

Lägesrapport 2010

Folkhälsa

Hälso- och sjukvård

Individ- och familjeomsorg

Stöd och service till personer
med funktionsnedsättning

Vård och omsorg om äldre

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	2010-3-21
Sättning	Edita Västra Aros AB
Tryck	Edita Västra Aros AB, Västerås, mars 2010
Publicerad	www.socialstyrelsen.se mars 2010

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen, med undantag av de år då s.k. tematiska rapporter presenterats, i princip årligen lämnat lägesrapporter inom fem områden; folkhälsa, hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt äldreomsorg och äldreomsorg.

Lägesrapporterna har förmedlat en ”ögonblicksbild” över utvecklingen och tillståndet inom respektive område. Under de gångna åren har det funnits en strävan att utveckla en gemensam, systematisk struktur och gemensamma indikatorer för rapporteringen inom respektive område. Idag är denna strävan än mer uttalad och har resulterat i att en systematisk och kontinuerlig verksamhetsuppföljning på nationell nivå börjar ta form. Sedan 2006 publicerar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen årligen under vinjetten Öppna jämförelser en gemensam rapport med övergripande jämförelser av hälso- och sjukvård. Denna årliga rapportering utvecklas successivt med nya indikatorer och datakällor. En första rapport om öppna jämförelser på folkhälsoområdet har utarbetats i samarbete mellan SKL, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen. Inom socialtjänsten pågår arbetet med att göra öppna jämförelser möjliga och öka datatillgången när det gäller stödet till personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg inklusive hemsjukvård samt individ- och familjeomsorg.

Öppna jämförelser ger en snabb orientering om tillståndet och utvecklingen inom respektive område. Det finns bland annat mot denna bakgrund skäl att överväga kommande lägesrapporters och tematiska rapporters inriktning och innehåll. Socialstyrelsen tar i lägesrapporteringen 2010 ett första steg i arbetet mot mer sammanhållna lägesrapporter, där flera verksamhetsområden integreras och analyseras. Denna rapport inleds med en tillbakablick på det intensiva reform- och utvecklingsarbete som påbörjades under 1990-talet. I fristående fördjupningsdelar redovisas den aktuella utvecklingen inom respektive område.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattande kommentarer	7
Reform- och utvecklingsarbete 1992 - 2005	7
Kvarstående problem.....	7
Aktuella utvecklingslinjer	8
Inledning	14
Regeringsuppdragen	14
Bakgrund	14
Öppna jämförelser ger nya förutsättningar	14
Syfte	15
Målgrupp	15
Genomförandet	15
Vård och omsorg 1992 - 2005	16
Statens styrning av vård och omsorg	16
1990-talets reformer – vidgat primärkommunalt ansvar	16
Initiativ för ökad samverkan.....	17
2000-talet – nationella handlingsplaner och verksamhetsanknutna statsbidrag	18
Ekonomiska styrmedel	20
”Behov” av vård och omsorg.....	20
Förväntad utveckling 1994 – 2005	21
Baskalkylen	21
Bedömningen.....	21
Vad hände? - Utvecklingen 1994 – 2005	23
Vård och omsorg om äldre	23
Handikappomsorgen	25
Individ- och familjeomsorg (IFO)	26
Hälso- och sjukvård.....	31
Utvecklingen efter 2005	35
Den statliga styrningen.....	35
Referenser	37
Fördjupningsdelar	39
Folkhälsa	41
Hälso- och sjukvård	73
Individ- och familjeomsorg	105
Stöd och service till personer med funktionsnedsättning	135
Vård och omsorg om äldre	149

Sammanfattande kommentarer

Reform- och utvecklingsarbete 1992 - 2005

Ju tydligare målinriktning i kombination med lagstiftning, stöd vid implementering och krav på uppföljning desto bättre möjligheter att få effekter av den politik som förs.

De reformer som genomfördes under 1990-talet hade framför allt som mål att tydliggöra kommunernas respektive landstingens ansvar inom vård och omsorg. Att skapa förutsättningar för och underlätta samverkan var också en viktig del av reformarbetet.

Reformerna fick flera positiva effekter;

- personer med långvariga vård- och omsorgsbehov behövde inte längre vistas eller bo i sjukhus eller annan institutionsmiljö
- boende och vård förbättrades framför allt för personer med demens och psykiska funktionshinder
- möjligheterna att bo i eget hem ökade genom att hjälp och stöd i hemmiljö utvecklades
- rättighetslagstiftningen (LSS och LASS) fick stor betydelse för att personer med funktionsnedsättningar skulle kunna leva ett mer aktivt och självständigt liv
- antalet utskrivningsklara¹ inom sjukvården minskade
- kompetensen ökade påtagligt bland vård- och omsorgspersonal
- psykiskt funktionshindrade personers situation i samhället uppmärksammades i större utsträckning än tidigare
- samverkan mellan främst socialtjänst och psykiatri förbättrades.

Det är svårare att bedöma resultaten av nationella handlingsplaner, överenskommelser och stimulansbidrag som blev vanligare under senare delen av 1990-talet och 2000-talets första hälft. Det är i det närmaste omöjligt att avgränsa och följa upp utvecklingen inom ett område utifrån en statlig satsning, när flera olika satsningar pågår samtidigt.

I ett begränsat tidsperspektiv kan det vara effektivt att styra med riktade statsbidrag. Men det finns också problem. Statsbidragen införs ibland med kort varsel. De kan även vara resurskrävande för kommuner och landsting att planera och söka.

Kvarstående problem

Staten har bidragit med omfattande ekonomiska stimulansmedel inom vård och omsorg under de senaste decennierna. Men det finns fortfarande problem som har att göra med

- ett fortsatt splittrat ansvar mellan kommuner och landsting för hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende

¹ Tidigare medicinskt färdigbehandlade

- parallella organisationer framför allt inom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamheten
- korta vårdtider på sjukhus med ökat tryck på hemsjukvård och kommunernas korttidsboenden som följd
- att många patienter skadas inom hälso- och sjukvården
- återkommande överbeläggningar på sjukhus
- brister i medicinsk kompetens i kommunal vård och omsorg
- brister i läkares medverkan i kommunal vård och omsorg
- att forskning och studier till stor del saknas inom socialtjänsten.

Aktuella utvecklingslinjer

Hälsoutvecklingen bland äldre är positiv men de ungas hälsoutveckling är oroande

- medellivslängden ökar
- dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar
- insjuknandet i flera folksjukdomar förskjuts till högre åldrar
- slutenvård för depressioner, ångesttillstånd och självmordsförsök ökar bland unga, liksom vård för alkoholrelaterade diagnoser.

Behoven av samverkan blir allt mer påtagliga men huvudmannagränserna och ekonomiska överväganden utgör fortfarande hinder

- för äldre, framför allt de med stora vård- och omsorgsbehov som behöver ett sammanhållet omhändertagande
- för nya grupper med ofta omfattande och sammansatta behov, t.ex. personer utsatta för s.k. hedersrelaterat våld, personer med neuropsykiatriska svårigheter, personer med självskadebeteenden m.fl.

Flera av de problem som kvarstår är relaterade till bristande samverkan mellan huvudmännen och bristande samordning av deras resurser i stödet till enskilda personer. Under 2002-2004 fanns ett särskilt statsbidrag för att främja samverkan mellan kommuner och landsting med vikande befolkningsunderlag. Åtgärder som underlättade nödvändiga omställningar eller gav förutsättningar för en bättre utveckling skulle stödjas. Sammanlagt delades 125 miljoner kronor ut till 200 projekt. De flesta resulterade i samverkan av mindre genomgripande karaktär, som sannolikt skulle ha genomförts även utan bidrag (24).

Ekonomiska svårigheter är en stark drivkraft för samverkan. Den bedöms kunna ge stordriftsfördelar. Men för de ur kostnadshänseende tunga verksamheterna i kommunerna såsom skola, barnomsorg och många delar av vård- och omsorgsverksamheten är det svårt att finna former som kan ge stordriftsfördelar. Inom vård och omsorg rör samverkan i de flesta fall hjälpmedel och färdtjänst och då i form av kommunalförbund (25).

Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting samverkar i en gemensam nämnd med ansvar för hälso- och sjukvården och omsorgen, det s.k. TioHundra-projektet. Huvudmotiven för verksamheten är att åstadkomma ett sammanhållet lokalt befolknings- och finansieringsansvar och ta bort incitamenten för att vältra över kostnader till annan huvudman. Det mellan huvudmännen gemensamma bolaget, TioHundra AB, svarar sedan 2006 för verk-

samheten vid Norrtälje sjukhus, primärvården, äldre- och handikappomsorg, barn- och ungdomspsykiatri, habilitering, beroendevård, ungdomsmottagning m.m. Nytt ställningstagande till en eventuell fortsatt gemensam nämnd tas under 2010.

Att trygga personal- och kompetensförsörjningen är en annan drivkraft för samverkan (25). Kommuner kan t.ex. dela på specialisttjänster inom områden där en kommun inte själv har tillräckligt med uppgifter för en heltidsbefattning. Samverkan av detta slag är vanligt förekommande och kommer att bli allt vanligare. Socialtjänsten möter numera nya grupper med många gånger omfattande och sammansatta behov. Särskilt för de mindre kommunerna blir behovet av samverkan mellan kommuner än mer uttalat, eftersom verksamheterna inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg, liksom inom delar av sjukvården, präglas av ökad specialisering, differentiering och fragmentisering. Varje enskild kommun kan helt enkelt inte tillgodose alla former av särskild kompetens.

När flera kommuner samverkar för att få ett större befolkningsunderlag och på så sätt kunna erbjuda viss service och omsorg är detta ekonomiskt fördelaktigt för alla inblandade parter. När kommuner och landsting ska samverka över huvudmannagränserna kan de ekonomiska incitamenten vara starka ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, men inte entydigt positiva ur ett kommunalekonomiskt perspektiv. Ekonomiska överväganden tenderar på så sätt att bli hinder för samverkan (18).

Nya former för organisation och drift utvecklas för att stimulera kvaliteten i verksamheterna och den enskildes valfrihet

- kundvalssystem, vårdvalssystem – individen väljer
- ökat fokus på mål- och resultatbaserade ersättningssystem
- ökat ansvar, men också ökad delaktighet, för individ och familj/anhöriga
- utbudet styr efterfrågan
- centralisering - rikssjukvård, kunskapscentra

Driften av en växande andel av vård och omsorg har sedan mitten av 1990-talet lagts ut på privata utförare. Närmare 14 procent av vården och omsorgen om äldre personer utfördes 2008 av privata entreprenörer. Att förvaltningsorganisationen inom kommunerna förändrats har underlättat denna utveckling. I mitten av 1990-talet var det i regel samma tjänsteman inom äldre- och handikappomsorgen som ansvarade för såväl beslut som verkställighet. I slutet av årtiondet var det vanligare att kommunerna skiljde ansvaret för beslut från utförandet av insatserna. Kundvalssystem, möjligheten att köpa tilläggstjänster, som man betalar själv, och skattereduktion för hushållstjänster förstärker utvecklingen. Det innebär också att den enskilde brukaren får ta ett större ansvar för den vård och omsorg som hon eller han vill ha.

Syftet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, är att ge enskilda personer ökade valmöjligheter genom att främja en mångfald utförare inom vård och omsorg. Vid upphandlingar enligt LOV är priset fastställt på förhand och utförarna konkurrerar med kvalitet. Landsting och regioner har enligt riksdagens beslut infört vårdval i primärvården 2010. Bestämmelserna i LOV ska tillämpas för vårdval i primärvården.

Inom hälso- och sjukvården har problemen med en ojämlik vård, en sjukvård svår att nå kontakt med och långa väntetider på motsvarande sätt mötts genom att stimulera en mångfald vårdgivare, t.ex. vårdvalet i primärvården, och med ekonomiska incitament t.ex. ”kömiljarden”. Andra problem som uppmärksammas alltmer under 2000-talet är brister i patientsäkerhet och i läkemedelshantering. För att lösa dessa behöver framför allt processer, organisering och styrning av vården förbättras. Men det krävs också ett tydligt ledarskap och att patientperspektivet får en reell innebörd.

Sjukhusens organisationssystem bygger sedan länge på stordrift och massproduktion. Funktioner eller enheter är åtskilda och styrs var för sig. Detta bidrar till långa utrednings- och behandlingstider, skapar köer och motverkar kvalitetsarbete. Men en annan verksamhetsfilosofi börjar nu vinna insteg, den s.k. ”lean-modellen”. Lean bygger på två principer; att fokusera på snabba och smidiga patientflöden och att bygga strukturer så att sjukhusets team själva kontinuerligt kan förbättra sitt sätt att arbeta. Genom att förbättra all vårdpersonals delaktighet uppnås betydande effekter på patientsäkerhet och effektivitet.

I takt med att institutioner avvecklas och ”vården flyttar hem” har familj och anhöriga fått ta ett ökat ansvar. I vård och omsorg om äldre prioriteras de som är ensamstående. Makar förväntas att ta hand om varandra och barn som bor nära sina föräldrar förväntas stötta upp. Detta innebär också att anhöriga blir mer delaktiga i sina närståendes vård och omsorg med de positiva effekter det har för såväl den enskilde som de anhöriga om de sistnämnda får adekvat stöd i och för sina insatser.

Vård och omsorg sker i samarbete och samverkan mellan olika professioner och vårdgivare. Det kan finnas en risk för att ökade valmöjligheter för klienter och patienter i praktiken medför att de påförs ett ansvar för sin egen vård och omsorg som de kan ha svårt att axla. Patienter kan t.ex. i högre grad förutsättas hålla samman vårdprocesser som involverar flera parter. I vissa situationer kan sådana möjligheter stärka patientens ställning. För andra kan det innebära ett orimligt stort ansvar (27).

Nya verksamhetsformer utvecklas

- fler insatser som ”service” utan utredning och behovsprövning
- generella insatser i stället för biståndsbedömda
- ökad specialisering, differentiering, fragmentisering ökar riskerna för bristande helhet och kontinuitet
- teknikstöd
- gemensamma verksamheter mellan kommun och landsting kring olika målgrupper, t.ex. barn och unga (familjecentraler, barnahus, ungdomshälsa) och personer med missbruk eller beroende.

Socialtjänstens, framför allt individ- och familjeomsorgens, ansvar och målgrupper, vidgas successivt genom samhällsutvecklingen och politiska beslut. Såväl lokalt som nationellt diskuteras vad som ska vara IFO:s kärnuppgift, vilka områden och grupper som ska prioriteras. Men genom kommunernas yttersta ansvar för invånarna är IFO det sista skyddsnätet för människor vilkas hjälpbehov inte tillgodoses av andra instanser. IFO möter på så sätt också

”nya” grupper med ibland sammansatta behov och människor i specifika problemsituationer. Specialiseringen och differentieringen både vad gäller metoder och insatser ökar med risk för bristande helhetssyn och kontinuitet.

Det finns en tydlig tendens inom sjukvården till ökad specialisering och centralisering. Rikssjukvård och regionala kunskapscentra är uttryck för detta. Centrumbildningar är ett svar på behovet att skapa s.k. kritiska massor för att kunna bedriva forskning och behandling på ett framgångsrikt sätt. Specialiseringen i kombination med att allt fler huvudsakligen behandlas i öppenvården ställer krav på en nära kontakt mellan forskningsfront och öppenvård

Under senare år har de tekniska förutsättningarna förändrats framför allt genom Internets genomslag. Men också utvecklingen av bredbandsteknik, mobiltelefoni och navigeringssystem (satellitbaserade m.m.) har bidragit till denna förändring. De olika kommunikationsteknikerna tenderar dessutom att i allt högre utsträckning vävas samman, vilket i sin tur skapar nya möjligheter. Kommunikationsteknikerna förväntas få stor betydelse för den fortsatta hjälpmedelsutvecklingen. Personer med funktionsnedsättning som får rätt utformat teknikstöd² i boendet kan upprätthålla kontakter med omvärlden och klara dagliga aktiviteter i en större omfattning än vad som skett hittills (9).

Samtidigt som utvecklingen ökar möjligheterna för människor att bo kvar i sin invanda miljö och aktivt delta i samhällslivet, kan den också verka i rakt motsatt riktning, dvs. utestängande. Service och tjänster inom olika samhällsområden, t.ex. banktjänster och information från myndigheter, förutsätter i allt större utsträckning att man inte bara har tillgång till dator utan också är förhållandevis hemmastadd i en tekniskt allt mer avancerad miljö.

Medborgarnas förväntningar och krav på socialtjänst och hälso- och sjukvård ökar men vad det offentliga åtagandet omfattar är inte tydligt eller synliggjort

- det finns en målkonflikt mellan å ena sidan lagstiftningens regler om behovsstyrning och å andra sidan strävan efter ökat inflytande och medbestämmande för patienten/klienten
- det är oklart i vilken mån intentionerna om ”behovsstyrning” och ”lika villkor” uppnås
- hälso- och sjukvården är inte jämlik. Människor med olika utbildningsbakgrund behandlas t.ex. olika.

Förväntningarna och efterfrågan på såväl socialtjänstens som hälso- och sjukvårdens insatser ökar bland annat till följd av att befolkningen åldras och att den medicinteknologiska utvecklingen erbjuder allt fler och allt mer avancerade behandlingsmetoder. Avståndet mellan vad som är möjligt att utföra inom sjukvården och de resurser som finns tillgängliga för detta ökar.

Det finns en inbyggd konflikt mellan å ena sidan lagstiftningens regler om behovsstyrning och å andra sidan strävan efter ökad valfrihet och medbestämmande för patienten/klienten eller snarare mellan s.k. behovsstyrd respektive s.k. efterstyrd vård och omsorg. Den avgörande skillnaden mellan dessa är

² Med teknikstöd avses både produkter och tjänster som bidrar till livskvalitet i boendet. Tjänster kan idag förmedlas både via bredband och trådlöst.

vem som avgör vilka behov som ska tillgodoses och hur betalningen sker. I vilken mån intentionerna om ”behovsstyrning” och ”lika villkor” uppnås är osäkert.

