling för de flesta sjukdomar och besvär. Det finns även en mottagning för tandvård och fotvård. På andra verksamheter som vänder sig till hemlösa personer finns sjukvårdspersonal till hands på vissa bestämda tider.

Frågan om särskilda vårdcentraler för hemlösa personer har tidigare diskuterats i Socialstyrelsens rådgivande etiska nämnd. En slutsats är att den generella välfärden gäller för alla, även personer som är hemlösa. Men för att nå speciellt utsatta målgrupper kan det behövas särskilda verksamheter som är riktade till hemlösa personer. Dessa verksamheter måste ha hög tillgänglighet och god kvalitet.

Våld och sexhandel

Sammanfattande iakttagelser

- Socialstyrelsen har utvärderat effekten av verksamheter för våldsutsatta kvinnor, barn som har bevittnat våld och män som utövar våld i nära relationer. Resultaten tyder på att riktade verksamheter har positiva effekter på de berörda målgruppernas psykosociala hälsa.
- Socialstyrelsens tillsyn av kommunernas arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld tyder på att den nationella tillsynen 2008–2009 har lett till förbättringar.

Med våld och sexhandel avses i detta avsnitt våld i nära relationer, kvinnlig könsstypning, prostitution och människohandel för sexuella ändamål.

Våld i nära relationer avser våld eller andra övergrepp av en person som står brottsoffret nära. Det senare innebär en vidare krets än en partner eller före detta partner, till exempel familjemedlemmar och andra släktingar. Våld i en nära relation inkluderar därför så kallat hedersrelaterat våld och förtryck.

Det behövs fortfarande mer kunskap och bättre metoder när det gäller vården och omsorgen om personer som är direkt eller indirekt utsatta för våld och sexhandel. Det arbete som har bedrivits under 00-talet har framförallt handlat om socialtjänstens insatser samt om kvinnor i vuxen ålder. De aktuella klienterna och patienterna kan dock vara våldsutsatta kvinnor och män, barn som har bevittnat våld mot eller av en närstående vuxen, flickor och kvinnor som har blivit könsstypade eller riskerar att bli det, personer som tillhandahåller eller köper sexuella tjänster och personer som har utsatts för människohandel för sexuella ändamål. I nedanstående avsnitt redovisas först utvecklingen och tillståndet för frågor som rör våld, därefter redogörs för frågor som rör sexhandel.

Svårt att uppskatta antalet som utsätts för relationsvåld

Det saknas en sammanhållen statistik över insatser och stöd som ges till brottsoffer och deras anhöriga. Däremot kan viss kunskap fås via följande källor:

- Socialstyrelsens patientregister
- Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- enstaka undersökningar.

Den officiella socialtjänststatistiken inkluderar inte insatser som ges för att mottagaren har varit utsatt för något brott, vilket är en allvarlig brist ur både ett lokalt och ett nationellt kvalitetsutvecklingsperspektiv. Det finns emellertid annan statistik, som dessvärre bygger på definitioner och kategorier av våld som inte helt motsvarar de handlingar och relationer som nämns i 5 kap. 11 § SoL.

På kommunnivå finns begränsad kunskap om hur många av socialtjänstens klienter som utsätts för våld. En kunskapskälla är de intervjuinstrument

inom missbruks- och beroendevården som innehåller frågor om våldsutsatthet, till exempel ASI (Addiction Severity Index) som används i minst 200 av landets kommuner. Under 2001–2008 var det 4 290 kvinnor som besvarade ASI-intervjun och 75 procent av dem uppgav att de hade utsatts för fysisk, psykisk och/eller sexuell misshandel under de senaste 30 dagarna eller tidigare i livet [26].

Uppgifter om våldsutsatta kan även fås genom kriminalstatistik och olika riksrepresentativa undersökningar. Under första halvåret 2010 gjordes, enligt Brottsförebyggande rådet (Brå), cirka 1 300 polisanmälningar om grov kvinnofridskränkning och ungefär 13 200 anmälningar om misshandel mot kvinnor (18 år eller äldre) [27]. Det senare motsvarar en ökning med 4 procent i förhållande till samma period 2009. 46 procent av 2010 års anmälningar om kvinnomisshandel gäller brott som begicks inomhus av en person som kvinnan har en nära relation till. Bara 8 procent gällde misshandel inomhus mot en man i nära relation.

Enligt Brå saknas det representativa svenska undersökningar av våld i nära relationer där både män och kvinnor studeras som eventuella offer och/eller förövare. Det finns däremot utländska undersökningar som visar att kvinnor och män är lika utsatta för relationsvåld, men att det våld som riktas mot kvinnor oftare är upprepat samtidigt som det tenderar att vara grövre och resulterar i fler negativa konsekvenser för de drabbade [28].

Under 2004–2006 dödade i genomsnitt 30 kvinnor per år. Drygt hälften av dem blev dödade av sin partner eller före detta partner, vilket innebär att fyra till fem gånger så många kvinnor som män blir offer för dödligt partnervåld. [29] I den nationella trygghetsundersökningen 2009 uppskattar Brå att knappt 0,5 procent av kvinnorna och nästan 1 procent av männen (16–79 år) utsattes för någon allvarlig misshandel under 2008. Kvinnornas andel är dock sannolikt en underskattning eftersom kvinnor oftare utsätts för allvarlig misshandel av just närstående personer, vilket gör dem mindre benägna att rapportera händelsen [30].

Utifrån äldre studier har Socialstyrelsen (2009) bedömt att 10 procent av alla barn har upplevt våld i hemmet, att 5 procent gör det ofta och att 30 till 60 procent av dessa barn själva utsätts för direkt våld [29]. Linköpings universitet har gjort en riksrepresentativ enkätstudie med 8 494 elever (13–18 år) i Södermanlands län och knappt 11 procent av respondenterna svarade att våld hade förekommit mellan vuxna i deras familjer. Av dessa elever uppgav 58 procent att de själva hade blivit slagna en eller flera gånger [31].

Bättre statistik krävs för att kunskapen om våldsutsatta ska öka i socialtjänsten

Bristen på statistik är en av utmaningarna i arbetet mot en mer kunskapsbaserad och effektiv socialtjänst inom detta område. Ett annat problem är bristen på en gemensam terminologi och enhetligt definierade begrepp. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att forskare och praktiker inte är överens om våldets orsaker och karaktär och att det finns olika förändringsteorier som existerar sida vid sida eller som befinner sig i konflikt med varandra [32]. Inom socialtjänsten saknas även metoder som har testats vetenskapligt under svenska förhållanden.