Begreppet valfrihet har hittills haft en avgränsad betydelse. Det handlar främst om val av vårdgivare. Men det kan också handla om att medborgarna får en vidgad roll när olika rehabiliteringsinsatser eller behandlingsterapier ska väljas. Förlossningsvården är ett exempel på det sistnämnda. Förmågan och möjligheterna för medborgarna att efterfråga vård kommer att öka och överstiga det kollektivas möjligheter att finansiera den.

Kunskapsbaserad praktik präglar i ökande utsträckning såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst men särskilt inom socialtjänsten behövs mer forskning och studier

- utvecklingen mot ett alltmer kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården fortgår. Men ett snabbt genomslag av evidensbaserat kliniskt beslutsfattande förutsätter att mottagarstrukturen har beredskap för att ta till sig vetenskapliga rön
- inom socialtjänsten pågår ett målmedvetet arbete med att utveckla en evidensbaserad praktik genom kunskapsöversikter och riktlinjearbete. Kravet på en evidensbaserad socialtjänst har varit omdebatterat men tanken på evidensbaserad praktik är numera relativt etablerad i kommunerna.

Vård och omsorg ska ha en stark kunskapsbas. Kunskapsstyrning har blivit ett begrepp som anger att vårdorganisationers medarbetare i varje situation söker tillämpa bästa möjliga kunskap, utöver vetenskaplig kunskap även praktisk sådan. Kunskapsstyrning omfattar allt från systematisk uppföljning av resultat, utarbetande av kunskapsunderlag, riktlinjer och vårdprogram till medverkan i forskning och utbildning. Kunskapsstyrning innebär också ett ständigt förbättringsarbete allteftersom nya insikter vinnas. Hälso- och sjukvården har jämfört med socialtjänsten längre erfarenhet av arbete av detta slag bland annat genom de nationella kvalitetsregistren. Målen för verksamheten följs upp med olika indikatorer och rapporteras in till registren. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet driver på utvecklingen.

De nationella riktlinjerna fungerar som stöd vid beslut om prioriteringar. På så sätt bidrar de till öppna och systematiska prioriteringar så att vårdens resurser används där de gör mest nytta. Riktlinjerna innehåller också rekommendationer om åtgärder som vården inte ska utföra för att de saknar effekt eller för att de är skadliga.

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården omfattar vård och behandling inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. De publicerades i början av 2007 och förenar olika vårdkulturer, kunskapstraditioner och arbetsmetoder. Socialstyrelsen har också tagit fram ett förslag med exempel på hur man på lokal och regional nivå kan beskriva, följa och utveckla kvaliteten i missbrukarvården och vilka områden som bör belysas i sådana uppföljningar. I detta sammanhang kan även de preliminära versionerna av nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom respektive psykosociala insatser för personer med schizofreni nämnas.

Kravet på en evidensbaserad socialtjänst väckte mycket debatt i slutet av 1990-talet, men tanken kan nu sägas vara relativt etablerad i kommunerna. Om evidensbaserad medicin innebär att integrera bästa forskningsstöd med klinisk expertis och patientvärderingar, så är en motsvarande beskrivning av evidensbaserad praktik i ett socialtjänstsammanhang att integrera bästa forskningsstöd med professionell praktisk erfarenhet och klientens värderingar, förväntningar och förutsättningar (12). Till stora delar saknas emellertid inom socialtjänsten forskning och studier. Systematisk dokumentation och uppföljning av de insatser som görs måste också utvecklas.

Inledning

Regeringsuppdragen

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att senast den 31 mars 2010, med särskild inriktning på väsentliga förändringar, redovisa tillståndet och utvecklingen vad gäller

- folkhälsa
- hälso- och sjukvård
- individ- och familjeomsorg
- stöd och service till flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder
- äldreomsorg och äldreomsorg.

Bakgrund

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen, med undantag av de år då s.k. tematiska rapporter presenterats, i princip årligen lämnat lägesrapporter inom ovan nämnda områden. Lägesrapporterna har förmedlat en ”ögonblicksbild” över utvecklingen och tillståndet inom respektive område. Det har också funnits, och finns i dag än mer uttalat, en strävan att utveckla en gemensam, systematisk struktur och gemensamma indikatorer för rapporteringen inom respektive område.

Öppna jämförelser ger nya förutsättningar

Det intensiva, pågående utvecklingsarbetet för att förverkliga systematisk och kontinuerlig verksamhetsuppföljning på nationell nivå har medfört att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen sedan 2006 årligen under vinjetten *Öppna jämförelser* publicerar en gemensam rapport med övergripande jämförelser av hälso- och sjukvård. Denna årliga rapportering utvecklas successivt med nya indikatorer och datakällor.

Ett motsvarande arbete pågår inom folkhälsoområdet i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen. I oktober 2009 publicerades den första rapporten med öppna jämförelser av folkhälsan i landsting och kommuner.

Inom socialtjänsten pågår arbetet med att göra öppna jämförelser möjliga inom flera verksamhetsområden. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med SKL intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka datatillgången när det gäller stödet till personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg inklusive hemsjukvård samt individ- och familjeomsorg. Resultaten av de årliga verksamhetsuppföljningarna på nationell nivå presenteras i flera rapporter och i skilda sammanhang. Detta ger goda möjligheter att få en snabb orientering om tillståndet och utvecklingen inom respektive område, vilket också ger värdefullt underlag för omvärldsanalys och fördjupad analys.

I takt med att öppna jämförelser publiceras årligen inom såväl socialtjänstens verksamheter som hälso- och sjukvården finns det skäl att överväga kommande lägesrapporters inriktning och innehåll.

Syfte

Det sker sällan stora förändringar på ett år. Det kan också vara svårt att urskilja olika skeenden i en pågående utveckling. Men om man blickar tillbaka och betraktar vad som hänt under ett par decennier tillbaka framträder viktiga utvecklingslinjer tydligare.

Denna rapport består av två delar. I den första delen förs en diskussion om folkhälsans och berörda välfärdstjänsters utveckling under 1990-talet och första hälften av 2000-talet. Detta sker mot bakgrund av dels statens ökande ambition att styra utvecklingen inom vård och omsorg, dels den ekonomiska utvecklingen under denna period. Denna del av lägesrapporteringen kan ses både som ett första steg i strävandena att föra samman olika kunskapsområden inom välfärdsområdet och som ett av flera underlag för att överväga kommande lägesrapporters inriktning och innehåll.

I den andra delen, fördjupningsdelen, redovisas aktuell information om vad som sker inom folkhälsa, stöd och service till personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg och äldreomsorg, individ- och familjeomsorg samt hälso- och sjukvård. Detta sker med inriktning på väsentliga förändringar i enlighet med uppdragen i regleringsbrevet för 2009.

Målgrupp

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

Genomförandet

Socialstyrelsen tar med denna rapport ett första steg till att utarbeta en delvis sammanhållen lägesrapport, som inleds med en tillbakablick på utvecklingen sedan 1990-talet. Under 1990-talet ägde stora förändringar rum inom vård och omsorg till följd av de reformer som då genomfördes. På regeringens uppdrag följde Socialstyrelsen upp och utvärderade dessa reformer. Detta arbete, Socialstyrelsens övriga rapporter och kostnadsberäkningar ligger till grund även för denna rapport. Ambitionen har varit att så långt möjligt utgå från ett medborgar- och brukarperspektiv, dvs. ett perspektiv där befolkningens och enskilda individers hälsa och välfärd ställs i centrum.

En parlamentarisk kommitté (HSU 2000) tillkallades 1992 med uppdrag att bland annat analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till 2010. Kommittén skulle särskilt beakta den demografiska utvecklingens betydelse för äldre människors behov av hälso- och sjukvård. I november 1996 presenterade den sitt delbetänkande (1). De beräkningar som där redovisades handlade främst om landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas vård och omsorg om äldre inklusive den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har låtit följa upp hur kommitténs framskrivningar av framtida hälso- och sjukvårdskostnader och kostnader för äldreomsorg stämmer överens med det faktiska utfallet 2005 (2). Uppföljningen fungerar som ett avstamp för redovisningen av utvecklingen inom de områden som omfattas av lägesrapporteringen.

Vård och omsorg 1992 - 2005

Under 1990-talet upplevde Sverige en ekonomisk kris. En central del av välfärdsdebatten under denna tid handlade om främst sjukvårdens men också socialtjänstens produktivitet och effektivitet i en krympande ekonomi. Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet och krav på förändringar hade i början av 1990-talet diskuterats länge men med begränsat resultat. Huvudmannagränserna ansågs vara hinder för att alternativa boende- och vårdformer och insatser i öppen vård skulle utvecklas. Omfattande resurser var bundna i vårdplatser inom såväl somatisk och psykiatrisk akutsjukvård som i långtidssjukvård. Många personer som hade kunnat klara sig hemma med anpassade stöd- och hjälpinsatser hade hospitaliserats. Problemen handlade bland annat om

- bristande samverkan mellan kommuner och landsting
- ingen eller svag integrering mellan sociala och medicinska insatser
- otillräcklig medicinsk kompetens i kommunerna
- bristande läkarmedverkan i kommunernas verksamheter
- bristande kontinuitet
- bristande rehabilitering och brister i tillgång till hjälpmedel.

Den ekonomiska krisen medförde att kraven på förändringar ökade. En allt tydligare ambition från staten att styra kommuner och landsting kunde också skönjas (3). Flera stora reformer genomfördes som påverkade socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter genom att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting förändrades.

Statens styrning av vård och omsorg

Statlig politik inom folkhälso- och välfärdsområdena verkar ofta genom eller i samspel med kommuner och landsting. Det sker inte bara genom lagstiftning utan också genom att riksdagen fattar beslut om nationella handlingsplaner och genom att överenskommelser träffas mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Såväl nationella handlingsplaner som överenskommelser kombineras ofta med stimulansbidrag inom de områden som berörs.

1990-talets reformer – vidgat primärkommunalt ansvar

Under 1990-talet genomfördes flera reformer inom vård och omsorg som ändrade ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. Kommunerna fick ett vidgat ansvar för personer som till följd av ålder eller av andra skäl hade nedsatt funktionsförmåga och därför behövde hjälp och stöd. Genom den ändrade ansvarsfördelningen blev även primärkommunerna sjukvårdshuvudmän.

Ädelreformen 1992 var den första och mest omfattande av reformerna på 1990-talet. Ansvar för 33 000 långvårdsplatser och 3 000 platser i gruppboenden för personer med åldersdemens fördes över från landstingen till kommunerna. Kommunerna övertog även ca 200 dagverksamheter för personer med demenssjukdom och 130 enheter för dagsjukvård. De fick dessutom betalningsansvar för personer som var medicinskt färdigbehandlade i den slutna vården och befogenhet att överta hemsjukvården i ordinärt boende exklusive läkarinsatser. Sammanlagt ca 55 000 anställda fick kommunen som ny arbetsgivare. Den ekonomiska regleringen, skatteväxling mellan landsting och kommuner, motsvarade 20,3 miljarder kronor i 1991 års prisnivå.

Även *handikappreformen 1994* innebar att uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting ändrades och att resurser överfördes från landstingen till kommunerna genom skatteväxling. Kommunernas kostnader för vissa omsorger om utvecklingsstörda, som de övertog från landstingen, beräknades då till 12 miljarder kronor. Personer med funktionshinder fick genom lagen (1993:387) om stöd och service (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) rätt till boende och stöd för den dagliga livsföringen från kommunerna.

Psykiatrireformen 1995 medförde att kommunerna fick huvudansvaret för boende och stöd i den dagliga livsföringen även till personer med psykisk funktionsnedsättning, främst personer som har långvariga och allvarliga psykiska besvär och som har svårt att klara det dagliga livet. Kommunernas ansvar förtydligades genom reformen, liksom deras ansvar för att utveckla boendeformer och verksamheter för sysselsättning. I genomsnitt överfördes genom reformen ca 15 procent av psykiatrins resurser till kommunerna genom skatteväxling, ca 1,4 miljarder kronor.

Genom en överenskommelse mellan staten och landstingen trädde den första *vårdgarantin* i kraft 1992. Den omfattade tolv olika insatser, huvudsakligen av kirurgisk karaktär, och innebar att ingen skulle behöva vänta mer än tre månader på behandling. Regeringen avsatte 500 miljoner kronor för denna vårdgaranti. I Dagmarförhandlingarna 1993 – 1995 enades regeringen och dåvarande Landstingsförbundet om att rekommendera landstingen att förlänga garantin till att omfatta även dessa år, men utan att staten sköt till ytterligare medel.

År 1997 ersattes vårdgarantin med en s.k. besöksgaranti för det första besöket i primärvården (inom 7 dagar) och för nybesök till den planerade specialistvården (inom 90 dagar).

Initiativ för ökad samverkan

1990-talet var också det decennium då staten stimulerade olika former av samverkan för att stödet till personer i behov av rehabilitering skulle utvecklas.

FRISAM, Samverkan inom rehabiliteringsområdet, var en frivillig samverkan mellan myndigheter verksamma inom rehabiliteringsområdet. Inriktningen angavs i regeringens proposition 1996/97 Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m. Verksamheten byggde på att parterna hade en gemensam ram för åtgärder, men att de ekonomiska besluten fattades av respektive myndighet/organisation.

SOCSAM, Lokal försöksverksamhet med finansiell samverkan mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst, drevs under perioden 1994 – 2006 med stöd av särskild lagstiftning. Arbetsmarknadsmyndigheten stod utanför SOCSAM, men var knuten till samtliga försöksverksamheter i form av samverkansavtal. Genom finansiell samordning skulle formella förutsättningar skapas för att prioritera gemensamma insatser. De medverkande parterna bildade ett gemensamt politiskt ledningsorgan och ansvarade på så sätt gemensamt för de verksamheter som ingick i försöksverksamheten.

FRISAM och SOCSAM utvärderades av Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket under ledning av en gemensam styrgrupp med företrädare även för dåvarande Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Alla berörda verkschefer och de båda verkställande direktörerna för dåvarande Landstingsförbundet respektive Svenska Kommunförbundet stod bakom och undertecknade den missivskrivelse som bifogades berörda slutrapporter (4). Sammantaget konstaterade man att det av utvärderingarna framgick *”vad beslutsam och väl fungerande verksamhet med samverkan kan betyda - för individ och samhälle. Det finns behov av att alla parter prioriterar arbetet med att få gränssnitten mellan sig att fungera, såväl på lokal som på central nivå.”*

FINSAM, Finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, blev den permanenta modellen för samordning av rehabiliteringsinsatser. Den regleras i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Samverkan mellan försäkringskassa, länsarbetsnämnd³, landsting/region och kommun syftar till att underlätta en effektiv resursanvändning och till att den enskilde ska uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete.

Ett fristående samordningsförbund där parterna är representerade beslutar om mål och riktlinjer för samordningen och stödjer samverkan mellan samverkansparterna. Förbundet svarar också för lokal uppföljning och utvärdering. Däremot får samordningsförbundet inte ägna sig åt myndighetsutövning gentemot enskilda personer.

Genom lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet kan ett landsting och en eller flera kommuner inom landstinget att samverka utan att en ny juridisk person bildas. Ledamöter och ersättare väljs från och av de samverkande kommunerna/landstinget.

2000-talet – nationella handlingsplaner och verksamhetsanknutna statsbidrag

Sedan början av 2000-talet har statens initiativ för att stimulera såväl en utveckling utifrån lokala behov som samverkan inom vård och omsorg i stor utsträckning handlat om nationella handlingsplaner. I regel har stimulansmedel kopplats till dessa.

Den första handlingsplanen rörde äldre, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken 1999 - 2001*. Den innehöll tre övergripande delar; successivt ökat

³ Länsarbetsnämnd, LAN, det tidigare Arbetsmarknadsverkets regionala organ, lades ner den 1 januari 2008. I samband härmed bildades den nya myndigheten Arbetsförmedlingen.

statsbidrag under treårsperioden, fastställa nya målformuleringar för den framtida äldrepolitiken och flera särskilda initiativ och åtgärder för att utveckla olika aspekter av vården och omsorgen.

I *Nationell handlingsplan för handikappolitiken 2000* prioriterades insatser inom tre områden; att se till att handikappolitiken genomsyrar alla samhällssektorer, att skapa ett tillgängligt samhälle och att förbättra bemötandet.

Statliga stimulansmedel lämnades med sammanlagt 22 miljoner kronor.

I den *nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården 2001 – 2004* angavs inriktningen för primärvård, vård och omsorg om äldre, psykisk ohälsa och mångfald av vårdgivare. Planen omfattade tre centrala delar; utvecklingsavtal, resurstillskott på närmare nio miljarder kronor (landstingen 70 procent, kommunerna 30 procent) och uppföljning.

Alkoholkommittén tillsattes 2001 och bedrev sin verksamhet med att förebygga alkoholskador till utgången av 2007, då den upphörde.

I *Narkotikahandlingsplanen 2002 – 2005* var målet för den svenska narkotikapolitiken ett narkotikafritt samhälle. Huvudinriktningen var målinriktade och samordnade insatser för att begränsa både utbudet och efterfrågan av narkotika. En *särskild nationell narkotikasamordnare 2002 - 2006* initierade och samordnade insatser inom handlingsplanens ram.

I samband med att Alkoholkommitténs respektive narkotikasamordnarens uppdrag upphörde överfördes delar av deras arbete till andra myndigheter.

Våren 2003 beslutade riksdagen om ett nationellt övergripande folkhälso-mål och en sektorsövergripande målstruktur för det samlade folkhälsoarbetet med elva målområden, *Mål för folkhälsan* (prop. 2002/03:35). I propositionen framhölls behovet av en samlad folkhälsorapportering för att effekterna av insatserna inom de elva målområdena skulle kunna analyseras och bedömas.

Från och med hösten 2003 till utgången av 2006 hade en *nationell psykiatrisamordnare* av regeringen i uppdrag att se över frågor som rörde arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering för psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade.

I den ekonomiska vårpropositionen 2004 föreslog regeringen en särskild satsning på *vidareutbildning av personal inom vård, skola och omsorg*. Riksdagens beslut med anledning av propositionen innebar att sammanlagt

6 000 personer under 2004 och 2005 fick möjlighet att arbeta deltid och studera inom den kommunala vuxenutbildningen eller högskolan.