Särskilda insatser till våldsutsatta upplevs ge positiva effekter

Som ett första steg mot bättre kunskap har Socialstyrelsen utvärderat effekten av olika insatser för våldsutsatta kvinnor, barn som har bevittnat våld och män som utövar våld i nära relationer. Verksamheterna var både kommunala och ideella. De preliminära resultaten pekar på att särskilda insatser har positiva självskattade effekter för målgrupperna, men resultaten räcker inte för några slutsatser om effekterna av olika specialiserade metoder [33,34,35]. Ett exempel är att mammor vars barn har fått stöd i en särskild verksamhet är mer nöjda med insatserna än mammor vars barn har fått stöd i en icke-specialiserad verksamhet. Enligt mammornas skattningar har barnen i den första gruppen fått färre symtom på psykisk ohälsa och stärkt sina förmågor. Detsamma gäller mammorna själva.

Socialtjänstinsatser för våldsutsatta kvinnor tycks ha tydligt positiva effekter på deras psykosociala funktion, det vill säga förmågan, viljan och orken att ta sig an vardagslivet och att ordna livet på ett sätt som fungerar för både dem själva och omgivningen. Många av de 189 kvinnor som ingick i utvärderingen uppger också att de är nöjda med insatserna. Socialstyrelsens effektutvärderingar omfattar även boenden och gruppverksamheter i 20 större ideella kvinnojourer. De kvinnor som ingick i studien var i hög grad nöjda med stödet de fick, men dessvärre utsattes en betydande del av kvinnorna för våld även under uppföljningsåret.

Socialstyrelsen har även låtit utvärdera behandlingen av män som utövar våld i nära relationer och resultaten visar att många av de 140 män som fullföljde undersökningen brukade mindre våld under uppföljningsåret [36]. Männens psykiska hälsa blev bättre och de använde mindre alkohol och narkotika. Resultatet tyder på att behandlingen kan vara ett sätt att bekämpa våld i nära relationer.

Interventioner för relationsvåldsutsatta kvinnor utvärderas sällan

Socialstyrelsen håller för närvarande på att ta fram systematiska kunskapsöversikter över de interventioner som är verksamma för relationsvåldsutsatta kvinnor med missbruksproblem respektive funktionsnedsättning. Ett preliminärt resultat visar att det finns få utvärderade interventioner för dessa grupper och det gäller i synnerhet våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättning. Det tyder på att området internationellt sett både är underbeforskat och att det behövs fler och bättre metoder för dessa kvinnor [37,38].

Socialstyrelsen arbetar även med att utveckla bedömningsinstrument för att bedöma våldsutsatta kvinnors situation och under 2011 kommer socialtjänsten att få tillgång till de aktuella instrumenten. Det återstår dock flera års utvecklingsarbete innan socialtjänsten i hela landet har tillgång till kvalitetssäkrade metoder för sitt arbete med våldsutövare, våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld [39].

Kommunerna efterfrågar bättre metoder för att hjälpa brottsoffer

Under 2010 hade Socialstyrelsen tillsyn över socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld. Tillsynen genomfördes i 15 kommuner och nämnder i Västra Götaland och Halland och var till

viss del en uppföljning av länsstyrelsernas tillsyn 2008–2009. Socialstyrelsens preliminära bedömning är att flera av de 15 granskade kommunerna och nämnderna arbetar mer strukturerat än tidigare. Många satsar på att höja personalens kompetens när det gäller våldsproblematik, både våld i stort och våld mot särskilda grupper såsom äldre kvinnor. Flera kommuner försöker också förbättra samverkan och information. Några arbetar specifikt för att upptäcka fler våldsutsatta människor i nya och pågående ärenden.

Många av de berörda kommunerna efterfrågar stöd i sitt arbete att identifiera och hjälpa våldsutsatta personer, bland annat:

- metoder för att lättare identifiera människor som utsätts för våld, även när det gäller kvinnor och barn som inte i första hand söker hjälp för några våldsrelaterade problem.
- stöd för att kunna göra bättre och mer enhetliga utredningar, dokumentationer och bedömningar, inklusive så kallade riskbedömningar inom socialtjänsten. Detta innefattar även familjerätten och ärenden som rör vårdnad, boende och umgänge.
- kunskap om metoder och insatser för de personer som utövar våld och om våldsutsatthet bland kvinnor med funktionsnedsättningar och med missbruksproblem.
- konsultation i frågor som rör boende på kort och lång sikt för samtliga våldsutsatta kvinnor, det vill säga även för dem som är äldre, har funktionsnedsättningar, missbruksproblem och liknande.

Kommunerna vill till sist även veta hur andra kommuner har utformat sitt arbete på området och vilken spetskompetens de har i förhållande till den grundläggande kompetensen i hela nämndens verksamhet. Detsamma gäller samverkan inom socialtjänsten liksom samverkan mellan socialtjänsten och andra myndigheter samt samverkan mellan flera kommuner [40].

Risk att våldsutsatta kvinnor inte får rätt hjälp av kommuner

I rapporten om den nationella tillsynen 2008–2009 framkommer att ideella föreningar står för ett mycket omfattande stödarbete när det gäller våld i nära relationer, främst genom kvinnojourer men även brottsofferjourer och kriscentrum för män. Merparten av Sveriges kommuner erbjuder exempelvis tillfälligt boende för våldsutsatta kvinnor genom olika ideella föreningar [41]. Dessa aktörer utgör ett viktigt komplement för kommunerna när det gäller stöd och hjälp till våldsutsatta kvinnor. Många kommuner förlitar sig emellertid i stor utsträckning på ideella organisationer och det finns skillnader på om och i vilken omfattning socialnämnden tar ansvar för uppföljning och god kvalitet enligt 3 kap. 3 § SoL. I socialnämndens ansvar ingår bland annat att ta fram ett ledningssystem för verksamhetsutveckling, kvalitetssäkring, handläggning, dokumentation och uppföljning

I rapporten varnar länsstyrelserna och Socialstyrelsen för att kvinnor som söker stöd hos socialtjänsten ”informerats bort” eller hänvisas till en serviceinsats utan att få sin ansökan utredd och beslutad.

Under senare år har allt fler kommuner inrättat särskilda verksamheter mot våld i nära relationer, men de följer den generella trenden att i ökad

utsträckning erbjuda stöd och hjälp genom en öppen verksamhet som är tillgänglig utan någon individuell behovsprövning. För att garantera den enskilda kvinnans säkerhet krävs att socialtjänsten utreder ärendet och fattar ett beslut enligt 4 kap. 1 § SoL. Om kvinnans behov kan tillgodoses genom en serviceinsats bör hon åtminstone få information om möjligheten att få en utredning och ett beslut. Dessutom ska socialnämnden säkerställa god kvalitet enligt socialtjänstlagen i alla insatser, även de som genomförs av ideella föreningar [42].

Få kommuner har riktad verksamhet till personer som berörs av sexhandel

Stödet och hjälpen som personer som tillhandahåller sexuella tjänster kan behöva från socialtjänsten behöver inte bero på att sexhandel, även om det givetvis också kan vara anledningen.

Endast Malmö, Göteborg och Stockholm har riktad socialtjänstverksamhet för personer som säljer och köper sexuella tjänster. Det rör sig dock om öppna råd- och stödverksamheter där personalen inte har någon dokumentationsskyldighet. Socialstyrelsen har kartlagt socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt ungdomsmottagningarna i 16 kommuner, inklusive de tre storstadsregionerna [43]. Resultaten visar bland annat att kommunerna inte har samma syn på vad prostitution betyder, att personalen sällan frågar sina klienter om deras erfarenheter av att sälja sex och att personalen vet för lite om både företeelsen och den gällande lagstiftningen. Några intervjupersoner trodde till exempel att det är olagligt att sälja sex i Sverige.

Vissa uppgifter om prostitution kan även fås genom en del intervjuinstrument som används inom missbruks- och beroendevården. Enligt en sammanställning av så kallade ASI-intervjuer 2001–2008 uppgav 88 av 13 893 klienter (0,6 procent) att de hade haft någon inkomst av prostitution de senaste 30 dagarna. 73 av dessa personer var kvinnor och 15 var män. Frågan är dock ställd så att respondenterna lika gärna kunde ha fått pengarna från en annan människas prostitution. Dessa 88 personer utmärker sig jämfört med de andra klienterna genom tungt narkotikamissbruk, brottslighet, beroende av försörjningsstöd, betydande psykisk ohälsa och brister i kontakten med samhällets stödorgan när det gäller behandling för olika problem [44].

Få domar för människohandel

Brott mot sexköpsförbudet har anmälts och lagförts i flera av Sveriges 290 kommuner. Enligt Brå anmälades 352 brott mot förbudet och 238 anmälda brott klarades upp¹⁵ [45]. Det är särskilt svårt att uppskatta hur många personer som har utsatts för människohandel eller människohandelsliknande brott. Antalet identifierade brottsoffer hänger bland annat samman med vilka resurser polisen kan avsätta. År 2009 anmälades 31 personer för männi-

¹⁵ Brottet har fått ett polisiärt klarläggande, vilket bland annat kan innebära att man lägger ner eller avslutar utredningen. Det kan bero på att den anmälda gärningen inte anses vara ett brott eller för att den misstänkta personen inte är straffmyndig.

skohandel för sexuella ändamål, men ingen person dömdes för detta brott. Tio personer dömdes för koppleri eller grovt koppleri.

Internet medför nya arenor för sexförsäljning

Socialstyrelsen har tidigare beskrivit hur Internet har förändrat kontaktvägarna och arenorna för dem som köper och säljer sexuella tjänster [43]. Malmö stad har kartlagt omständigheterna kring nätbaserad sexförsäljning hos 312 vuxna respondenter över hela landet [46]. Av dessa var cirka två tredjedelar män och en dryg tredjedel var kvinnor. Urvalet är inte representativt utan självselekerat på så sätt att svarspersonerna själva valde att besvara enkäten som lades upp på olika webbplatser. Endast 11 procent av respondenterna uppgav försäljning av sex som sin enda inkomstkälla. 35 procent svarade att de hade ett helt- eller deltidsarbete och 22 procent att de erhöll studiemedel. Ett litet antal respondenter uppgav att de fick ekonomiskt bistånd eller a-kassa och en ännu mindre andel att de hade sjukpenning eller förtidspension.

Kartläggningen visar att många prostituerade är misstänksamma mot myndigheter i allmänhet och mot socialtjänsten i synnerhet och det är en av flera svårigheter vid undersökningar som gäller just personer som säljer sex. Enkäten innehöll bland annat en fråga om svarspersonens erfarenhet av myndighetskontakter (med till exempel polis, sjukvård och socialtjänst). Det vanligaste svaret var att sådana erfarenheter hade varit ”bra”, vilket var den mest positiva svars kategorin. Hela 34 procent valde dock svars kategorierna ”dålig” och ”mycket dålig”.

Utveckling av evidensbaserade metoder krävs för att motverka sexhandel

De utmaningar som redovisats står inte bara i vägen för en mer kunskapsbaserad och effektiv socialtjänst, de hindrar även stödet och hjälpen till personer som säljer sex och personer som har fallit offer för människohandel för sexuella ändamål. Enligt prop. 1997/98:55 är sociala insatser det viktigaste sättet att minska prostitutionen. En kriminalisering av sexköp kan bara komplettera sådana insatser och aldrig ersätta dem [47].

Socialstyrelsens har tidigare inventerat internationella metoder för socialt arbete inom detta område och resultatet visar att få av de dokumenterade insatserna är effektutvärderade [48]. Vidare konstateras att det finns brister i beskrivningar av metoder och resultat. Generellt tycks det behövas metoder som innehåller flera sammansatta insatser. Merparten av de dokumenterade insatser som ingick i Socialstyrelsens inventering syftar till att reducera skador och har utvecklats i sammanhang som skiljer sig från svenska förhållanden. I dagsläget finns det alltså inga bevisat effektiva (icke-repressiva) metoder för att få personer att upphöra att sälja sexuella tjänster.

Socialstyrelsen har senare uppmärksammat att ”nolltolerans” och ”skadereduktion” är inriktningar som inte behöver utesluta varandra. Ett övergripande syfte med insatser och stöd kan vara att vuxna personer ska upphöra att sälja eller köpa sexuella tjänster, samtidigt som de får hjälp att skydda sig mot skaderiskerna. Ett förebyggande och motivationsskapande arbete

kan mycket väl inkludera exempelvis utdelning av kondomer, glidmedel och överfallslarm till personer som säljer sex, eftersom det handlar om att förebygga smittspridning eller på annat sätt förebygga skador [49]. Det har stöd både i SoL och i smittskyddslagen (2004:168).