I mars 2005 tecknade staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet två nya överenskommelser att fortsätta det utvecklingsarbete som påbörjats med handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården; *Överenskommelser om primärvård, äldreomsorg och psykiatri* för åren 2005 - 2007. Att öka mångfalden bland vårdgivare, som hade ingått i den nationella handlingsplanen, uteslöts.

I februari 2005 slöts en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om att införa en *nationell vårdgaranti* och fortsatt satsning på att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Överenskommelsen trädde i kraft i november 2005. Landstingen tillfördes 1,95 miljarder kronor 2005–2007 för att införa vårdgarantin. För att stödja fortsatt arbete med att förbättra

tillgängligheten till hälso- och sjukvården tillfördes landstingen 1,25 miljarder kronor per år från och med 2005.

År 2005 beslutade riksdagen om dels *Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador*, dels *Nationell handlingsplan mot narkotika*. Det övergripande målet för den förstnämnda är att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar, medan det övergripande målet för narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle. Båda handlingsplanerna omfattar åren 2005 – 2010.

Ekonomiska styrmedel

Kommunalekonomiska utjämningsystemet

Ett syfte med de kommunala utjämningsystemen är att utjämna strukturella kostnadsskillnader mellan kommuner och mellan landsting. Varje kommun och landsting ges på så sätt förutsättningar att bedriva verksamheten på lika villkor och ha likvärdiga ekonomiska förutsättningar att kunna uppfylla de nationella mål som statsmakterna anger. Likvärdiga förutsättningar innebär å andra sidan inte att verksamheten ska vara likadan i hela landet. De skilda förutsättningar som finns i olika delar av landet bidrar till att man söker olika lösningar för att bedriva verksamheten och uppnå uppställda mål. Kostnadsutjämnningen bör därför vara så utformad att den enbart kompenserar kommuner och landsting för förhållanden som de inte kan påverka.

Det kommunalekonomiska utjämningsystemet är statsfinansiellt neutralt.

Från specialdestinerade till generella till riktade statsbidrag

Utgjämningssystemen infördes i samband med att en kommunalekonomisk reform genomfördes 1993. Reformen syftade till att åstadkomma en bättre hushållning i kommuner och landsting. Den innebar att man övergick från riktade och verksamhetsanknutna statsbidrag till ett system med generella statsbidrag och målstyrning. Som följd avskaffades många enskilda statsbidrag. Det generella statsbidraget, den s.k. ”påsen”, lämnas med ett bidrag per invånare utan några särskilda villkor.

Sedan senare delen av 1990-talet finns en tydlig utveckling mot mer riktade statsbidrag. Det finns också flera exempel på att staten kräver samverkan mellan kommuner och landsting för att de ska kunna söka och få del av riktade statsbidrag. Utmaningarna inom vård och omsorg ligger ofta på båda huvudmännen. Vård och omsorg om äldre förutsätter att kommuner och landsting samarbetar. Beröringspunkterna är uppenbara även inom psykiatrisk vård och vård vid missbruk.

”Behov” av vård och omsorg

Behov är ett centralt begrepp i såväl socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Enligt den sistnämnda ska patienter med störst behov prioriteras och i socialtjänstlagen avgörs rätten till bistånd efter behovsbedömning. I förarbeten och kommentarer till SoL finns inte närmare preciserat vad som avses med behov. Inte heller den rättsliga

praxis som utvecklats ger någon tydlig vägledning. I en lärobok om biståndsbedömning konstateras att bedöma behov också handlar om att bedöma resurser (5). ”Biståndshandläggare har inte sällan ett betydande kostnadsansvar och ställs allt som oftast inför mycket svåra prioriteringsuppgifter”.

Den finländske filosofen Georg Henrik von Wright har definierat begreppet behov på följande sätt: ”En varelse behöver sådant, som det är illa för den att undvara”. Med en sådan definition blir ”behov” ett relativt begrepp, som varierar över tid och mellan olika grupper i samhället.

För att överväga hälso- och sjukvårdens ansvar, avgränsning och roll tillsattes 1992 Prioriteringsutredningen. Bakgrunden var att medicinska framsteg hade gjort det möjligt att behandla och bota allt fler patienter samtidigt som resurserna för hälso- och sjukvård inte ökade i motsvarande grad. Utredningen utgick i sitt arbete från von Wrights definition. Dess slutbetänkande (6) låg till grund för regeringens proposition 1996/97 Prioriteringar inom hälso- och sjukvård, som antogs av riksdagen 1997. I propositionen redovisas några allmänna riktlinjer för prioriteringar som vägledning för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut inom hälso- och sjukvården. Inom socialtjänsten har ingen motsvarande prioriteringsdiskussion förts på nationell nivå.

Förväntad utveckling 1994 – 2005

År 1996 redovisade HSU 2000 sin analys av behov och resurser inom vården fram till 2010 (1). Socialstyrelsen har, som tidigare framgått, låtit följa upp de framskrivningar av framtida hälso- och sjukvårdskostnader och kostnader för äldreomsorg, som gjordes inom ramen för kommitténs arbete (2). Uppföljningen omfattar perioden 1994 – 2005.

Baskalkylen

HSU 2000 utgick i sina beräkningar från att kommunernas och landstingens framtida utgifter för vård och omsorg skulle motsvara de krav på resurser som följer av den demografiska utvecklingen - allt annat lika, den s.k. baskalkylen. Denna bygger alltså på antagandet att framtidens vård och omsorg bedrivs på samma sätt och till samma kostnad per capita som 1994. Enbart förändringar i befolkningens storlek (antal), ålderssammansättning och dödlighet avspeglas i beräkningarna.

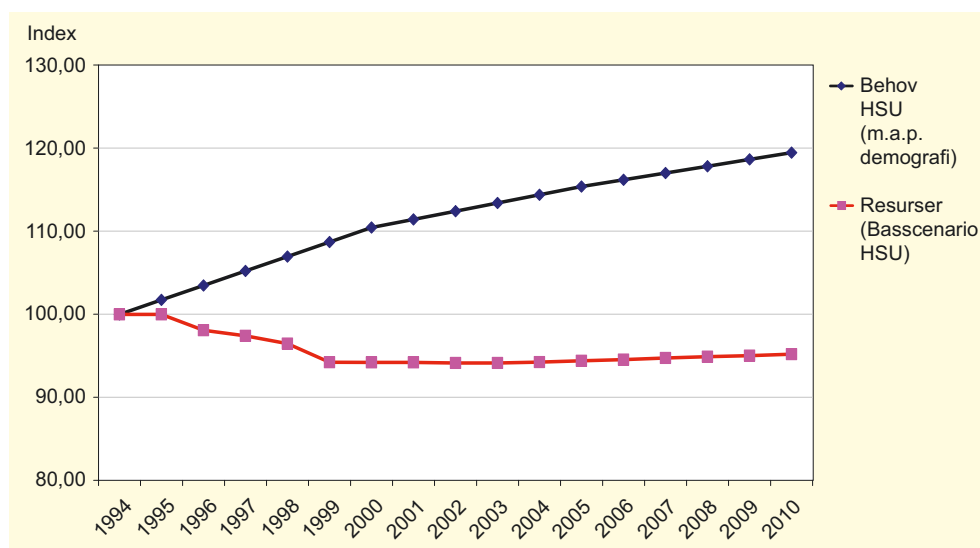
Baskalkylen innehöll också en prognos om hur det reala utrymmet för kommunernas och landstingens konsumtion skulle kunna utvecklas fram till 2010. Denna prognos baserades i huvudsak på regeringens antaganden om den ekonomiska tillväxten och kravet på en kommunal ekonomi i balans innan sekelskiftet. Statsbidragen och skattesatserna antogs vara nominellt oförändrade under hela perioden. Avgifterna antogs följa den allmänna prisutvecklingen.

Bedömningen

För kommunernas del innebar den demografiska framskrivningen att kraven på resurser inom äldreomsorgen skulle öka med drygt 19 procent till 2010,

figur 1. Kommittén bedömde emellertid att tilltagande ohälsa bland de allra äldsta skulle ställa än högre krav på de framtida resurskraven inom äldreomsorgen.

Figur 1: Bedömd behovs- och resursutveckling inom äldreomsorgen

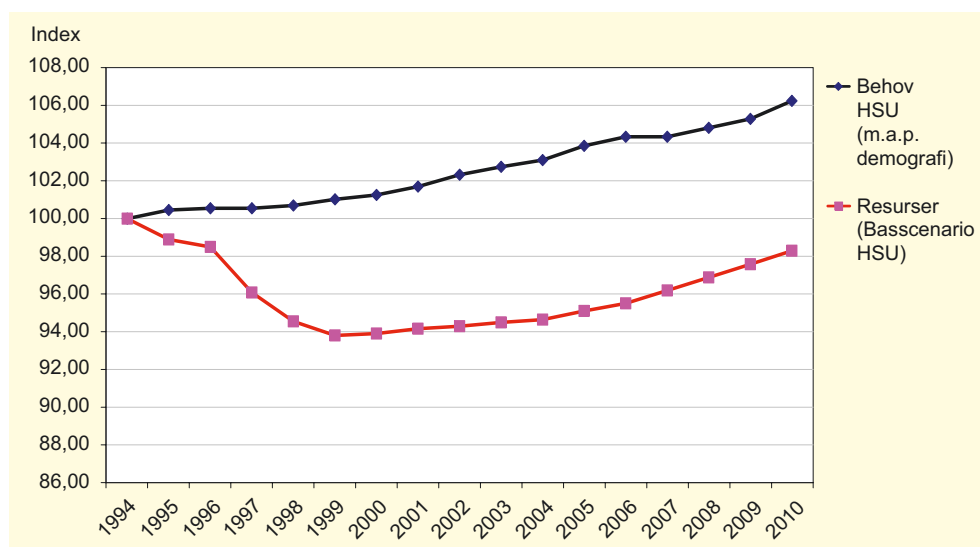


Källa: Sundström, Björn. Uppföljning av HSU 2000, dnr 00-509/08-34

Den demografiska framskrivningen innebar för landstingens hälso- och sjukvård ganska måttliga krav på ökade resurser, ca 5 – 6 procent, fram till 2010, figur 2. Kommittén bedömde också att resursbehovet för hälso- och sjukvård skulle kunna ligga i linje med den demografiska framskrivningen.

Skillnaderna mellan förväntade behov och resurser bidrog till att staten gick in med omfattande statsbidrag till vård, omsorg och skola under perioden 1996 – 1998, de s.k. Perssonpengarna. Landstingen fick en betydligt större andel av dessa statsbidrag jämfört med kommunerna, trots att den beräknade skillnaden mellan behov och resurser var väsentligt större för äldreomsorgens del än för hälso- och sjukvårdens.

Figur 2: Bedömd behovs- och resursutveckling inom hälso- och sjukvården



Källa: Sundström, Björn. Uppföljning av HSU 2000, dnr 00-509/08-34

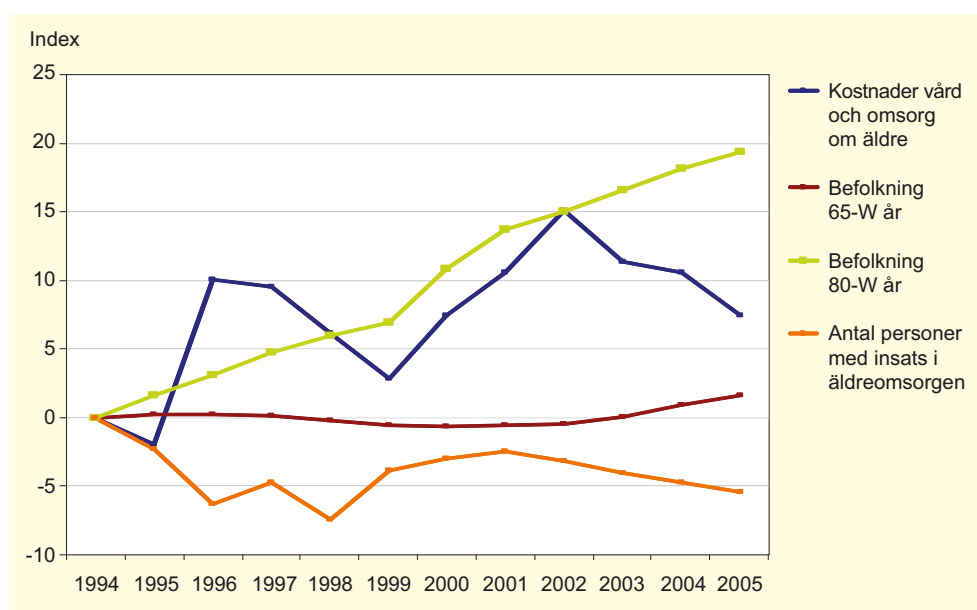
Vad hände? - Utvecklingen 1994 – 2005

Som tidigare framgått omfattade HSU:s framskrivningar främst hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. I det följande beskrivs, i huvudsak med stöd av Socialstyrelsens tidigare rapporter och beräkningar, hur dessa verksamheter utvecklades under perioden 1994 – 2005 och kostnadsutvecklingen för verksamheterna. Utöver äldreomsorg och hälso- och sjukvård beskrivs även utvecklingen inom handikappomsorg och individ- och familjeomsorg.

Vård och omsorg om äldre

Kommunernas kostnader för äldreomsorgen under perioden 1994 – 2005 ökade väsentligt mindre än vad som hade förväntats vid en rent demografisk framskrivning, figur 3. HSU 2000 hade dessutom bedömt att en sådan framskrivning var att underskatta ”behoven” hos den äldre befolkningen.

Figur 3: Kostnads- och insatsutveckling för äldreomsorgen 1994 – 2005 samt befolkningsutveckling 65 år och äldre respektive 80 år och äldre 1994 – 2005. Index 1994 = 0



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag SCB, Befolkningsregistret SCB, Officiell statistik, Äldre vård och omsorg Socialstyrelsen

Befolkningsförändringarna i åldergruppen 65 år och äldre låg konstant medan antalet äldre över 80 år ökade med 20 procent. Samtidigt minskade antalet äldre som fick någon form av äldreomsorgsinsats. Kostnaderna varierade under perioden, men sammantaget ökade de med sju procent.

Utvecklingen inom vård och omsorg om äldre skiljde sig därmed från den inom andra välfärdsområden, där kostnader i relation till befolkningsförändringar i olika hög grad ökade. Äldres behov av vård och omsorg fick alltså stå tillbaka för andra gruppers behov av stöd om det inte fanns andra inslag i utvecklingen som helt eller delvis hade betydelse för utvecklingen.

Hälsa och funktionsförmåga förbättrades

Trots att fler äldre personer levde med någon kronisk sjukdom under den aktuella perioden var det färre som hade någon kronisk sjukdom som hindrade deras dagliga liv och fler som upplevde god hälsa. Äldre personers rörelseförmåga förbättrades påtagligt. Andelen som hade ett så svårt rörelsehinder att de behövde hjälpmedel minskade (7).

Svårigheterna att klara den personliga omvårdnaden (personlig ADL) blir vanliga först vid mycket hög ålder. Efter 80 års ålder ökar däremot dessa besvär snabbt och den äldre blir beroende av andras hjälp. Hälsoutvecklingen bland de allra äldsta är svår att studera, men de studier som finns tyder på att den inte var lika positiv som bland yngre pensionärer (7).

Minskat institutionsboende, fler tillgängliga och anpassade bostäder

Antalet vårdplatser, institutioner och äldreboenden av olika slag minskade kraftigt under 1990-talet och fortsatte att minska under första hälften av 2000-talet. Närmare hälften av alla sjukhusplatser avvecklades. Under samma period avvecklades nästan all institutionsvård inom vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar. Under 2000-talet avvecklades 20 procent av platserna i särskilt boende eller omvandlades till seniorbostäder. Samtidigt förbättrades tillgängligheten i det ordinarie bostadsbeståndet, vilket tillsammans med bostadsanpassningsbidrag påverkade möjligheterna för äldre att bo kvar hemma.

Forskningsresultat från olika länder tyder på att bostadens utformning påverkar den äldres aktivitet och delaktighet, främst när det gäller beroende av hjälp i dagliga aktiviteter (8). Mer tillgängliga bostäder stödjer självständighet och kan minska hjälpberoendet. Dessutom är institutionsboende oftast dyrare än att hjälpa någon i dennes hem, varför minskat institutionsboende inneburit lägre kostnader inom äldreomsorgen. Men om hjälpbehovet blir mycket stort kan det vara billigare med någon form av kollektivt boende, t.ex. särskilt boende jämfört med hjälp i det ordinära boendet.

Medicinska framsteg och hjälpmedelsutvecklingen

Alltfler tillstånd kan åtgärdas allt högre upp i åldrarna till följd av den medicinska och medicintekniska utvecklingen. I början av 1990-talet blev t.ex. starr-operationer en rutinåtgärd, som utfördes polikliniskt. Höft- och knäprotes-operationer började utföras med gott resultat även på personer åttio år och äldre (7).

En persons rörelseförmåga och syn är centrala funktioner för att hon eller han ska kunna klara sina ADL-funktioner och på så sätt göra ett självständigt boende – med eller utan hemtjänstinsatser - möjligt. Hjälpmedel såsom rollatorer, rullstolar, permobiler, olika synhjälpmedel, hörapparater och andra hörselhjälpmedel m.m. utvecklades under den aktuella perioden och hade stor betydelse för att stödja människors funktionsförmåga.