Personer som berörs av sexhandel riskerar att inte få sina hjälpbehov tillgodosedda

Ideella föreningar står även för mycket av stödet till personer som tillhandahåller sexuella tjänster, till exempel via råd och stödverksamheter. En väsentlig andel av kommunernas stöd till dessa grupper ges dessutom i så kallade öppna verksamheter.

I Malmö, Göteborg och Stockholm har socialtjänsten särskilda verksamheter för personer som säljer respektive köper sexuella tjänster, men som redan nämnts är de också öppna råd- och stödverksamheter. Därmed finns det även här en risk för att människors hjälpbehov inte utreds. Detta problem har uppmärksammats i Socialstyrelsens aktuella arbete att ta fram ett utbildningsmaterial som rör stöd och hjälp till personer som säljer sexuella tjänster och till offer för människohandel för sexuella ändamål [50]. Det innebär även att personal inom socialnämnden kanske inte känner till stöd- och hjälpbehovet hos dessa målgrupper, exempelvis personal som arbetar med ekonomiskt försörjningsstöd eller andra funktioner som kan vara viktiga för de berörda människorna.

Svårt att bedöma behov hos personer som berörs av sexhandel

Det är oklart vilken vård och omsorg personer som tillhandahåller sexuella tjänster eller är offer för människohandel för sexuella ändamål behöver. En anledning är bristfällig statistik och svårigheter att göra individuella uppföljningar i de öppna så kallade serviceverksamheterna. I storstäderna finns det dessutom ideella föreningar som bedriver verksamheter för dessa målgrupper. Sammantaget är det alltså svårt att bedöma klienternas behov och resurser. Socialstyrelsens verksamhetskartläggning tyder dock på att det finns mycket kvar att göra innan denna grupp har tillgång till vård och omsorg som är jämlikt fördelad över landet.

Referenser

Inledning

1. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2006.
2. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2008.
3. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.

Övergripande utvecklingslinjer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

1. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm, Socialstyrelsen, 2006.
2. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm, Socialstyrelsen, 2009.
3. SOU 2004:19. Långtidsutredningen 2003/04. Stockholm, Fritzes, 2004.
4. Stimulansbidrag LOV. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2010.
5. Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3. Stockholm, Konkurrensverket. 2010
6. Socialstyrelsen. Att välja hemtjänst. Stockholm, Socialstyrelsen, 2004.
7. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2010.
8. <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser> 2010-12-28
9. <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/> 2010-12-28
10. <http://www.indikator.org/> 2010-12-28
11. Calltorp J, Gudbjörnsdottir S, Henriksson A, Lindman A. Hur kan valfrihet, mångfald och konkurrens bidra till hälso- och sjukvårdens kvalitet? Stockholm, Svenskt Näringsliv, 2008.
12. Socialstyrelsen. Lyhörd 2010. Internt arbetsdokument. Socialstyrelsen, 2010.
13. <http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten/Sidor/default.aspx> 2010-12-28
14. Uppgifter från Elisabet Svedberg, Socialstyrelsen. 2010-12-10
15. http://www.scb.se/Pages/Product_12199.aspx
16. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län, rapport 2007:5, Centrum för folkhälsa, enheten för socialmedicin och enheten för hälsoekonomi, Stockholm.

17. Socialstyrelsen. Inkomster och utgifter bland vissa personer 20-64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB: s undersökning HEK. Stockholm, Socialstyrelsen, 2010
18. Befolkningens tandhälsa 2009. Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
19. Socialstyrelsen. Mot en mer jämställd vård och socialtjänst - Uppföljning av jämställdheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm, Socialstyrelsen, 2008.
20. <http://www.skl.se/web/Jamstalldhet.aspx> 2010-12-28

Hälso- och sjukvård

1. SOSFS 2005:12 Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
2. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2007.
3. Dödsorsaker 2008. Socialstyrelsen; 2010.
4. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
5. Lägesrapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
6. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig på www.fhi.se.
7. Mental Health, Part 1. Report, Special Eurobarometer 345/Wave 73.2 – TNS Opinion & Social, European Commission oktober 2010.
8. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
9. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010. Preliminär version. Socialstyrelsen; 2010.
10. Årsrapport NPS 2011. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Socialstyrelsen; 2011.
11. OECD. Health at a Glance. Paris: OECD; 2009.
12. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos. Socialstyrelsen; 2010.
13. Läkemedel – statistik för år 2009. Socialstyrelsen; 2010.
14. Vårdföretagarnas valfrihetsindex. Vårdföretagarna; december 2010.
15. Tillgänglighet till kommersiell och offentlig service. Working paper/PM 2010:08. Tillväxtanalys; 2010.
16. Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Harter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007;65(1):69–78.
17. Sidani S. Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Res Theory Nurs Pract* 2008;22(1):24–37.
18. Dubina M, O'Neill J, Feldman S. Effect of patient satisfaction on outcomes of care. *Expert Reviews Ltd. Expert Rev, Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2009;9(5):393-395.

19. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336(7651):999–1003.
20. Vårdbarometern, årsrapport för år 2009. Sveriges Kommuner och Landsting; april 2010.
21. Svenskt Kvalitetsindex. www.kvalitetsindex.org, 2010-11-15.
22. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2009.
23. Nationell patientenkät – primärvård. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2010.
24. Nationell patientenkät – Öppen psykiatrisk vård. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2010.
25. Nationell patientenkät – Sluten psykiatrisk vård. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2010.
26. Nationell patientenkät – Öppen somatisk vård. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2010.
27. Nationell patientenkät – Sluten Somatisk vård. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2010.
28. Alltjämt ojämnt. Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.
29. Att följa levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2009.
30. Patientbemötande och diskriminering. Policy åtgärder och uppföljning. Granskningsrapport Västra Götaland regionen. Revisionsenheten, 2009.
31. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig-handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Socialstyrelsen; 2010.
32. Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3. Konkurrensverket; 2010.
33. Rehnberg, C, Janlöv, N, Kahn, J. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm- redovisning av de två första årens erfarenheter. Rapport 2010:12. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Stockholm 2010.
34. Svenska Dagbladet 27 december 2010. Tillgänglig på www.svd.se
35. Rehabiliteringsgarantin 2009–2010. Erfarenheter 2009 och resultat från första halvåret 2010. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
36. Rehabiliteringsgarantin 2010. Resultat från kvartal 1-3. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
37. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Socialstyrelsen; 2010.
38. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaron. Delrapport 1. Karolinska institutet; 2010.
39. Rehabiliteringsrådets delbetänkande. SOU 2010:58.
40. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.