Personlig assistans efter fyllda 65 år

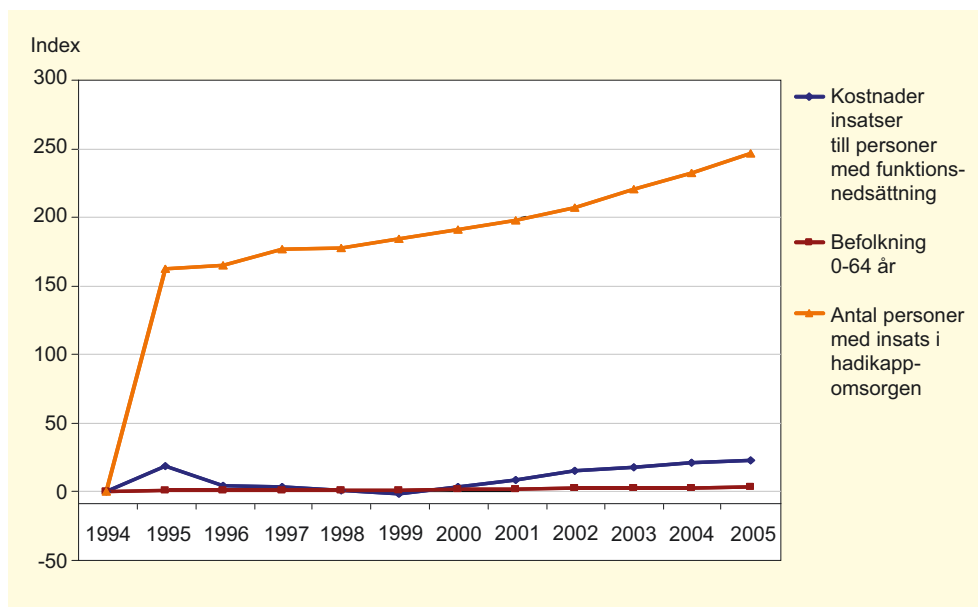
Sedan 2001 kan den som fyllt 65 år få behålla sin assistansersättning om hon eller han tidigare varit beviljad sådan. Även de som tidigare hade haft assistans men blev av med den i samband med att de fyllde 65 år, kunde återfå rätten till assistans. Regeländringen förklarade ca 23 procent av ökningen av antalet personer med rätt till assistans efter 2001. Som följd minskade kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, medan de ökade inom handikappomsorgen. Antalet personer med omfattande hemtjänst minskade när assistansreformen genomfördes (10).

Ovan nämnda faktorer bidrog till att kostnadsökningarna för vård och omsorg om äldre inte blev av den omfattningen som HSU 2000 beräknade. Men det kan inte uteslutas att kostnaderna även begränsades till följd av att relevanta behov inte tillgodosågs. Det är också belagt att en del av den omsorg som tidigare var offentlig och avlönad under den aktuella perioden i allt större utsträckning blev en uppgift för familj och anhöriga eller ombesörjdes genom privat inköpta tjänster. Denna förändring hade ett tydligt köns- och klassmönster (7).

Handikappomsorgen

Kommunernas kostnader för handikappomsorgen ökade mest av alla kostnader inom välfärdsområdet under perioden 1994 – 2005. Förklaringarna finns att söka i dels den ambitionshöjning i stöd och service till personer med funktionsnedsättning som kom till uttryck genom den s.k. handikappreformen 1994 (prop. 1992/93:159) och som stöddes av rättighetslagstiftning, dels genom att kommunerna övertog huvudmannaansvaret för omsorgsverksamheten för begåvningshandikappade från landstingen, figur 4.

Figur 4. Kostnads- och insatsutveckling åren för handikappomsorgen 1994-2005 samt befolkningsutveckling 1994 - 2005. Index 1994 = 0



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag SCB, Befolkningsregistret SCB, Officiell statistik, Funktionshindrade personer – insatser enligt SoL och HSL, Socialstyrelsen, Officiell statistik Personer med funktionsnedsättning –insatser enligt LSS Socialstyrelsen

Politisk inriktning och rättighetslagstiftning

Under 1990-talet skedde en förändring av handikappolitikens utgångspunkter. Från att ha betraktat funktionsnedsättningar utifrån ett medicinskt och socialt perspektiv kom handikappolitiken nu i större utsträckning att utgå från mänskliga rättigheter och rätten till medborgarskap. Denna omsvängning kom tydligt till uttryck i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken, *Från patient till medborgare*, som antogs av riksdagen 2002. Handlingsplanen utgick i allt väsentligt från FN:s mänskliga rättigheter och rätten till aktivt medborgarskap för alla. Handlingsplanen innebar att ambitionsnivån i stödet och servicen till personer med funktionsnedsättningar höjdes.

Genom handikappreformen infördes en rätt för personer med svåra funktionsnedsättningar att få personlig assistans. Assistans kan beviljas enligt två lagstiftningar, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och lagen (1993:389) om assistansersättning. Assistans enligt LASS är i huvudsak statligt finansierad, medan kommunerna står för kostnaderna för assistans och övriga stödinsatser enligt LSS.

Ändrat huvudmannaansvar

Handikappreformen 1994 innebar också att kommunerna tog över ansvaret för omsorgsverksamheten för begåvningshandikappade från landstingen. Den ekonomiska regleringen skedde genom skatteväxling och kommunernas kostnader ökade med 12 miljarder kronor.

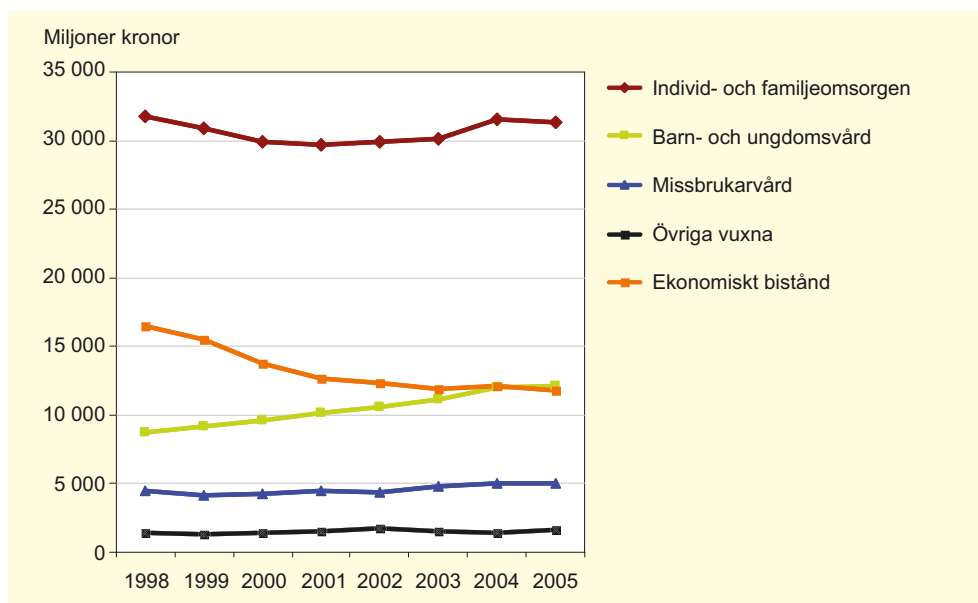
Rätten till personlig assistans

Rätten till personlig assistans även efter fyllda 65 år var sannolikt det beslut som mest bidrog till att kostnaderna inom handikappomsorgen ökade under 2000-talet. Även om de ökade kostnaderna i huvudsak kunde hänföras till den statliga delen av assistansersättningen, ökade också kommunernas kostnader för handikappomsorgen till följd av att åldersgränsen slopades (10).

Individ- och familjeomsorg (IFO)

IFO stod 2005 för knappt en femtedel av kommunernas kostnader för socialtjänsten och ökade sammantaget bara marginellt under perioden 1994 – 2005. Däremot omfördelades kostnaderna mellan IFO:s olika verksamhetsområden under denna period. Till IFO räknas barn- och ungdomsvård, missbrukarvård för vuxna, övrig vuxenvård, familjerätt och ekonomiskt bistånd. Det var framför allt barn- och ungdomsvården som tog allt större resurser i anspråk, men även kostnaderna för missbruksvård för vuxna och övrig vuxenvård ökade något. Minskade kostnader för ekonomiskt bistånd gav alltså utrymme för de satsningar som ägde rum inom främst barn- och ungdomsvården, figur 5.

Figur 5. Kostnadsutveckling inom individ- och familjeomsorgen 1998-2005, Miljoner kronor. Fast pris

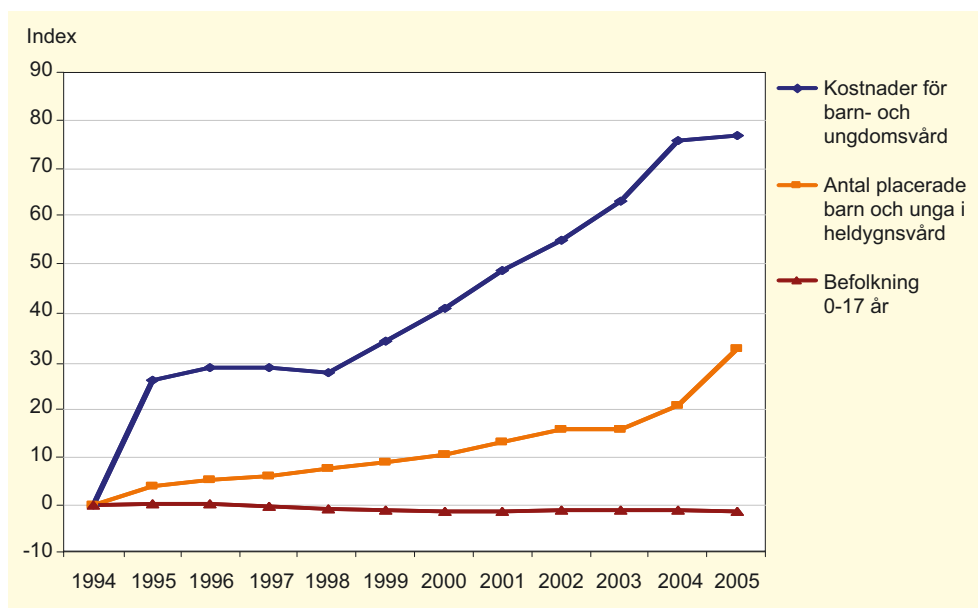


Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag SCB, 2008 års fasta pris

Barn- och ungdomsvård

Barn- och ungdomsvården ökar inom IFO. Mellan åren 1994 och 2005 ökade kostnaderna för barn- och ungdomsvård kraftigt, figur 6. I november 2005 hade ca 28 500 barn och unga en eller flera öppenvårdsinsatser, vilket var ungefär lika många som de närmast föregående åren. Andelen som fick stöd var högst i åldrarna 13 – 17 år.

Figur 6. Kostnads- och insatsutveckling av barn- och ungdomsvården samt befolkningsutveckling i åldern 0-17 år, åren 1994 – 2005. Index 1994 = 0



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag SCB, Befolkningsregistret SCB, Officiell statistik Barn och unga Socialstyrelsen

Flickornas andel bland dem som behövde stöd av barn- och ungdomsvården ökade. Antalet placeringar inom Statens institutionsstyrelse (SIS) av omedelbart omhändertagna flickor ökade t.ex. med ca 50 procent under perioden 1999 – 2005 (11).

Det finns ett tydligt och starkt samband mellan barns och ungdomars uppväxtvillkor och deras behov av stöd och hjälp. Barn i familjer, som under lång tid är beroende av ekonomiskt bistånd, löper större risk att utvecklas ogynnsamt⁴ (12). Enbart låga inkomster i familjen tycks däremot inte ha motsvarande inverkan på barns utveckling. Men långvarigt behov av ekonomiskt bistånd är en riskmarkör för barns utveckling och inte bara tecken på en familjs dåliga inkomst. Detta är särskilt tydligt när det gäller barn med psykiskt sjuka föräldrar. Även barn och ungdomar som placeras i familjehem eller får institutionsvård löper stor risk för att utvecklas ogynnsamt (26). Av en rapport från Statens folkhälsoinstitut framgår att fysiska hälsoproblem bland barn i genomsnitt är 60 procent vanligare bland socialt mindre gynnade barn än bland mer gynnade. Psykiska problem är 70 procent vanligare (13). Sedan början av 1990-talet har också alkoholkonsumtionen ökat kraftigt bland ungdomar, inte minst bland flickor. Det är troligt att den ökade alkoholkonsumtionen har bidragit till att de psykiska besvären ökat (7).

Vid mitten av 1990-talet bröts den tidigare utvecklingen när det gäller dödlighet i åldersgruppen 15 – 24 år. Bland de unga männen ökade dödligheten i olyckor och alkoholrelaterade diagnoser och bland unga kvinnor fanns tecken på att självmord blev vanligare (7).

Barn och ungdomar som bor i hushåll med låg socioekonomisk status riskerar i högre utsträckning än andra i samma åldersgrupper att skadas i trafiken och av våld (7). Vid olycksfall som varit så allvarliga att de krävt sjukhusvård finns vissa sociala skillnader, som i stort sett varit konstanta under perioden 1990 – 2005.

Tillräckligt kunskapsunderlag saknas för att analysera orsaker till den kraftiga kostnadsökningen. Det finns ingen tydlig avgränsning av vilka barn och ungdomar som får del av socialtjänstens insatser, målgruppen har ingen enhetlig benämning och den personbaserade statistiken är begränsad. Det går därför inte att dra några slutsatser om volymökningen speglar en reell behovsökning. Men det fanns faktorer som i viss mån kan belysa varför kostnaderna ökade under den aktuella perioden.

Flera grupper barn och ungdomar med behov av insatser lyftes fram; barn till missbrukare, barn till psykiskt sjuka, barn till personer med utvecklingsstörning, barn som bevittnat våld, unga brottsoffer, ungdomar som utsatts för eller riskerade att utsättas för hedersrelaterat våld, asylsökande barn med tydliga psykiska och somatiska behov samt sexuellt exploaterade barn. Efterfrågan på socialtjänstens insatser bidrog också till att målgrupperna blev fler. Från att i huvudsak arbetat med s.k. multiproblemfamiljer kom socialtjänsten i ökad utsträckning i kontakt med familjer utan uppenbara sociala problem men med barn med psykiska eller neuropsykiatriska problem, som

⁴ Exempel på ”ogynnsam utveckling” är bl.a. att gå ut i livet med högst grundskoleutbildning, att bli tonårsförälder, att få psykisk sjukdom eller att begå självmord.

föräldrarna inte klarade av och där insatserna från skolan och barn- och ungdomspsykiatrien ansågs otillräckliga. Allvarliga relationsproblem i familjen och föräldrars svårigheter att sätta adekvata gränser för sina barn var också nya målgrupper (11).

En annan förklaring till de ökade kostnaderna kan sökas i kommunernas höjda ambitionsnivå för barn- och ungdomsvården. De förebyggande och öppna insatserna förstärktes och utrednings- och uppföljningsarbetet utvecklades och fick mer struktur.

Unga vuxna en egen målgrupp

Under åren 1994 – 2005 kom unga vuxna i åldrarna 18 – 24 år att allt tydligare urskiljas som en separat målgrupp med behov av särskilda insatser. Ohälsan, uttryckt som andel av befolkningen som ansåg sig ha ett dåligt allmänt hälsotillstånd, ökade procentuellt mest i denna åldersgrupp jämfört med andra åldersgrupper. Bland de personer som fick aktivitetsersättning 2005 hade nästan hälften av kvinnorna i åldrarna 20-24 år varit sjukskrivna innan de beviljades ersättning, vilket kan jämföras med en femtedel fem år tidigare (11).

Under perioden försköts de ungas etablering på arbetsmarknaden från 21 år till 27 år. Unga personer födda utomlands hade särskilt svårt att komma in på arbetsmarknaden. Av de utrikes födda 20 – 24-åringarna hade 46 procent arbete 2005 jämfört med 60 procent av dem födda i Sverige. I denna åldersgrupp fanns också den största andelen personer utan arbetslöshetsersättning, vilket avspeglade sig i beroendet av ekonomiskt bistånd. Drygt fyra av tio av de vuxna biståndsmottagarna var 2005 i åldrarna 18 – 29 år. I denna situation började inom IFO verksamheter utvecklas för unga vuxna med inriktning dels på vägar in i studier eller arbete, dels inom missbruksområdet med rådgivning, motivation och behandling anpassad efter denna målgrupps situation och missbruksmönster.

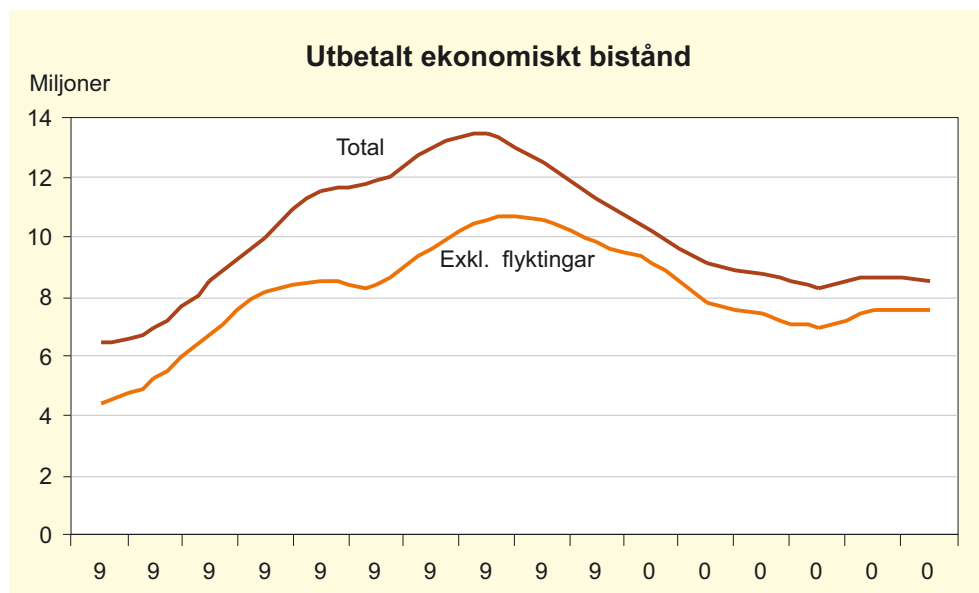
Ekonomiskt bistånd

Socialtjänstens insatser ska tillgodose både ett kortsiktigt behov av ekonomiskt stöd och ge insatser som på längre sikt stärker en persons möjligheter att försörja sig själv utan ekonomiskt bistånd. Andelen i befolkningen som får ekonomiskt bistånd påverkas av arbetsmarknadssituationen och andra samhällsförhållanden och varierar på så sätt under olika tidsperioder. Behov av ekonomiskt bistånd är den vanligaste orsaken till människors kontakt med socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Under 1990-talets lågkonjunktur ökade försörjningsproblemen i befolkningen, vilket ledde till att behovet av ekonomiskt bistånd ökade och var som mest omfattande 1997. Därefter minskade det successivt t.o.m. 2003. Denna nedåtgående trend bröts 2004 då kostnaderna ökade med åtta procent för att un-

der 2005 åter minska med två procent (figur 7). Sammanlagt betalades knappt 8,1 miljarder kronor ut under 2005 exklusive introduktionsersättning. Under perioden 1997 – 2003 minskade utbetalningarna sammantaget med knappt 38 procent (11).