41. <http://www.vantetider.se/>
42. Förutsättningar att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar – Delrapport december 2010. Socialstyrelsen; 2010.
43. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv. En undersökning bland socialkontor och vårdcentraler. Socialstyrelsen; 2010.
44. I väntan på besked – Väntetider inom cancervården – kartläggning och förslag till mätmodell. Socialstyrelsen; 2010.
45. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008.
46. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
47. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet – delrapport med resultat och erfarenheter. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
48. www.patientforsakring.se
49. Epidemiologisk årsrapport 2009. Smittskyddsinstitutet; 2010.
50. Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) Rekommendationer för bedömning av bärarskap och smittrisk. Socialstyrelsen; 2010.
51. Vancomycinresistenta enterokocker (VRE) – Inventering av situationen i Sverige 2009. Socialstyrelsen; 2009.
52. Swedres 2009. A report on Swedish Antimicrobial Utilisation and Resistance in Human Medicine. Smittskyddsinstitutet och Strama; 2010
53. Luftvägsinfektioner – upprepade kurer. Socialstyrelsen; 2010.
54. Hyrläkare i primärvården. En studie ur ett patientsäkerhetsperspektiv i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Socialstyrelsen; 2010.
55. Tillgång på vårdplatser. Socialstyrelsen; 2010.
56. Mot en effektivare kunskapsstyrning Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. SKL och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2009.
57. Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M, Eklund K, Hallin B, Jacobsson C, et al. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Prioriteringscentrum 2007:1. Prioriteringscentrum; 2007.
58. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2010.
59. Rosén M. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011-2015. Översyn av de nationella kvalitetsregistren; 2010.
60. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Bilaga 2. Täckningsgradsjämförelser mellan hälsodataregistren vid Socialstyrelsen och nationella Kvalitetsregister. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2010.
61. Medicinska födelseregistret, tillgängligt på www.socialstyrelsen.se.
62. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2010 – stöd för styrning och ledning. Preliminär version. Socialstyrelsen; 2010.
63. Nationella diabetesregistret, Årsrapport 2009 års resultat. Diabetolognytt 2010.
64. Årsrapport Swedeheart 2009. Swedeheart; 2010.

65. Cancer Incidence in Sweden 2009 – Cancerförekomst i Sverige 2009. Socialstyrelsen; 2010.
66. SOU 2009:11 En nationell cancerstrategi för framtiden.
67. Mot ett system för verksamhetsuppföljning på psykiatriområdet. Lägesrapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
68. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2010.
69. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
70. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2009. Socialstyrelsen; 2010.
71. Självskade 2006-2008 anmälda enligt lex Maria. Socialstyrelsen; 2010.
72. Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2010.
73. Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2010.
74. Prop. 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
75. Mot en mer jämställd vård och socialtjänst – uppföljning av jämställdheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2008.
76. Johnell K, Ringbäck Weitof G, Fastbom J. Education and use of dementia drugs: a register-based study of over 600,000 older people. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;25(1):54–9.
77. Mattsson P, Tomson T, Eriksson Ö, Brännström L, Ringbäck Weitof G. Sociodemographic differences in antiepileptic drug prescriptions to adult epilepsy patients. *Neurology* 2010; 74:295-301.
78. WHO. World health report 2008. Now more than ever. WHO; 2008.
79. WHO. Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
80. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län, rapport 2007:5, Centrum för folkhälsa, enheten för socialmedicin och enheten för hälsoekonomi, Stockholm.
81. <http://www.skl.se/web/Jamstalldhet.aspx> 2010-12-28
82. Arbetsmaterial från pågående arbete. Sveriges Kommuner och Lands-ting; 2010.
83. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Bielska-Lasota M, Coebergh JW, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO CARE-4 study. *The Lancet Oncology* 2007;8(9):773–83.
84. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000–02 period analysis of EURO CARE-4 data. *The Lancet Oncology* 2007;8(9):784–96.

85. Euro Health Consumer Index 2007. Brussels. Health Consumer Powerhouse AB; 2007.
86. Coleman MP, Forman D, Bryant H et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995—2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *The Lancet* 2011;377(9760):127-138.
87. Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Millwood)* 2008;27(1):58-71.
88. OECD. Health System Priorities when Money is Tight. OECD Health Ministerial Meeting, Paris, 7-8 oktober 2010.
89. Janlöv N, Emtinger B-E, Magnusson M, Rehnberg C. Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – En metodstudie baserad på Öppna jämförelser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
90. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – hjärtsjukvård. Socialstyrelsen, 2008.
91. Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European experience. *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:167-71.
92. Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:178-84.
93. Jönsson, B. Marknader ägandeformer och styrning inom vården, Bilaga 4 i SOU 2002:31 – Vinst för vården.
94. SOU 2007:78 - Bolagisering för ökad konkurrens och effektivitet.
95. Rosenau P, Linder S. Two decades of research comparing For-profit and Non-profit health provider performance in the US. *Social Science Quarterly* 2003;84(2): 219-42.
96. Jiang J, Friedman B, Begun J. Factors associated with high-quality/low-cost hospital performance. *Journal of Health Care Finance* 2006;32(3):39-51.
97. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics* 2008;17:1107-1128.
98. Farsi M, Filippini M. Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland *Health Economics*. 2008;17:335-350.
99. Crivelli L, Filippini M, Lunati D. Regulation, ownership and efficiency in the Swiss nursing home industry. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2002;(2):79-97.
100. Comondore VR, Devereaux PJ, Zhou Q, Stone S, Busse J, Ravindran N et al. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009; 339:b2732.
101. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Socialstyrelsen; 2004.
102. Rentzhog, O. Processorientering – en grund för morgondagens organisationer. Lund: Studentlitteratur; 1998.

Tandvård

1. Befolkningens tandhälsa 2009. Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet. Socialstyrelsen; 2010.
2. Årsrapport NPS 2010. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Socialstyrelsen; 2010.
3. Högskoleutbildningar och arbetsmarknaden. Ett planeringsunderlag inför läsåret 2008/2009. Högskoleverket; 2008.
4. Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet. Nordisk ministerråd; 2010. ISBN 978-92-893-2110-5.
5. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Socialstyrelsen; 2010.
6. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade samt tandvård som led i en sjukdomsbehandling - Uppföljning av 2009 års verksamhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
7. Uppsökande munhälsobedömning i Sverige 2009– Rapport med data från samtliga landsting och regioner. Landstinget Sörmland: Tandvårdsenheten; 2010.
8. Kartläggning av frisktandvården år 2010. Sveriges kommuner och landsting; 2010.
9. Derks J. Tandimplantatbehandling i Sverige. Preliminär rapport. Göteborgs universitet 2010.
10. Nilsson I-M. Reliability, validity, incidence and impact of temporomandibular pain disorders in adolescents. Swedish Dent J, Sup 183, 2007. ISBN 91-7104-292-x.
11. SWEDRES 2009. A Report on Swedish Antimicrobial Utilization and Resistance in Human Medicine. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2010.
12. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2010 – preliminär version. Socialstyrelsen; 2010.
13. Övergripande indikatorer för God tandvård. Socialstyrelsen; 2010.
14. Rotfyllning – en systematisk litteraturöversikt. SBU; 2010.
15. Tandförluster - en systematisk litteraturöversikt. SBU; 2010.
16. Det nya tandvårdsstödet från den 1 juli 2008. Besöksfrekvenser i förebyggande syfte, samt effekterna av skyddet mot höga kostnader. Socialförsäkringsrapport 2010:11. Försäkringskassan; 2010.
17. Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret. Juli 2008–december 2009. Socialstyrelsen; 2010.
18. Framtida statistikredovisning om barns och ungdomars tandhälsa. Socialstyrelsen; 2008.
19. Karies hos barn och ungdomar. En lägesrapport för år 2008. Socialstyrelsen; 2010.
20. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. WHO; 1999.

Insatser och stöd till barn och unga

1. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2007.
2. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2008.
3. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
4. Bearbetning av Socialstyrelsens patientregister, tillgänglig på www.socialstyrelsen.se. 2010-12-01
5. Bearbetning av Socialstyrelsens läkemedelsregister, tillgänglig på www.socialstyrelsen.se. 2010-12-01
6. Ungdomars levnadsvillkor – redovisning av indikatorer och av Socialstyrelsens insatser under år 2009. Dnr: Ungdomars levnadsvillkor – redovisning av indikatorer och av Socialstyrelsens insatser under år 2009. Socialstyrelsen; 2010.
7. Barn och unga - insatser år 2009. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2010.
8. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009. Socialstyrelsen; 2010.
9. Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009. Statistiska centralbyrån; 2010.
10. Uppföljning av vårdgaranti. Socialstyrelsen; 2010.
11. <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajakforelser/barnochunga>. Hämtad 2010-12-15
12. Olika villkor. Socialstyrelsen; 2010.
13. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem? Slutrapport från en nationell tillsyn. Socialstyrelsen; 2010.
14. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Kungl. Vetenskapsakademien; 2010. Tillgänglig på www.buph.se.
15. State of the Science Konferens. Preliminärt uttalande. Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa. 12–14 april 2010. Kungl. Vetenskapsakademien 2010. Tillgänglig på www.buph.se.
16. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. Socialstyrelsen; 2008.
17. www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/barnpsykiskahalsa/inventeringavmetoder. Hämtad 2010-12-01
18. Barnperspektiv i LSS-handläggning – en förstudie med fokus på arbetsätt och utvecklingsbehov. Socialstyrelsen; 2010.
19. Uppgift från Katarina Munier, Socialstyrelsen 2011-01-11.
20. School, Learning and Mental Health. A systematic review. Kungl. Vetenskapsakademien 2010. Tillgänglig på www.buph.se.
21. State of the Science Konferens Uttalande. Skola, Lärande och Psykisk Hälsa. 26–28 april 2010. Kungl. Vetenskapsakademien 2010. Tillgänglig på www.buph.se.
22. Uppgift från Solveig Freby, Socialstyrelsen 2011-01-10.

23. Hem för vård eller boende för barn och unga - Slutrapport från en nationell tillsyn 2006–2008. Socialstyrelsen; 2010.
24. Undervisning vid Hem för vård eller boende, HVB. Elever får inte den undervisning de har rätt till. Kvalitetsgranskning. Rapport 2010:2. Skolinspektionen; 2010.
25. Upphandling och uppföljning av HVB – för barn och unga. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
26. <http://www.socialstyrelsen.se/forplaceradebarnochunga>. Hämtad 2011-01-01
27. Uppgifter från Åsa Börjesson, Socialstyrelsen. 2011-01-01
28. Tandvård och barn som far illa. Barnombudsmannen; 2010:02.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

1. Regeringens proposition 1999/2000:79. Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Fritzes; 2001.
2. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2007.
3. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2008.
4. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
5. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009. Socialstyrelsen; 2010.
6. Lewin, B och Westin, L. Från behov till stöd. Uppsala universitet; 2006
7. Handikappomsorg, lägesrapport 2005. Socialstyrelsen; 2006.
8. www.forsakringskassan.se. Hämtad 2010-11-15
9. Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009. Statistiska centralbyrån; 2010.
10. Försäkringskassan. Uppgifter från anställd. 2010-12-15
11. Alltjämt ojämlikt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.
12. Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen; 2010.
13. Föräldrastöd där barn eller vårdnadshavare har en funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.
14. Handikappomsorg - lägesrapport 2007. Socialstyrelsen; 2007.
15. Bearbetning av Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS. November 2010.
16. På tröskeln – daglig verksamhet med inriktning på arbete. Socialstyrelsen; 2010.
17. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv. Socialstyrelsen; 2010.
18. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2010december/oppnajamforelserfunktionsnedsattning>. Hämtad 2010-12-20
19. Begreppet vardagstolkning. Om landstingens ansvar för tolk till döva, dövblinda och hörselskadade. Socialstyrelsen; 2008.

20. Framtiden för hjälpmedelsverksamheten. Hjälpmedelsinstitutet/Kairos Future; 2010.
21. Hälso- och sjukvårdsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
22. SOU 2008: 77. Möjlighet att leva som andra. Fritzes; 2008.
23. Till mångas nytta om behovet av ett nationellt kunskapscenter för frågor om flera och omfattande funktionsnedsättningar. Riksförbundet FBU; 2010.
24. Kompetenssatsning – personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.
25. Social tillsyn – länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009. Socialstyrelsen; 2010.
26. Uppgift från Katarina Pihl. 2010-12-15.
27. Individuell plan enligt LSS, en rättighet för många som utnyttjas av få. Länsstyrelserna; 2009.
28. Stimulansbidrag LOV. Slutrapport december 2010. Socialstyrelsen; 2010.
29. Verksamheter med personliga ombud – lägesrapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
30. Personliga ombud – ledningsgruppens spejare i välfärdssystemet. Socialstyrelsen; 2010.
31. Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Socialstyrelsen; 2009.
32. Föreskrift (SOSFS 2007: 10) för samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Socialstyrelsen; 2007.