Figur 7. Utbetalat ekonomiskt bistånd 1990-2005. Miljoner kronor i fasta priser (2005 års priser)



Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd 1990–2005 (Lägesrapport 2006 IFO)

Under perioden 1994 – 2005 fick mellan 21 och 25 procent av ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd. Men ensamstående personer utan barn, oftast män, utgjorde majoriteten av biståndshushållen. Unga vuxna och utrikes födda var överrepresenterade. Under perioden 2000 – 2005 sjönk emellertid andelen biståndsmottagare bland utrikes födda män från 24 till 15 procent och bland utrikes födda kvinnor från 23 till 15 procent.

Ett oroande inslag i utvecklingen var att andelen biståndsmottagare med långvarigt biståndsbehov (minst tio månader per kalenderår) minskade betydligt långsammare än det totala antalet biståndsmottagare under åren 1997 – 2005. Antalet personer med långvarigt biståndsbehov var dessutom fler 2005 jämfört med de första åren under 1990-talet (14). I flera avseenden skiljde sig deras levnadsförhållande från andra biståndsmottagares. Personer med långvarigt biståndsbehov hade sämre anknytning till arbetsmarknaden, lägre utbildning, sämre politiska och ekonomiska resurser och upplevde i högre utsträckning fysisk och psykisk ohälsa. Många av dem saknade helt löneinkomst eller var sjuka men saknade sjukpenning.

Från mitten av 1990-talet blev det allt vanligare att kommunerna organiserade det ekonomiska biståndet i särskilda enheter och i slutet av decenniet hade de flesta kommuner sådana enheter. Många kommuner inrättade också särskilda arbetsmarknadsenheter med uppdrag att i nära samarbete med so-

cialtjänsten och lokala arbetsförmedlingar svara för arbetsfrämjande insatser. På så sätt kom kommunerna under den aktuella tidsperioden att spela en allt viktigare roll när det gäller arbetsmarknadsfrågor för grupper som hade svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och saknade rätt till ersättning från arbetslöshetsförsäkringen (14, 15). Trots tillkomsten av lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser var det inledningsvis trögt att få till stånd finansiellt samarbete kring rehabilitering för personer utanför arbetsmarknaden.

Missbruksvård för vuxna

Under 1990-talet utvecklade kommunerna olika öppenvårdsverksamheter både för att kunna erbjuda mer individualiserade insatser men också som ersättning för dyr institutionsvård. Statsbidragen till institutionsvård fanns kvar till 1995. När de upphörde förstärktes incitamenten för att satsa på öppna insatser i människors vanliga livsmiljöer. Samtidigt ökade risken för att personer med missbruksproblem hänvisades till de insatser som kunde erbjudas på hemmaplan oavsett vårdbehov eller den enskildes önskemål. I allt större utsträckning erbjöd kommunerna också öppenvårdsinsatser utan krav på utredning och beslut (16).

Olika undersökningar ger något olika bild av alkohol- och drogvanorna. Gränserna mellan bruk, missbruk och beroende är också flytande, vilket bidrar till svårigheterna att uttala sig om missbrukets omfattning. Under perioden 1994 – 2005 ökade alkoholkonsumtionen med en tredjedel. Ökningen var särskilt markant bland kvinnor. Antalet storkonsumenter uppskattades i början av 2000-talet till fler än 400 000. Bland dessa uppskattades 80 000 personer ha ett tungt missbruk. Ca en fjärdedel var kvinnor. Antalet personer med tungt narkotikamissbruk uppskattades till ca 26 000, ungefär samma antal som de närmast föregående åren. En del av dessa hade blandmissbruk (17).

Övrig vuxenvård

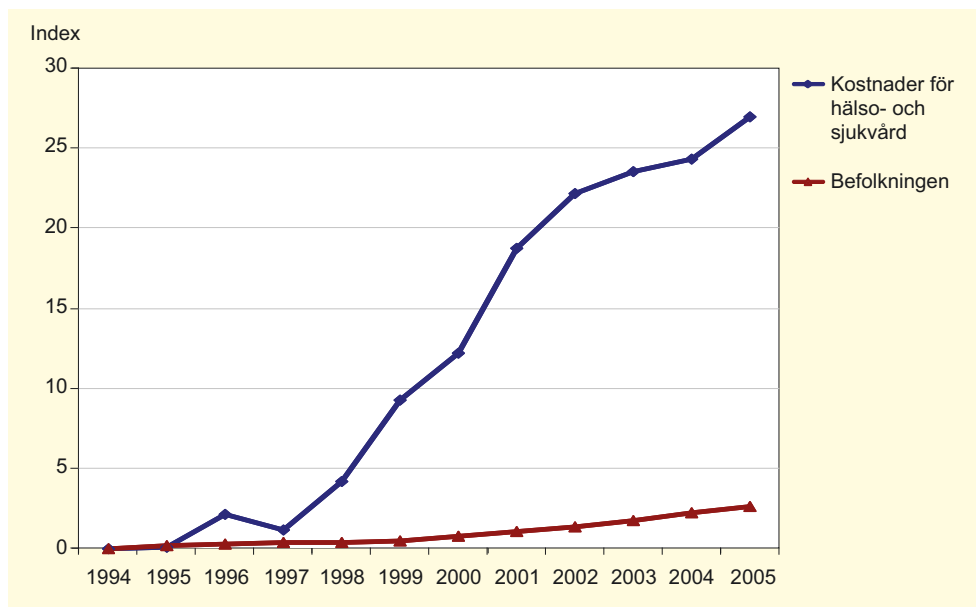
Övriga insatser till vuxna handlar t.ex. om insatser för anhöriga till personer med missbruksproblem eller insatser till personer med missbruksproblem av annat slag än alkohol, narkotika och läkemedel. Sådana insatser är en av de, ur ekonomisk omfattning, mindre verksamheterna inom IFO. Även om kostnaderna för denna verksamhet ökade något under 1994 – 2005 bidrog de inte i någon nämnvärd utsträckning till att kommunernas kostnader för IFO växte under denna period. Det var, som tidigare framgått, framför allt kostnaderna för barn- och ungdomsvården som ökade, men också i viss mån kostnaderna för missbrukarvård för vuxna.

Hälso- och sjukvård

Som tidigare nämnts innebar den demografiska framskrivningen för landstingens hälso- och sjukvård ganska måttliga krav på ökade resurser, ca 5 – 6 procent, fram till 2010, figur 2 (sid. 22). HSU 2000 bedömde också att resursbehovet för hälso- och sjukvård skulle kunna ligga i linje med den demogra-

fiska framskrivningen. Av utfallet 2005, figur 8, framgår emellertid att kostnaderna vid denna tidpunkt väsentligt översteg dem som HSU hade beräknat, dvs. en utveckling rakt motsatt den inom vård och omsorg om äldre. För att täcka de ökade kostnaderna inom hälso- och sjukvården höjde landstingen landstingsskatten framför allt under perioden 2000 – 2005.

Figur 8: Kostnadsutveckling för hälso- och sjukvård 1994 – 2005 samt befolkningsutveckling 1994 – 2005. Index 1994 = 0*



Källa: Hälsoräkenskaper SCB, Befolkningsregistret SCB

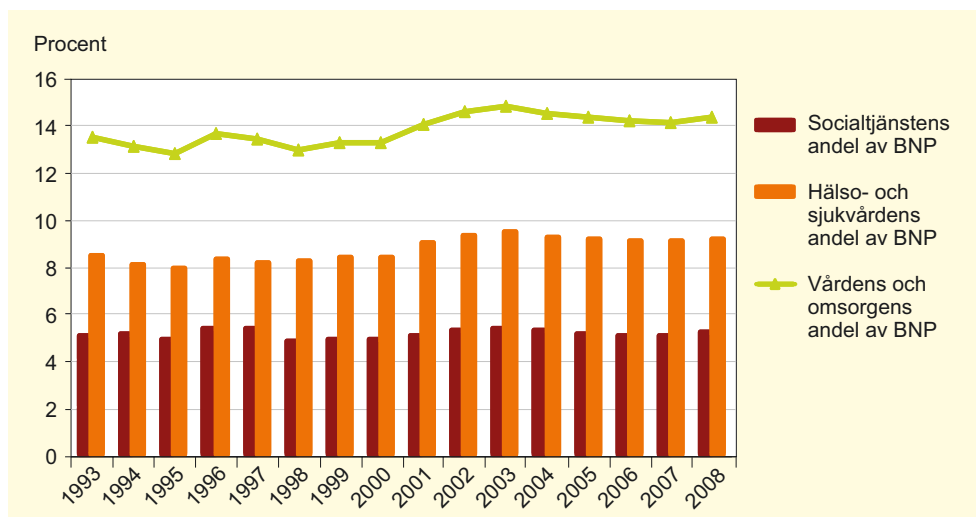
* Från och med 2001 redovisas hälso- och sjukvårdens utgifter enligt systemet för hälsoräkenskaper (SHA), vilket innebär ett trendbrott i redovisningen gentemot det sätt som SCB tidigare använde.

BNP och hälso- och sjukvårdens ekonomiska förutsättningar

Det är främst utvecklingen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården som avgör dess andel av BNP. Utvecklingen av medicinsk teknik, en åldrande befolkning och förändringar i det allmänna hälsotillståndet är andra faktorer som påverkar vårdens kostnader.

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands bruttonationalprodukt (BNP) och dess kostnader för hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens utveckling som andelar av bruttonationalprodukten (BNP) låg under 1990 talet relativt konstant kring 13 procent. Från 2002 och därefter höjdes nivån till runt 14 procent. Det var hälso- och sjukvårdens andel av BNP som ökade från 8 till 9 procent, medan socialtjänstens andel av BNP låg konstant runt 5 procent. Detta berodde emellertid mer på förändringar i SCB:s redovisning av kostnaderna för hälso- och sjukvård än på ökad produktion av hälso- och sjukvård, figur 9.

Figur 9. Vårdens och omsorgens andel av BNP 1993-2008. Procent



Källa: Nationalräkenskaper, Hälsoräkenskaper, Kommunernas räkenskapssammandrag, SCB.

Även om BNP är ett korrekt mått på sektorns andel av den samlade produktionen säger det inget om vårdens innehåll, kvalitet, effektivitet och fördelning (18).

Strukturförändringar

Landstingens svaga ekonomi och besparingskrav på den slutna vården bidrog till omfattande strukturförändringar inom hälso- och sjukvården under 1990-talet och början av 2000-talet. Fler än hälften av sjukhusen var involverade i olika samverkansprojekt som resulterade i att många sjukhus slogs samman. Samtidigt pågick försöksverksamhet med primärkommunalt huvudmannaansvar för primärvården⁵ och flera projekt med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvårdens, socialtjänstens och socialförsäkringens resurser.

Av de 89 sjukhusen i början av perioden återstod 76 stycken 2003. Av dessa 76 sjukhus hade 30 ett upptagningsområde som understeg 80 000 invånare. Vid 9 av de 76 sjukhusen bedrevs ingen akut kirurgi och vid ytterligare sju inte heller akuta operationer kvällar, nätter och helger. Koncentrationen av det akuta omhändertagandet underlättades av möjligheterna att påbörja behandling på plats och under ambulanstransport. Ambulanspersonalens kompetens höjdes och ambulanserna utrustades med mer avancerad teknik (19).

Under samma period minskade antalet vårdplatser drastiskt. Efter ädelreformen fanns drygt 50 000 vårdplatser kvar i landstingens regi. Detta antal minskade med mer än hälften under den aktuella perioden och var 2003 färre än 22 000. Den kraftigaste minskningen skedde under mitten av 1990-talet men antalet vårdplatser fortsatte att minska även under 2000-talet. Samtidigt ökade antalet vårdtillfällen i slutenvården och medelvårdtiderna minskade. Medelvårdtiderna nästan halverades under den aktuella perioden.

I detta sammanhang bör nämnas att medelvårdtiderna baseras på vårdtillfällen vid klinik, inte på episod av sjukhusvård. Medelvårdtiderna beskrivs på

⁵ Lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med primärkommunal primärvård.

så sätt som kortare än vad de i realiteten är, medan antalet vårdtillfällen kan vara något överdrivet.

Möjligheterna att utföra behandling utan att patienterna behövde vara inlagda på sjukhus var en grundförutsättning för utvecklingen. Framstegen inom medicinsk teknologi gjorde detta möjligt, men också ädelreformen med dess satsning på sjukvård i hemmet och kommunernas särskilda boendeformer hade stor betydelse.

Även den planerade specialiserade vårdens struktur förändrades. Länsövergripande centra bildades för opererande specialiteter och annan planerad vård som invånarna mera sällan kom i kontakt med. I några landsting upphörde sjukhusen som separata organisationer och blev i stället "sammanhållande organ" för både länsövergripande divisioner och närsjukvård (19).

För invånarna var utvecklingen inte entydigt positiv. Många patienter fick längre avstånd till vård och behandling vid sjukhus. Det blev vanligare med tidsvisa överbeläggningar. Brist på vårdplatser och kommunernas betalningsansvar bidrog till att många äldre tvingades fram och tillbaka mellan hemmet och sjukhus även i slutskedet av livet. Av en studie från Skåne framgår att merparten av alla vårdepisoder under äldre personers sista levnadsår skedde under de sista 4-5 veckorna av livet och särskilt under den sista levnadsveckan (8).

Antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården

Antalet sysselsatta inom hälso- och sjuksjukvården bland yrkesgrupperna med legitimation ökade kraftigt under perioden 1995 – 2005. Antalet sjuksköterskor minskade visserligen något under åren 1995 – 1997, men totalt sett över perioden ökade antalet sjuksköterskor med drygt 11 300, vilket motsvarade drygt 13 procent. Även de inom hälso- och sjukvården sysselsatta barnmorskorna ökade med ca 13 procent och uppgick 2005 till ca 6500. Antalet legitimerade läkare ökade med knappt 25 procent och antalet icke-legitimerade läkare med drygt sex procent.

Såväl personaltäthet som personalstruktur varierade mellan sjukvårdsregionerna. Per invånare räknat hade den norra sjukvårdsregionen flest sjuksköterskor och Stockholms sjukvårdsregion minst. Den sistnämnda regionen hade emellertid flest läkare per 100 000 invånare. Flest barnmorskor fanns i den västsvenska sjukvårdsregionen.

Kostnaderna för läkemedel

Läkemedel är en stor kostnadspost i hälso- och sjukvården. Under 1990-talet ökade kostnaderna kraftigt, men stabiliserade i början av 2000-talet till omkring eller strax under 12 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Flera faktorer bidrog till att kostnaderna stabiliserades. Inrättandet av Läkemedelsförmånsnämnden 2001 (numera Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) förbättrade samhällets möjligheter att i viss mån kontrollera kostnaderna. Generikareformen 2002 var en viktig kostnadsbesparande åtgärd. Samtidigt gick flera patent ut och färre nya läkemedel introducerades på marknaden. Läkemedelskommittéerna arbetade för att öka förskrivarnas kostnadsmedvetenhet och i vissa landsting decentraliserades kostnadsansvaret för läkemedel (20).

Under första hälften av 2000-talet låg även de offentligt finansierade läkemedelskostnaderna som andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna ganska stabilt

mellan 8 och 9 procent. Kostnaderna för hälso- och sjukvården i sin helhet, inklusive läkemedelskostnaderna, följde ungefär samma utvecklingskurva som BNP (21).

Utvecklingen efter 2005

Av fördjupningsdelarna i denna rapport framgår hur utvecklingen inom vård och omsorg sett sig under andra hälften av 2000-talet. Detta avsnitt innehåller därför bara en kort sammanställning av regeringens initiativ och riksdagens beslut inom vård- och omsorgsområdet under denna tidsperiod.

Den statliga styrningen

Statens styrning av vård och omsorg har även under senare delen av 2000-talet präglats av nationella handlingsplaner i kombination med stimulansmedel och överenskommelser mellan regeringen och SKL.

Under åren 2005 – 2008 lämnade staten bidrag till olika projekt i kommunerna för att utveckla kvaliteten och kompetensen inom vård och omsorg om äldre, den s.k. *Kompetensstegen*. Sammanlagt avsattes en miljard kronor för sådan verksamhet.

Genom *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* har nya initiativ tagits inom sex olika områden, inklusive omfattande ekonomiska satsningar under perioden 2006 – 2016.

Genom ett stimulansbidrag på 1,35 miljarder kronor inledde regeringen i januari 2007 en flerårig satsning på *utvecklingen av kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer*. En satsning gjordes också på öppna jämförelser inom äldreomsorgen för att bland annat användas i utvecklings- och förändringsarbete.

Riksdagen beslutade 2008 om propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110) där det hälsofrämjande inslaget i det förebyggande folkhälsoarbetet betonas. Kommuner och landsting har en nyckelroll inom folkhälsoarbetet. För att utveckla det lokalt sektorsöverskridande hälsofrämjande arbetet avsattes 50 miljoner kronor.

En *Nationell plattform för evidensbaserad praktik i socialtjänsten* tillkom 2009 genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Parterna enades om att starta ett projekt om grunden för ett framtida gemensamt arbete utifrån förslagen i SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Projektet arbetar med tre huvuduppdrag, av vilka ett är att ta fram förslag på vilka områden som kan bli föremål för prioriteringar i kommande överenskommelser.