Missbruks- och beroendevård

1. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2007.
2. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2008.
3. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
4. Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna. Insatser år 2009. Socialstyrelsen; 2010.
5. Bearbetning av Socialstyrelsens patientregister. 2010-12-01
6. <http://www.kriminalvarden.se/sv/Statistik/Missbrukare/> 2010-12-29
7. Bearbetning av Socialstyrelsens dödsorsaksregister. 2010-12-01
8. Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009. Statistiska centralbyrån, 2010.
9. <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajakamforelser/2010-12-29>
10. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen; 2007.
11. Föreskrift (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika. Socialstyrelsen; 2007.
12. Statliga stöd i alkoholpolitiken – Påverkas ungas alkoholkonsumtion? (RiR 2010:21). Riksrevisionen; 2010.

13. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Preliminär version. Socialstyrelsen; 2010.
14. Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2007. Socialstyrelsen; 2010.
15. Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2008. Socialstyrelsen; 2010.
16. Bearbetning av Socialstyrelsens läkemedelsregister. 2010-12-01
17. Faktaunderlag till nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen; 2007.

Vård och omsorg om äldre

1. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2008.
2. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
3. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
4. Lägesrapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
5. Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa I Sverige 2005. Socialstyrelsen; 2007.
6. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende 2010. Socialstyrelsen; 2010.
7. Länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009. Socialstyrelsen; 2010.
8. Äldreguiden. <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/>
9. Indikatorer för en god läkemedelsterapi. Socialstyrelsen; 2010.
10. Gyllensvärd, H. Fallolyckor bland äldre. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm, 2009.
11. B Modén, J Merlo, H Ohlsson, M Rosvall, J Epidemiol Community Health 2010; 64: 440-446.
12. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2008. Socialstyrelsen; 2009.
13. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2006. Socialstyrelsen; 2007.
14. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2005. Socialstyrelsen; 2006.
15. Kommundatabasen. <http://www.kommundatabas.se/>. Hämtad december 2010.
16. Likhet inför äldreomsorgen? Kommunala variationer och de anhöriga. Socialstyrelsen; 2005.
17. Tid för vård och Omsorg. Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid? Socialstyrelsen; 2005.

Övrig individ- och familjeomsorg

1. Ekonomiskt bistånd. Stöd för rättstillämpning och handläggning av ärenden i den kommunala socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2003.
2. www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Pressrum/Pressmeddelanden. Nedladdat 2010-11-03.

3. Agenmark, A. Försörjningsstöd vid sjukdom och ohälsa. PM. Stockholm: Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen; 2010-10-11.
4. Ekonomiskt bistånd kvartal 1-2, år 2010 och Ekonomiskt bistånd kvartal 1-3, år 2010. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen; 2010.
5. Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd. Redovisning av en testinsamling 2009. Socialstyrelsen; 2010
6. Bostadsmarknaden 2010-2011, Med slutsatser från bostadsmarknadsenkäten 2010. Boverket; 2010.
7. Plan för fortlöpande uppföljning av hemlöshetens omfattning och karaktär. En kunskaps- och informationsstrategi. Socialstyrelsen; 2008.
8. www.kronofogden.se/nyheterpressrum/statistik/vrakningar/2009.4.6d02084411db6e252fe800011137.html
9. <http://www.kronofogden.se/download/18.233f91f71260075abe8800022017/Avhysning+2008-2009+barn+l%C3%A4n%2Bkommun.pdf>
10. Sveriges officiella statistik. Vuxna personer med missbruksproblem och övrig vuxna- insatser år 2009. Socialstyrelsen; 2010.
11. <http://www.mynewsdesk.com/se/pressroom/malmo/pressrelease/view/aarlig-kartlaeggning-av-hemloesa-i-malmoe-katrin-stjernfeldt-jammeh-socialkommunalraad-kommenterar-kartlaeggningen-av-hemloesa-506705>,
12. Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen. TJÄNSTEUTLÅTANDE DNR 3.1-0297/2010 SID 1 (7) 2010-05-31.
13. <http://insyn.stockholm.se/soc/document/2010-06-22/Dagordning/11/11.pdf>
14. [http://www5.goteborg.se/prod/fastighetskontoret/boendeportal/dalis2.nsf/vyFilArkiv/Boinv1_rapp_Dec09.pdf/\\$file/Boinv1_rapp_Dec09.pdf](http://www5.goteborg.se/prod/fastighetskontoret/boendeportal/dalis2.nsf/vyFilArkiv/Boinv1_rapp_Dec09.pdf/$file/Boinv1_rapp_Dec09.pdf)
15. www.lantmateriet.se/templates/LMV_Page.aspx?id=17137
16. Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt. En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar. Socialstyrelsen; 2009.
17. En fast punkt. Vägledning om boendelösningar för hemlösa personer. Socialstyrelsen; 2010.
18. <http://www.soch.lu.se/forskning/forskningsprojekt/hemloeshet>
19. Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar. En strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Fritzes; 2007.
20. Hemlös 2010 – En status rapport om det offentliga stödet till människor som lever i hemlöshet av Stockholms Stadsmission och professor Hans Swärd. Stockholms stadsmission; 2010.
21. Tillfälliga lösningar för permanenta behov. Uppföljning av den sekundära bostadsmarknaden – kommunernas boendelösningar för hemlösa personer. Socialstyrelsen; 2009.
22. Vräkningsförebyggande arbete – stöd till socialtjänsten och andra aktörer. Socialstyrelsen; 2008.
23. Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar – Genomförande av regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2007–2009. Slutrapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.