Prestationsbaserade överenskommelser mellan regeringen och SKL har blivit allt vanligare. När t.ex. den överenskommelse om *en nationell vårdgaranti*, som 2005 träffades mellan staten, landstingen och SKL, bedömdes ha begränsade effekter på väntetiderna slöt parterna i slutet av 2008 en överenskommelse om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti. Denna nysatsning, i dagligt tal ”kömiljarden”, innebar ett prestationsbaserat resurstillskott på en miljard kronor om landstingen uppnådde vissa mål.

Ekonomiska incitament används av huvudmännen för att utveckla vårdens kvalitet. Även regeringen uppmuntrar denna typ av styrning.

Till exempel stödjer Näringsdepartementet i samarbete med Läkemedelsindustriföreningen (LIF) två pilotprojekt, de s.k. Q-projekten, för att stimulera kvalitetsutvecklingen i primärvården. Vårdenheter som deltar får särskild ersättning

- för att delta i projektet (Payment for Participation)
- för att rapportera till kvalitetsregister (Payment for Registration)
- för de behandlingsmål som uppnås (Payment for Performance).

Resultaten av projekten ska särskilt analyseras och värderas med hänsyn till användningen av ekonomiska incitament för kvalitetsutveckling inom primärvården.

Sammantaget har staten gått in med omfattande stimulansmedel inom vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorgen samt hälso- och sjukvård under de senaste decennierna. I ett begränsat tidsperspektiv kan det vara effektivt att styra med riktade statsbidrag. Inom t.ex. missbruksområdet har statliga stimulansmedel bidragit till utökad samverkan, satsningar på en sammanhållen vårdkedja, insatser för personer med samtidigt missbruk och psykiska funktionshinder m.m. Men det finns också problem. Statsbidragen är ibland oförutsägbara och införs med kort varsel. De kan även vara resurskrävande för kommuner och landsting att planera och söka. Dessutom finns det risk för att insatserna upphör när statsbidraget upphör (23).

Det är också svårt, i det närmaste omöjligt, att avgränsa och följa upp utvecklingen inom ett område utifrån en statlig satsning, när flera olika satsningar pågår samtidigt. Om staten dessutom använder flera olika styrmedel för att påverka hur kommuner och landsting bedriver sina respektive verksamheter, riskerar dessa styrmedel att överlappa varandra såväl tids- som innehållsmässigt (23).

Riksdagen har också beslutat om vissa förändringar i den statliga myndighetsstrukturen för att stödja den av regeringen och riksdagen önskade utvecklingen inom vård och omsorg. Handisam inrättades 2006 med uppdrag att stödja genomförandet av Nationell handlingsplan för handikappolitiken 2000. Sedan 2010 är tillsynen över socialtjänst och hälso- och sjukvård samordnad och en del av Socialstyrelsens huvuduppdrag. Även tillsynen över smittskyddet och granskning av hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning omfattas av uppdraget. "Tillsynsverktygen" har också skärpts. Bestämmelserna om föreläggande och ytterst förbud eller andra av lagstiftningen tillåtna tvångsmedel övervägs om någon som har varit föremål för tillsyn inte vidtar de åtgärder som ansetts nödvändiga.

Referenser

1. SOU 1996:163 Behov och resurser i vården – en analys.
2. Sundström B. Uppföljning av HSU 2000, maj 2009. Socialstyrelsen; dnr 00-509/08-34.
3. SOU 2007:11 Staten och kommunerna – uppgifter, struktur och relation.
4. Socialstyrelsen m.fl. Missivskrivelse till utvärdering av FRISAM och SOCSAM, daterad 2001-11-29. Socialstyrelsen; dnr: 409-5728/1994.
5. Westlund P. Biståndsboken. Lärobok för äldreomsorgen. Stockholm; 2001
6. SOU 1995:5 Vårdens svåra val.
7. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm; 2009.
8. SOU 2008:113 Bo bra hela livet. Del B: Bilagor
9. SOU 2008:113 Bo bra hela livet.
10. Socialstyrelsen. Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
11. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2006. Individ och familjeomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
12. Socialstyrelsen. Social rapport 2006. Stockholm; 2006
13. Bremberg S. Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. En kunskapsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
14. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2007. Individ och familjeomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
15. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2004. Individ och familjeomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
16. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2002. Individ och familjeomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
17. SOU 2005:82 Bil 2 Personer med tungt missbruk
18. Socialstyrelsen. Vårdens värde. Uppsala; 2002.
19. Socialstyrelsen. "God vård på lika villkor" Geografi, demografi, volym och kvalitet. Ansvarskommitténs skriftserie ISSN 1653-5502. Stockholm; 2006.
20. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm; 2009.
21. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos. Stockholm: Socialstyrelsen 2009.
22. Oscarsson L, Sveriges kommuner och Landsting. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Stockholm; 2009
23. Statskontoret 2005:28. Reglering och andra styrmedel. Stockholm: Statskontoret; 2005.
24. Statskontoret 2005:23. Statsbidrag till kommunala samverkansprojekt. Stockholm: Statskontoret; 2005.

25. Sundström B, Tingvall L. Färre kommuner? Om små kommuners problem och utmaningar. Ansvarskommitténs skriftserie ISSN 1653-5502. Stockholm; 2006.
26. Socialstyrelsen. Social rapport 2010. Stockholm; 2010.
27. SOU 2009:84. Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård.

Fördjupningsdelar

Folkhälsa

Fördjupning 2010

Inger Heimerson

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	4
Demografi och medellivslängd	5
Dödligheten och de stora folksjukdomarna	7
Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer – de största dödsorsakerna	7
Insjuknandet i prostatacancer har minskat.....	8
Dödligheten bland unga minskar inte längre	9
Levnadsvanor som påverkar livslängden	10
Rökning, motion och övervikt	10
Alkohol.....	12
Den nya influensan	14
Självs kattad hälsa, besvär av värk och nedsatt rörelseförmåga	14
Psykisk ohälsa	16
Unga vårdas oftare inom psykiatrisk slutenvård	17
Orsakerna till den ökade psykiska ohälsan är inte klarlagda.....	18
Skillnader i hälsa och dödlighet mellan olika grupper	20
Skillnader i självrapporterade hälsobesvär	20
Skillnader i dödlighet mellan kvinnor och män går att påverka	22
Dödligheten har minskat, men inte bland kvinnor med förgymnasial utbildning	24
Att utjämna hälsoskillnaderna inom en generation	26
Förebyggbara riskfaktorer – ett arenaperspektiv	27
Skillnader i vårdkonsumtion kan bidra till skillnader i dödlighet mellan grupper.....	28
Stora variationer i utlandsföddas hälsa	29
Slutord – det aktuella folkhälsoläget	30
Referenser	31

Sammanfattning

Folkhälsan i Sverige har utvecklats positivt i viktiga avseenden. Medellivslängden har fortsatt att öka och var 83,4 år för kvinnor och 79,4 år för män år 2009. Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har fortsatt att minska och bland män ses en viss minskning av dödligheten i cancer.

Hälsoutvecklingen bland de unga är däremot oroande. I åldersgruppen 15–24 år har slutenvård för depressioner, ångesttillstånd, självmordsförsök samt vård för alkoholrelaterade diagnoser ökat. Sedan mitten av 1990-talet minskar inte längre dödligheten bland de unga, medan den fortsatt att minska i alla andra åldersgrupper. Bland de unga männen har dödligheten tvärtom ökat något, vilket framför allt beror på fler olycksfall. Bland både unga kvinnor och män har alkoholrelaterad dödlighet ökat och bland unga kvinnor har självmord blivit vanligare under 2000-talet.

I tidigare folkhälsorapporter har rapporterats om att äldre haft en mer gynnsam hälsoutveckling än yngre sedan början av 1990-talet när det gäller flertalet självrapporterade besvär. Bland annat har symptom på psykisk ohälsa ökat kraftigt bland unga, och i synnerhet bland unga kvinnor. De allra senaste årens utveckling av självskattade hälsoproblem och levnadsvanor är däremot svår att bedöma i dagsläget. Det beror på att SCB:s ULF-undersökningar genomgått en metodförändring som innebär ett tidsseriebrott i frågor som rör hälsan, vilket blir särskilt tydligt när resultat bryts ner på grupper i befolkningen. Hälsfrågor finns också sedan år 2004 i Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät, men i dessa data medför en lägre svarsfrekvens större osäkerhet vid tolkning, vilket särskilt gäller yngre åldersgrupper.

Social ojämlikhet i hälsa kan mätas på flera sätt. I denna rapport används utbildning som indikator. Högutbildade lever längre än lågutbildade, och bland kvinnor har denna skillnad ökat de senaste två decennierna. Dödligheten har inte minskat alls bland kvinnor med som längst förgymnasial utbildning sedan början av 1990-talet. Bland män har dödligheten minskat i alla utbildningsgrupper sett över längre tid, men mellan åren 2005 och 2008 ökade dödligheten bland män med förgymnasial utbildning. Personer med förgymnasial utbildning har också sämre allmänt hälsotillstånd, mer värkbesvär, sämre rörelseförmåga och mer psykisk ohälsa än personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Till en del kan hälsoskillnaderna förklaras av skillnader i hälsorelaterade levnadsvanor, vilka i sin tur påverkas av uppväxtvillkor och den dagliga livsmiljön. Skillnader i hälsorelaterade levnadsvanor kan också förklara en del av kvinnors längre livslängd jämfört med mäns.

Inledning

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 redovisades de senaste decenniernas utveckling av folkhälsan i Sverige samt de hälsorelaterade levnadsvanorna. Sammanfattningsvis kan sägas att de äldre haft en mer gynnsam hälsoutveckling än de yngre sedan början av 1990-talet. Funktionsförmågan har förbättrats bland personer över pensionsåldern och ett flertal allvarliga sjukdomstillstånd har förskjutits allt högre upp i åldrarna. Ohälsa i yngre åldrar har däremot blivit vanligare, exempelvis stressrelaterade besvär och värk. Särskilt oroande är utvecklingen av psykisk ohälsa bland unga. Oroande är också att ojämlikheten i hälsa ökat i vissa avseenden. Exempelvis har skillnaderna i såväl dödlighet som självskattad hälsa ökat mellan människor med förgymnasial och eftergymnasial utbildning (1).

I denna lägesrapport uppdateras de viktigaste resultaten från Folkhälsorapport 2009, med tyngdpunkt på den ojämlikt fördelade hälsan. Skillnader i dödlighet och dödsorsaker mellan kvinnor och män och mellan olika utbildningsgrupper redovisas och diskuteras ur ett preventionsperspektiv. Skillnader mellan olika grupper i självrapporterade hälsoutfall och levnadsvanor redovisas också.

Social ojämlikhet kan mätas på olika sätt, vanligast är socioekonomi (SEI) (2), inkomst och utbildning. I denna rapport har utbildning valts, eftersom samma indikator då kunnat användas genomgående för såväl dödlighet som självrapporterade hälsoutfall. Det åldersintervall som redovisas är 30–64 år, då de flesta är klara med sin utbildning och de dödsfall som inträffar sker ”i allt för unga år”.

I dagsläget är det svårt att uttala sig om trender när det gäller självskattade hälsoproblem och levnadsvanor. Det beror på att ULF-undersökningarna genomgått en metodförändring år 2006, när man övergick från besöks- till telefonintervjuer (3). Ibland hänvisas här istället till data från Statens Folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät, men i dessa data är svarsfrekvensen låg, i synnerhet för yngre åldersgrupper, vilket medför större osäkerhet vid tolkning (4).

Under år 2009 har ett nytt potentiellt hot mot folkhälsan uppstått, den så kallade ”svininfluensan”, eller influensa A(H1N1). Den berörs dock bara kortfattat i denna lägesrapport, för fördjupning hänvisas till lägesrapporten *Smittskydd 2009* från Socialstyrelsen (5).

Socialstyrelsens interaktiva databaser med statistik som kan belysa folkhälsans utveckling i hela Sverige och för samtliga landsting och kommuner finns tillgängliga på internet och uppdateras löpande. Adressen är: <http://www.socialstyrelsen.se/uppfoljning/statistik/statistikdatabas>.

Demografi och medellivslängd

Befolkningens storlek, sammansättning och hälsoutveckling har grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen och påverkar också direkt behoven av hälso- och sjukvård. I Sverige liksom övriga EU-länder är den huvudsakliga demografiska trenden att andelen äldre i befolkningen ökar till följd av att vi lever allt längre. Det förekommer även en omfattande migration som påverkar befolkningsutvecklingen.

Medellivslängden i Sverige har varit stigande under mer än ett sekel. År 2009 var medellivslängden 83,4 år för kvinnor och 79,4 år för män. Den återstående medellivslängden vid 65 års ålder var för kvinnor 21,1 år och för män 18,1 år. Vid den senaste internationella jämförelsen som är från 2007 hade kvinnor i Sverige den åttonde längsta medellivslängden i världen och män i Sverige den femte längsta (*Tabell 1*).

Tabell 1. Världens högsta medellivslängder

Världens tolv högsta medellivslängder. Kvinnor och män år 2007.

Kvinnor	Ålder	Män	Ålder
Japan	86,0	Schweiz	79,5
Frankrike	84,4	Island	79,4
Schweiz	84,4	Japan	79,2
Spanien	84,3	Australien	79,0
Italien	84,2	Sverige	78,9
Australien	83,7	Italien	78,5
Finland	83,1	Kanada	78,4
Sverige	83,0	Norge	78,3
Kanada	83,0	Nya Zeeland	78,2
Island	82,9	Nederländerna	78,0
Norge	82,9	Spanien	77,8
Österrike	82,9	Frankrike	77,5

Källa: OECD Health Data 2009 (6).

År 2009 var 18,1 procent av befolkningen 65 år eller äldre. Sedan 1990 har denna andel ökat något och förväntas öka ytterligare det närmaste decenniet när hela den stora fyrtioalstgenerationen uppnår pensionsåldern. År 2020 beräknas 21 procent av befolkningen vara 65 år eller äldre och år 2060 beräknas andelen till 25 procent (7).

Eftersom kvinnor lever längre än män finns det fler kvinnor i de äldsta åldersgrupperna. Personer över 80 år utgör drygt 5 procent av befolkningen och i dessa åldrar är kvinnorna nästan dubbelt så många som männen. Andelen

utlandsfödda har ökat de senaste decennierna och uppgick år 2009 till drygt 14 procent av befolkningen. Utvecklingen av befolkningens sammansättning i Sverige sedan år 1980 visas översiktligt i *tabell 2*.

Tabell 2. Befolkningsstatistik för Sverige i sammandrag

	2009	2000	1990	1980
Folkmängd den 31 december	9 340 682	8 882 792	8 590 630	8 317 937
Antal personer 0–17 år	1 921 093	1 937 779	1 880 316	1 977 226
Personer 0–17 år i % av hela befolkningen	20,6	21,8	21,9	23,8
Antal personer 65– år	1 690 777	1 530 887	1 526 196	1 362 099
Personer 65– år i % av hela befolkningen	18,1	17,2	17,8	16,4
Antal utrikes födda	1 337 965	1 003 798	790 445	626 953
Urikes födda i % av hela befolkningen	14,3	11,3	9,2	7,5
Antal inrikes födda med två utrikes födda föräldrar	395 948	284 449		
Med utländsk bakgrund i % av hela befolkningen ¹⁾	18,6	14,5		
Antal födda	111 803	90 441	123 938	97 064
Allmänna födelsetalet ²⁾	12,0	10,2	14,5	11,7
Antal döda	90 080	93 461	95 161	91 800
Allmänna dödstalet ³⁾	9,7	10,5	11,1	11,0
Medellivslängd, män	79,4	77,4	74,8	72,8
Medellivslängd, kvinnor	83,4	82,0	80,4	78,8
Spädbarnsdödlighet ⁴⁾	2,5	3,4	6,0	6,9

¹⁾ I utländsk bakgrund ingår utrikes födda och inrikes födda med två utrikes födda föräldrar.

²⁾ Antalet levande födda per 1000 i medelbefolkningen under ett år.

³⁾ Antalet döda per 1000 i medelbefolkningen under ett år.

⁴⁾ Antalet döda under första levnadsåret per 1000 levande födda.

Källa: SCB (8).

Dödligheten och de stora folksjukdomarna

Medellivslängden i en befolkning bestäms av de bakomliggande orsakerna till de dödsfall som inträffar. Dödsorsakerna förändras i hög grad över tiden och speglar i allmänhet samhällets välstånd. Viktiga orsaker till att medellivslängden har ökat i Sverige under hela 1900-talet har varit att spädbarns- och barnadödligheten minskat avsevärt och numera tillhör världens lägsta.

I dagens Sverige är de vanligaste dödsorsakerna hjärt- och kärlsjukdomar och cancer, det vill säga sjukdomar som huvudsakligen drabbar äldre. Hjärt- och kärlsjukdomarna har blivit mindre vanliga och förskjutits till allt högre åldrar. Bland yngre som avlider är skador en vanlig dödsorsak och att så få unga dör i Sverige beror till stor del på att dödligheten i olyckor har minskat. Den gynnsamma utvecklingen till trots dör årligen 5 000 kvinnor och 8 000 män före sin 65-årsdag, och ytterligare drygt 5 000 kvinnor och närmare 8 000 män före sin 75-årsdag (genomsnitt för åren 2005–2007).

Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer – de största dödsorsakerna

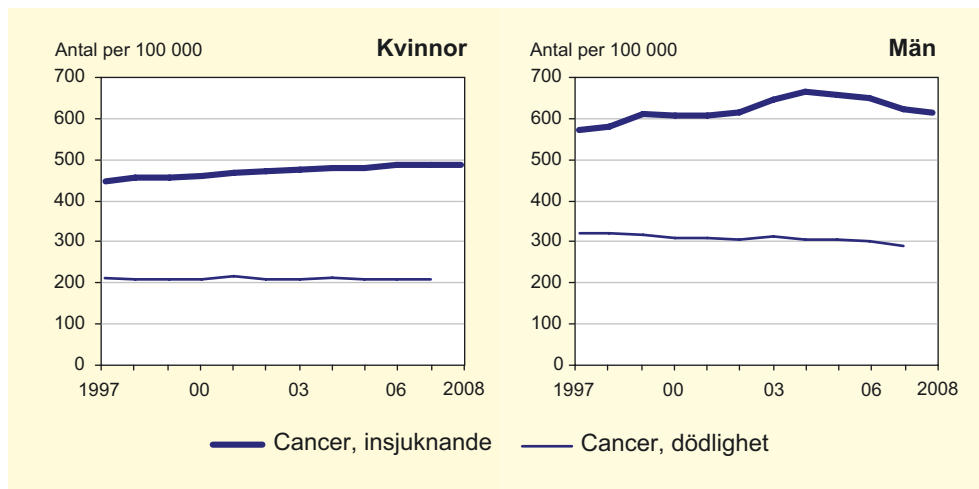
Att livslängden i befolkningen fortsatt att öka de senaste decennierna beror i första hand på den minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. Det är främst död i hjärtinfarkt, men även i stroke, som har minskat. Delvis beror detta på bättre omhändertagande inom sjukvården, men de insjuknanden som sker i hjärtinfarkt och stroke inträffar också vid allt högre åldrar. Denna utveckling har pågått i flera decennier och är fortsatt tydlig under de första åren på 2000-talet.

Insjuknandet i cancer har däremot ökat långsamt under flera decennier medan dödligheten varit relativt oförändrad. Under 2000-talet har denna utveckling fortsatt bland kvinnor, medan cancerinsjuknandet bland män ökade i snabbare takt än tidigare fram till 2004 varefter man ser en vändning (*Figur 1*). Trots detta har cancerdödligheten hela tiden sakta minskat det senaste decenniet bland män. Att insjuknandena ökar medan dödligheten förblir oförändrad eller minskar kan bero på att cancerdiagnoser ställs på ett tidigare sjukdomsstadium vilket förbättrar utgångsläget vid behandling, samt att nya och mer effektiva behandlingsmetoder tagits i bruk inom sjukvården.

Bröstcancer utgör ungefär en tredjedel av de nydiagnosticerade cancerfallen bland kvinnor och prostatacancer utgör ungefär en tredjedel av fallen bland män. Det är dessa två cancerformer som också har störst påverkan på hur totalinsjuknandet och dödligheten i cancer utvecklas. Andra mindre vanliga cancerformer utvecklas på helt andra sätt. Exempelvis har insjuknandet i maligna melanom och övrig hudcancer ökat kraftigt, medan cancer i övre delen av mag- tarmkanalen har minskat (9). I Folkhälsorapport 2009 diskuteras olika cancerformer ur ett åldersperspektiv (1).

Figur 1. Insjuknande och död i cancer

Antal insjuknade och döda i cancer per 100 000 invånare. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



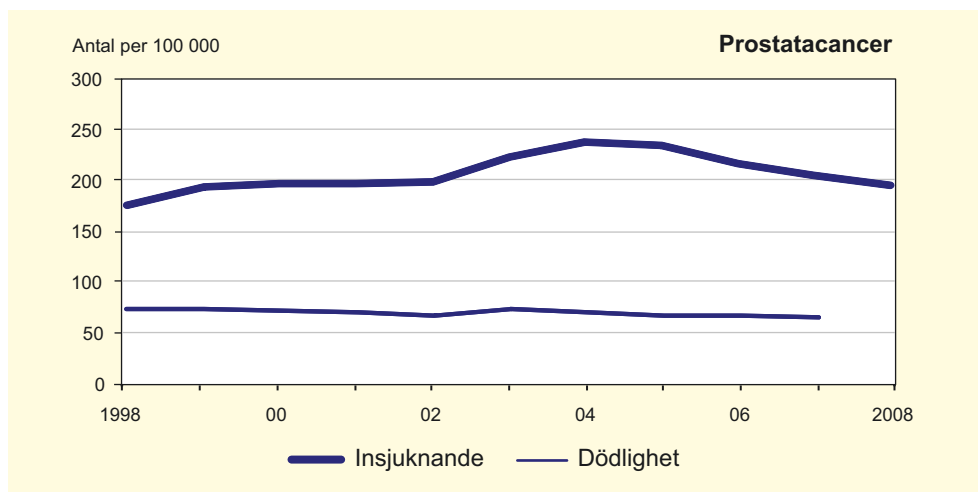
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser (10).

Insjuknandet i prostatacancer har minskat

Att insjuknandet i all cancer sammantaget ökade kraftigt bland män under de sista åren på 1990-talet fram till år 2004 berodde i första hand på de nydiagnosticerade fallen av prostatacancer. Under denna tidsperiod fick en ny diagnostisk metod genomslag i sjukvården. Ett enkelt blodprov kan numera ge en god indikation på om man bör misstänka prostatacancer och diagnostiken har i och med detta blivit aktivare vilket har medfört att prostatacancerdiagnoser ställs i ett tidigare skede. Att insjuknandena de senaste åren minskat kan bero på att man under några år av aktivare diagnostik identifierat en stor del av ett tidigare mörkertal som funnits i befolkningen och att andelen odiagnosticerade fall av prostatacancer nu har minskat. Prostatacancer är ofta långsamväxande och de flesta insjuknandena sker vid hög ålder. Tidigare hade många äldre män sjukdomen under lång tid innan diagnos ställdes, en del så pass länge att de hann dö av andra sjukdomar utan att prostatacancern upptäcktes eller gav besvär.

Figur 2. Insjuknande och död i prostatacancer

Antal per 100 000 insjuknade och döda i prostatacancer. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser (10).

Dödligheten bland unga minskar inte längre

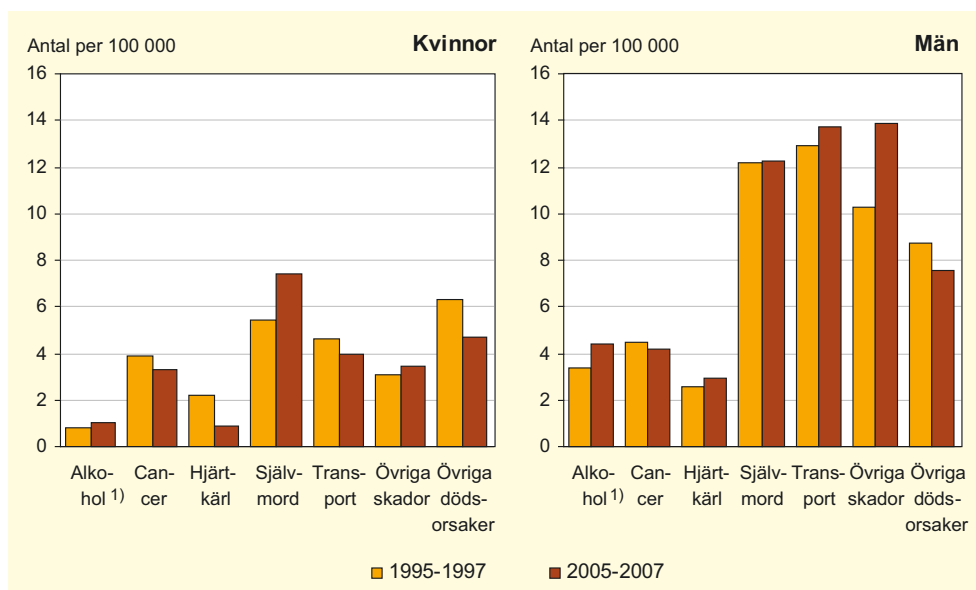
Bland unga i Sverige är det ovanligt att sjukdomar leder till dödsfall. De dödsfall som inträffar har istället oftast yttre orsaker. I Folkhälsorapport 2009 konstaterades att dödligheten kontinuerligt minskat i alla åldrar under lång tid, förutom i åldersgruppen 15–24 år, där man ser ett trendbrott i mitten av 1990-talet. Efter det minskar dödligheten inte längre bland de unga och bland de unga männen ligger dödligheten idag något högre än de lägsta nivåerna vid mitten av 1990-talet (*Figur 3*).

Det är framför allt dödligheten i olyckor, andra än trafikolyckor, som ökat bland unga män. Det går dock inte att urskilja någon olyckstyp som ökat särskilt mycket utan istället har mindre ökningar skett i ett flertal olika olyckstyper. Död i alkoholrelaterade diagnoser har också ökat. Bland de unga kvinnorna har självmord blivit vanligare, medan minskningar skett i andra dödsorsaker.

I alla åldrar är dödligheten bland män högre än bland kvinnor, men bland de unga är könsskillnaderna i dödlighet som störst. Bland de unga som dör av skador, förgiftningar eller självmord är ungefär en tredjedel av kvinnorna och närmare hälften av männen påverkade av alkohol.

Figur 3. Förändringar i dödligheten bland unga

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män, 15–24 år, åren 1995–1997 och 2005–2007. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



¹⁾Alkohol eller alkoholbetingad organskada finns nämnt i dödsorsaksintyget (11). En person som dött av exempelvis en alkoholbetingad transportskada finns med i båda dessa kategorier.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Levnadsvanor som påverkar livslängden

Mat- och motionsvanor, rökning och alkohol är exempel på levnadsvanor som påverkar risken att insjukna i ett flertal sjukdomar och även dödligheten i befolkningen. I Folkhälsorapport 2009 (1) diskuteras dessa samband ingående. Nedan redovisas förekomsten av rökning, motion mer sällan än två gånger i veckan, övervikt och alkohol. Förekomsten av övervikt redovisas här, trots att det inte är en levnadsvana, eftersom orsaken är obalans mellan intag av energi via maten och energiförbrukning genom fysisk aktivitet.

Rökning, motion och övervikt

Bland dem som är 16 år och äldre är det 15 procent av kvinnorna och 12 procent av männen som röker, 43 procent av kvinnorna och 48 procent av männen som motionerar mindre än två gånger i veckan och 37 procent av kvinnorna och 53 procent av männen som är överviktiga ($BMI \geq 25$) enligt SCB:s ULF-undersökningar. 10 procent av kvinnorna och 11 procent av männen är feta ($BMI \geq 30$) (Tabell 3).

Tabell 3. Rökning, motion och övervikt

Andel (procent) kvinnor och män i olika åldersgrupper som röker dagligen, motionerar mindre än två gånger i veckan, är överviktiga (BMI≥25) respektive feta (BMI≥30). Genomsnitt åren 2007/08.

	Daglig rökning		Motion < 2 ggr/ vecka		Övervikt, BMI≥25		Fetma, BMI≥30	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16–24	15	11	38	38	10	19	3	4
25–44	12	10	42	51	21	41	8	11
45–64	21	17	39	49	33	50	12	14
65–84	12	10	48	45	38	47	13	11
85+	4	4	75	68	26	39	11	4
Samtliga	15	12	43	48	37	53	10	11

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Övervikt och fetma har blivit vanligare i befolkningen de senaste två decennierna och störst har ökningarna varit bland personer under 50 år. Andelen överviktiga i åldern 16–24 år är nästan dubbelt så hög som för tjugo år sedan. Under det första decenniet på 2000-talet verkar ökningstakten ha avtagit, åtminstone bland kvinnor. Nationella folkhälsoenkäten talar för att förekomsten av fetma fortsatt öka bland män, men inte bland kvinnor, även de senaste åren (4).

År 2007 såldes 800 cigaretter per person äldre än 15 år. Jämfört med toppen år 1976 då 1 800 cigaretter såldes per person är det en kraftig nedgång som till största delen förklaras av minskad rökning, men i någon mån också av ökad smuggling och privatinförsel (12). De senaste två decennierna har rökning blivit allt ovanligare bland både kvinnor och män, och i alla åldersgrupper utom bland kvinnor i övre medelåldern och äldre, bland vilka rökning istället blivit vanligare. Det senare är en generationseffekt, de kvinnor som nu är yngre pensionärer eller snart ska gå i pension tillhör den första generationen kvinnor som rökt i större omfattning och senare generationer har inte börjat röka i samma utsträckning. Den nationella folkhälsoenkäten talar för att rökning fortsatt att minska de senaste åren, utom bland personer över pensionsåldern (4).

De flesta är unga när de börjar röka och därför är utvecklingen bland skolungdomar särskilt intressant att följa. I CAN:s klassrumsundersökningar år 2009 uppgav 8 procent av flickorna och 7 procent av pojkarna i nian att de rökte dagligen. Skolungdomarna röker idag betydligt mindre än på 1970-talet, men de senaste åren har rökning blivit något vanligare bland niorna. I gymnasiet årskurs två var det 14 procent av flickorna och 8 procent av pojkarna som var dagligrökare år 2009. Flickor röker mer än pojkar, men om man även räknar in snuskonsumtionen så är nikotin användning ungefär lika vanligt bland både flickor och pojkar (12, 13).

Alkohol

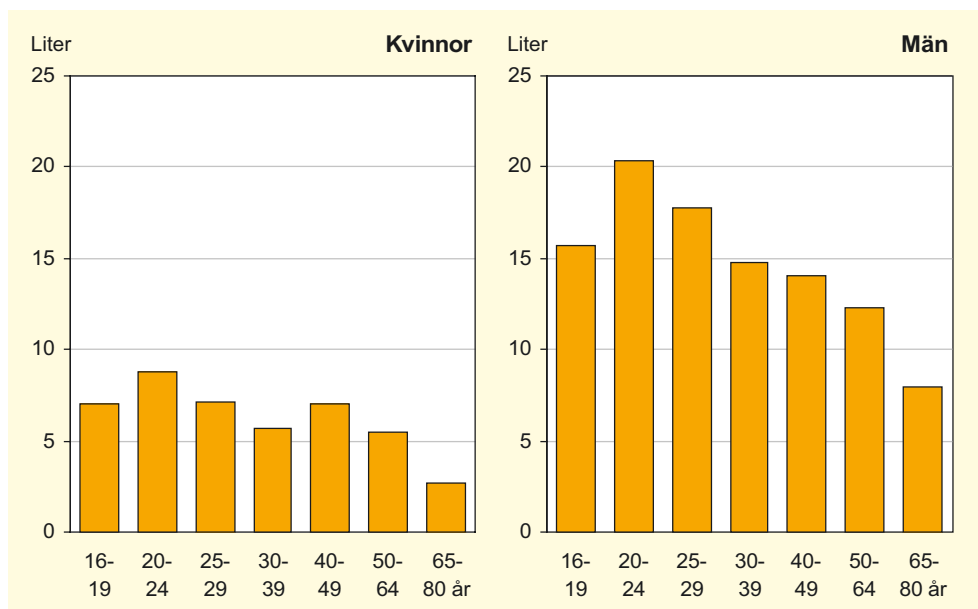
Den totala alkoholkonsumtionen uppgick år 2007 till 9,8 liter ren alkohol per person 15 år och äldre, enligt beräkningar som grundar sig på såväl försäljningssiffror som frågeundersökningar. Detta innebär en viss minskning jämfört med toppnoteringen år 2004 då konsumtionen var 10,4 liter per person.

I det något längre perspektivet har alkoholkonsumtionen däremot ökat, under 1980- och 1990-talet låg nivåerna runt 8 liter per person medan de under hela 2000-talet legat omkring 10 liter per person 15 år och äldre. Flera undersökningar pekar på att storkonsumenterna av alkohol blivit fler sedan 1990-talet, i första hand på grund av att man dricker oftare än tidigare. Men antalet intensivkonsumtionstillfällen – alltså tillfällen med konsumtion av motsvarande minst en flaska vin per tillfälle – har också ökat. Det är den ore-gistrerade konsumtionen som har ökat mest vilket i första hand beror på ökad privatimport, men även inslaget av illegalt tillverkad eller införd alkohol har ökat och beräknas stå för nästan 10 procent av den totala konsumtionen.

Realkostnaden för alkohol har minskat sedan 1990-talets mitt, vilket tillsammans med att nya dryckessorter och förpackningstyper kommit ut på marknaden troligen också bidragit till ökad konsumtion. Utvecklingen har gått mot ökad konsumtion av vin medan spritkonsumtionen har minskat (12). Män dricker betydligt mer alkohol än kvinnor, något som gäller alla åldersgrupper. Högst är konsumtionen bland män i 20–24 årsåldern, vilka i genomsnitt konsumerar 20 liter per person och år (*Figur 4*).

Figur 4. Alkoholkonsumtion i olika åldrar

Självrapporterad alkoholkonsumtion enligt SoRAD¹⁾:s monitormätningar, uppräknad för att spegla den verkliga konsumtionen, fördelad på åldersgrupper och kön, år 2002.



¹⁾ Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet.

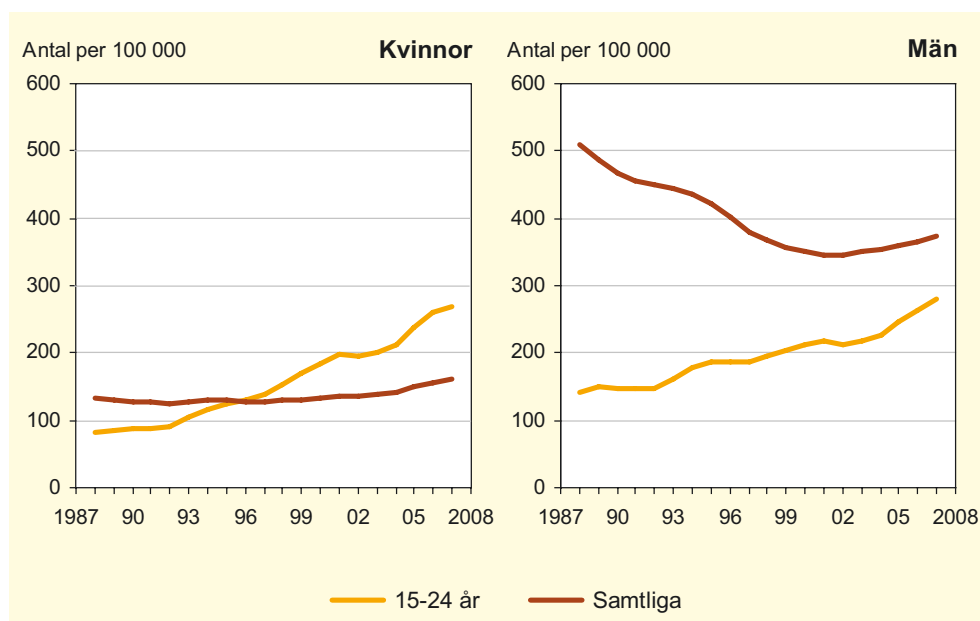
Källa: Drogutvecklingen i Sverige 2008(12).