24. Verner Denvall, Shari Granlöv, Marcus Knutagård, Marie Nordfeldt & Hans Swärd.. Meddelanden från Socialhögskolan 2010:1 Utvärdering av ”Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar” Delrapport. Lund, Socialhögskolan, 2010.
25. <http://www.erstadiakoni.se/Page601.aspx>
26. Institutet för klinisk psykologi AB/Socialstyrelsen 2010
27. Anmällda brott, preliminär statistik för första halvåret 2010. Brottsförebyggande rådet; 2010.
28. Våld mot kvinnor och män i nära relationer, Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet, Rapport 2009:12, s.15. Brottsförebyggande rådet; 2009.
29. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
30. Om utsatthet, trygghet och förtroende, Rapport 2010:2. Brottsförebyggande rådet & NTU; 2009.
31. Annerbäck, A-M, Wingren, G, Svedin, CG, Gustafsson, PA, Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden-findings from a population-based youth survey, Acta Paediatrica, Vol.99, Issue 8, s.1229-1236, augusti 2010.
32. Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer En systematisk översikt s.12. Socialstyrelsen; 2006.
33. Stöd till barn som upplevt våld mot mamma. Preliminära resultat av en nationell utvärdering. Socialstyrelsen och Göteborgs universitet; 2010.
34. Inventering av vårdbehov och utvärdering av socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor. Socialstyrelsen & Karolinska institutet; 2010.
35. Beskrivning och utvärdering av ideella kvinnojourer. Socialstyrelsen och Karolinska institutet; 2010.
36. Behandling av män som utövar våld i nära relationer – en utvärdering. Socialstyrelsen; 2010.
37. Uppdrag att sammanställa och sprida kunskap om våldsutsatthet bland kvinnor med missbruk – delredovisning 2. Dnr 2893/2008. Socialstyrelsen; 2010.
38. Interventioner för våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättning. Underhandsrapport. Socialstyrelsen; 2010.
39. Slutredovisning av uppdraget att verka för att befintlig kunskap om stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld sprids till personal inom socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2010.
40. Utveckling pågår – en kartläggning av Kvinnofridsarbetet i kommuner, landsting och regioner. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
41. Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld – alla kommuners ansvar. Rapport från en nationell tillsyn 2008-2009. Socialstyrelsen & Länsstyrelserna; 2009.
42. Att uppfylla samhällsansvaret, förbättrat kunskapsstöd när det gäller socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2009.
43. Kartläggning av missbrukare som fått pengar från prostitution. Umeå: Umeå universitet; Institutet för klinisk psykologi, 2010.

44. Verksamhetskartläggning av verksamheter som kommer i kontakt med prostitution och människohandel för sexuella ändamål, i de tre storstadskommunerna och 13 mindre kommuner. Socialstyrelsen; 2010.
45. Kriminalstatistik 2009. Rapport 2010:15. Brottsförebyggande rådet; 2009.
46. Prostitution, Handlar det om val? - sexhandeln via community, chatt och portal. En rapport kring försäljning och köp av sexuella tjänster via Internets olika kontaktformer samt ungas användning av webcam i sexuella sammanhang. Malmö stad: Kompetenscentrum; 2010.
47. Government Offices of Sweden. UNGASS Country Progress Report Sweden. Regeringskansliet; 2010.
48. Interventioner mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål, en systematisk kartläggning med kompletterande intervjuer av svenska insatser. Socialstyrelsen & Institutet för metodutveckling inom socialtjänsten; 2008.
49. Socialstyrelsens yttrande över betänkandet "Förbud mot köp av sexuell tjänst – en utvärdering 1999-2008", SOU 2010:49. Dnr 23884/2010.
50. Prostitution & människohandel för sexuella ändamål, stöd och hjälp till vuxna personer. Ett utbildningsmaterial. Socialstyrelsen; 2010.

Bilaga 1. Målen för god vård

Begreppet God vård har inspirerats av internationella ansatser, och presenterades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). I föreskriften lyfts sex områden, eller mål, fram som viktiga förutsättningar för God vård. De sex målen är patientfokuserad hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård samt effektiv hälso- och sjukvård. I den handbok som Socialstyrelsen publicerade 2006 beskrivs kortfattat innebörden av de sex målen [1].

Under 2008 och 2009 arbetade sex olika expertgrupper med att utvidga och ytterligare förtydliga innebörden för de sex målen.

Nedan presenteras den ursprungliga innebörden samt de utvidgade förtydliganden av innebörden för varje område som de sex expertgrupperna tog fram, och som presenterades i en rapport 2009 [3]

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

”En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten”. Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [1].

Förtydligad innebörd, Socialstyrelsen 2009 [2]: ”En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Det är viktigt att patienten bemöts utifrån hans/hennes sociala sammanhang och att vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten. Största möjliga kontinuitet i kontakter och information bör eftersträvas och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks. Detta förutsätter i sin tur en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.”

Tillgänglig hälso- och sjukvård i rimlig tid

Definitionen fokuserar mest på hälso- och sjukvård i rimlig tid.

”Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av”. Innebörd

enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [1].

”En tillgänglig hälso- och sjukvård rymmer många fler dimensioner än väntetider. Det handlar till exempel om vilka personer som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet, det vill säga om det finns enskilda personer eller grupper som inte tas emot av hälso- och sjukvården. Tillgänglighet handlar också om att veta vart man ska vända sig och att kunna få kontakt med vården när det behövs och om fysisk och geografisk tillgänglighet men också om tillgång till information och dokumentation. Vidare handlar tillgänglighet om tillgång till nya effektiva behandlingsmetoder och till rehabilitering/habilitering” [3].

Säker hälso- och sjukvård

”Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete”. Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [1].

Förtydligad innebörd, Socialstyrelsen 2009 [2]: ”En säker vård minskar risken för vårdskador. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Grunden för säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt. En förutsättning för att förebygga vårdskador är att vårdgivaren har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet. [SOSFS 2005] Ett proaktivt säkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformulering, uppföljning, analys samt återföring av resultat. Detta ska ske på alla nivåer i organisationen”.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

”Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att bemöta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt”. Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [1].

Jämlik hälso- och sjukvård

”Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla”. Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [1].

Förtydligad innebörd, Socialstyrelsen 2009 [2]: ”Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Eftersom hälsan inte är jämnt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolk-

ningen prioritera de som har störst behov och som dessutom bör vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.”

Effektiv hälso- och sjukvård

”Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.” Innebörd enligt ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [1].

Förtydligad innebörd, Socialstyrelsen 2009 [2]: ”Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Effektivitet kan därför enkelt uttryckas som måluppfyllelse i förhållande till kostnaden för de insatta resurserna. En effektiv vård har hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. Det betyder att hälso- och sjukvården och tandvården ska hålla hög kvalitet i förhållande till de resurser som används för att vården ska anses vara effektiv. Begreppet hög kvalitet är alltså relativt och bör mätas i förhållande till hälso- och sjukvårdens och tandvårdens mål.”

Referenser

1. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2006.
2. Nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen; 2009.
3. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen 2009.