Bland de unga har sjukhusvård för alkoholrelaterade diagnoser blivit allt vanligare sedan början av 1990-talet. Även dödligheten i dessa diagnoser har ökat (*figur 3*). I *figur 5* visas antalet individer som vårdats årligen – inte antalet vårdtillfällen – vissa individer kan alltså ha vårdats på sjukhus vid flera tillfällen under samma år. Av figuren framgår att ökningen varit större bland unga kvinnor än bland unga män och att det under de senaste åren varit ungefär lika vanligt att unga kvinnor som unga män läggs in på grund av effekter av överkonsumtion.

Unga som behöver läggas in på sjukhus vårdas i allmänhet för omedelbara effekter av överkonsumtion, till exempel alkoholförgiftning, medan långtidseffekter av överkonsumtion, exempelvis levercirros eller neurologiska skador, i allmänhet ses först vid högre åldrar. I totalbefolkningen har sjukhusvård på grund av alkoholdiagnos minskat bland männen under hela 1990-talet och varit oförändrad bland kvinnorna. För båda könen ses en viss uppgång under 2000-talet.

Figur 5. Sjukhusvård för alkoholrelaterad diagnos

Antal kvinnor och män per 100 000 i befolkningen samt i åldern 15–24 år som årligen sjukhusvårdats med alkoholrelaterade diagnoser¹⁾. Glidande treårsmedelvärden åren 1987–2008. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



¹⁾ Alkohol eller alkoholbetingad organskada, ICD-koder enligt Socialstyrelsens lista (11).

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Flickor i årskurs nio drack år 2009 i genomsnitt 2,1 liter ren alkohol och pojkar 3,2 liter. Var tredje niondeklassare har de senaste fem åren rapporterat att de inte dricker alls. Andelen niondeklassare som dricker mer än motsvarande en flaska vin vid samma tillfälle – definitionen för intensivkonsumtion – någon gång per månad eller oftare är bland niorna 23 procent bland både flickor och pojkar. I gymnasiets årskurs två intensivkonsumerar 48 procent av flickorna och 55 procent av pojkarna någon gång i månaden eller oftare (13).

Den nya influensan

Med oregelbundna intervaller anpassas influensavirus från andra djurarter, vanligen svin eller fåglar, till att infektera de övre luftvägarna hos människor. Ett sådant ”nytt” virus, influensa A (H1N1), upptäcktes i Mexico på våren år 2009. Den nya influensan klassades av WHO under sommaren som en pandemi, det vill säga en epidemi med global spridning. Liknande pandemier förekom vid tre tillfällen under 1900-talet.

På basen av utvecklingen i andra länder gjordes initiala bedömningar i Sverige under våren 2009, vilka visade på risk för omfattande smittspridning med risk för ett större antal döda i befolkningen. Prognoserna reviderades sedermera ett flertal gånger och influensapandemin har drabbat Sverige betydligt mildare än man initialt befarade. I slutet av januari år 2010 hade 27 personer i Sverige avlidit i den nya influensan. Av dessa tillhörde alla utom 4 personer någon riskgrupp. Smittspridningen av influensa A(H1N1) var i Sverige som intensivast veckorna 45–48. Med all sannolikhet var den vaccinering som erbjöds befolkningen en viktig bidragande orsak till att smittspridningen därefter avtog kraftigt. I februari 2010 hade ungefär 65 procent av befolkningen vaccinerats (14). Inför hösten 2010 kommer vaccin mot influensa A(H1N1) att ingå i vaccinet mot säsongsinfluensa (15).

Den samlade kunskapen om den nya influensan utvecklas fortlöpande. I Europa har relativt få dödsfall inträffat i förhållande till antalet smittade, cirka 1 dödsfall per 1000 insjuknade eller färre, vilket är jämförbart med vanlig influensa. De flesta fallen av allvarlig sjukdom har setts hos förhållandevis unga vuxna (20–40 år). Även små barn har behövt sjukhusvård i relativt stor omfattning, men inte oftare än vid säsongsinfluensa. Äldre (> 65 år) verkar ha haft ett skydd mot smitta sedan tidigare så att de inte infekterats i någon större omfattning. Vid vanlig säsongsinfluensa är det annars de äldre som har störst risk för att få allvarlig influensa och många av dem har också någon underliggande sjukdom (15). Socialstyrelsen presenterar en särskild lägesrapport om smittskydd den 31 mars 2010 (5).

Självskattad hälsa, besvär av värk och nedsatt rörelseförmåga

Bland dem som var 16 år eller äldre uppfattade 76 procent av kvinnorna och 80 procent av männen sin egen hälsa som god eller mycket god åren 2007/08 enligt SCB:s ULF-undersökningar. Samtidigt upplevde var tjugonde kvinna och man dålig eller mycket dålig hälsa. 19 procent av kvinnorna och 13 procent av männen uppgav svår värk i antingen skuldror eller ländrygg och lika många så pass nedsatt rörelseförmåga att de inte kunde springa en kortare sträcka. Besvär av svår värk samt nedsatt rörelseförmåga i olika åldersgrupper redovisas i *tabell 4*.

Tabell 4. Självsfattad hälsa, svår värk och nedsatt rörelseförmåga

Andel (procent) som upplever dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd, svår värk i skuldror eller rygg samt andel med nedsatt rörelseförmåga (kan ej springa en kortare sträcka). Kvinnor och män, olika åldersgrupper. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.

	Dåligt/Mycket dåligt hälsotillstånd		Svår värk i skuldror eller rygg		Nedsatt rörelseförmåga	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16–24	3	1	11	4	2	2
25–44	3	1	15	8	4	2
45–64	6	6	23	19	17	10
65–84	7	9	22	16	49	37
85+	11	13	29	15	85	69
Samtliga	5	5	13	7	19	13

Källa: ULF-undersökningarna åren 2007/08, SCB.

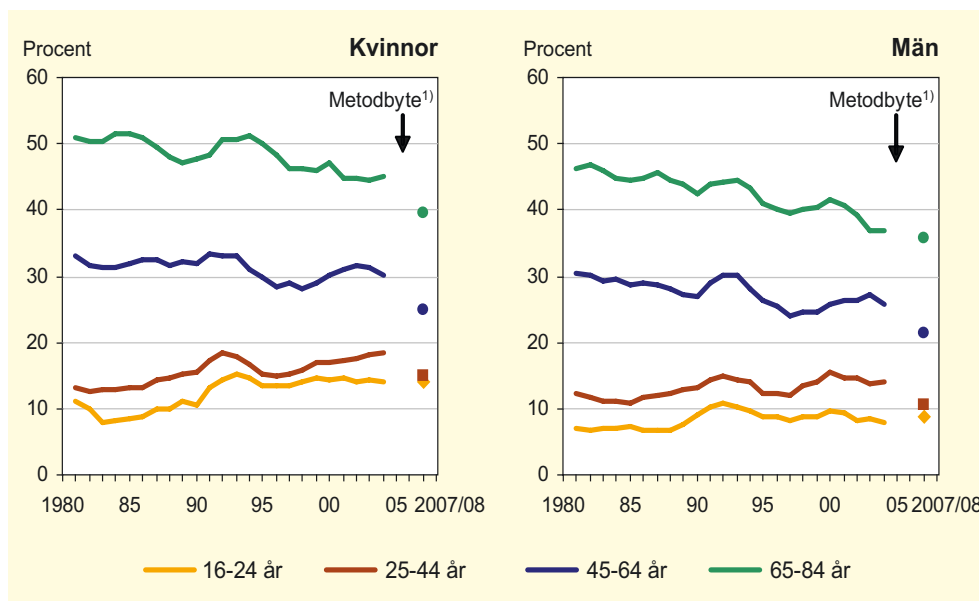
Med stigande ålder blir det allt fler som inte upplever god hälsa. Även nedsatt rörelseförmåga och besvär av värk är vanligare bland äldre. I åldern 65–84 år upplever dock fortfarande 60 procent av kvinnorna och 65 procent av männen god eller mycket god hälsa och bland dem som svarat bland personer som är 85 år eller äldre så är det 44 procent av kvinnorna och 48 procent av männen som upplever god eller mycket god hälsa. Dock innebär dessa siffror sannolikt en viss överskattning av andelen med god hälsa, eftersom vissa som avböjer deltagande i intervju- eller enkätundersökningar avstår av hälsoskäl och hälsan därför kan antas vara sämre i den grupp som inte deltar.

Besvär av värk i såväl skuldror som ländrygg är vanligare bland kvinnor än bland män, men könsskillnaden är större i förekomsten av skuldervärk än i ländryggsvärk. Värk i skulderregionen är ofta stressrelaterad och är vanligast i åldern 45–64 år.

Bland de äldre har den självskattade hälsan förbättrats successivt alltsedan år 1980 (*Figur 6*). I åldersgruppen 16–24 år försämrades däremot den självskattade hälsan under början av 1990-talet och därefter planar kurvan ut.

Figur 6. Allmänt hälsotillstånd åren 1980–2007/08

Andel (procent) av kvinnor och män i olika åldersgrupper som på en fråga om hur de uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd svarat "någorlunda", "dåligt" eller "mycket dåligt" åren 1980–2005 (glidande treårsmedelvärden) och 2007/08 (genomsnitt). Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



¹⁾ Ett metodbyte har skett mellan år 2005 och år 2007. T.o.m. år 2005 genomfördes ULF som besöksintervjuer, fr.o.m. år 2007 som telefonintervjuer.

Källa: ULF- undersökningarna, SCB.

Besvär av värk har också blivit vanligare bland yngre. Under 2000-talet har förekomsten av svår värk i skuldror eller rygg hela tiden legat omkring 10 procent i åldersgruppen 16–24 jämfört med omkring 5 procent under 1980-talet. I övriga åldersgrupper finns ingen tydlig trend över tid. De senaste årens utveckling är svårbedömd på grund av metodbytet i ULF-undersökningarna (3). Nationella folkhälsoenkäten visar ingen uppenbar förändring mellan åren 2004 och 2009 (4).

Psykisk ohälsa

I befolkningen är det 26 procent av kvinnorna och 14 procent av männen som besväras av ångslan, oro eller ångest enligt SCB:s ULF-undersökningar åren 2007/08. 7 procent av kvinnorna och 4 procent av männen anger svåra besvär. Bland kvinnorna är det 33 procent och bland männen 22 procent som har sömnbesvär. 14 procent av kvinnorna och 8 procent av männen besväras av ständig trötthet.

Ett flertal undersökningar visar på att den självrapporterade psykiska ohälsan har ökat de senaste två decennierna (1). De största ökningarna har skett bland unga, i synnerhet bland unga kvinnor, medan det inte syns någon ökning bland de äldsta. Hur denna utveckling fortsatt de senaste åren går inte att bedöma utifrån SCB:s ULF-undersökningar på grund av metodförändringar (3). Nationella folkhälsoenkäten (FHI) talar inte för någon uppenbar förändring (4).

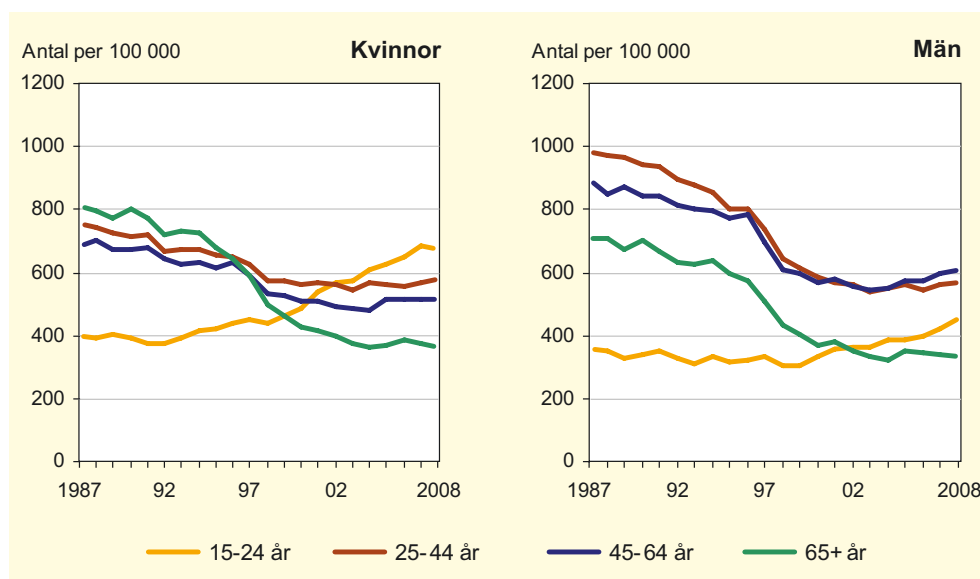
Efter att stora ökningar skett bland unga kvinnor under 1990- och 2000-talen är besvär av ängslan, oro eller ångest numera vanligare bland dem än bland kvinnor över pensionsåldern vilka tidigare haft mest besvär. För två decennier sedan var bilden den rakt motsatta, de unga hade minst besvär av oro medan sådana besvär ökade med stigande ålder. Bland de unga har det skett en mer än trefaldig ökning sedan år 1989/90, medan förekomsten varit ganska oförändrad i åldern 65–84 år.

Unga vårdas oftare inom psykiatrisk slutenvård

Det är inte endast enkät- och intervjuundersökningar som talar för att den psykiska hälsan har försämrats bland de unga. I åldern 15–24 år har inläggning på sjukhus för psykiatrisk vård blivit allt vanligare (*Figur 7*). Det ökade behovet av psykiatrisk vård ses bland de unga kvinnorna sedan mitten av 1990-talet medan ökningen bland de unga männen blivit tydlig först under 2000-talet. Under samma tid har inläggning för psykiatrisk vård minskat i övriga åldersgrupper, samtidigt som också antalet vårdplatser minskat kraftigt. Även inläggning på sjukhus för alkoholrelaterade diagnoser, vilka i huvudsak vårdas inom somatisk vård, har ökat bland de unga (se *figur 5* ovan). Detta kan också tala för en försämring av den psykiska hälsan, även om det inte finns något enkelt samband.

Figur 7. Psykiatrisk slutenvård

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats inom allmänpsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård. Kvinnor och män i olika åldersgrupper perioden 1987–2008.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

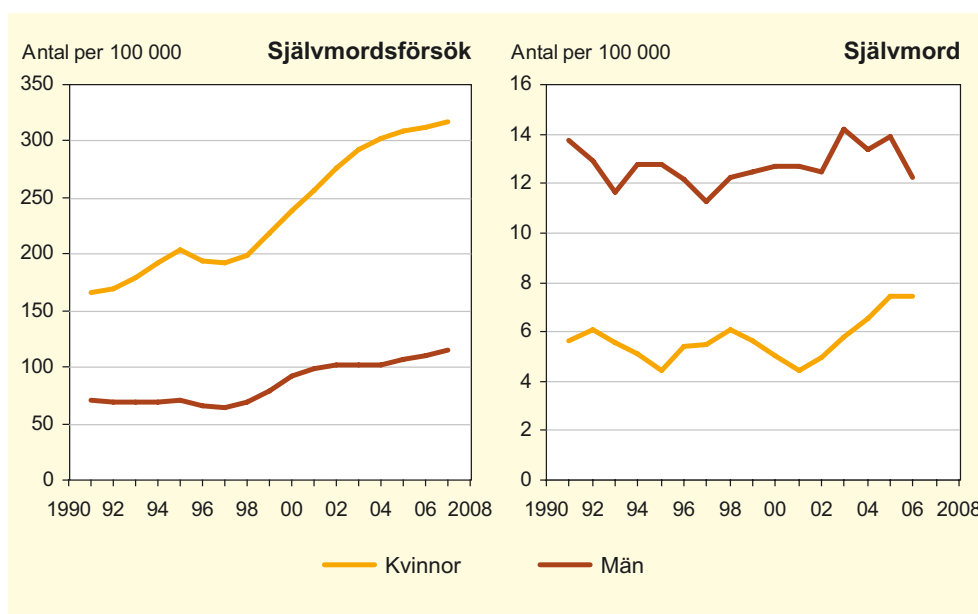
I Folkhälsorapport 2009 visades att det framför allt är sjukhusvård för depressioner och ångestsyndrom som ökat kraftigt bland unga, d.v.s. diagnoser som väl kan motsvaras av frågor om ängslan, oro eller ångest i enkät- och intervjumaterial. Däremot har sjukhusvård för psykoser inte ökat. (1) Sjukhusvård efter självmordsförsök har också blivit vanligare, framför allt bland unga

kvinnor men också bland män (*Figur 8*). År 2008 vårdades 1 900 kvinnor och 700 män i åldrarna 15–24 år på sjukhus efter ett självmordsförsök.

Oavsett om man mäter självrapporterade besvär eller sjukhusvård så är psykisk ohälsa betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. Psykossjukdomar är däremot vanligare bland män och dessa allvarliga psykiska störningar ligger också bakom en del självmord. Självmord är vanligare bland män än bland kvinnor och äldre begår fler självmord än yngre. Självmorden minskar i alla åldersgrupper över 24 år. Bland unga kvinnor ses däremot en viss ökning under 2000-talet (*Figur 8*). Åren 2005–2007 begick i genomsnitt 40 kvinnor och 70 män årligen självmord i åldern 15–24 år.

Figur 8. Sjukhusvård för självmordsförsök samt döda i självmord

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus för självmordsförsök respektive dött i självmord (endast säkra fall). Kvinnor och män i åldern 15–24 år, perioden 1990–2008. Glidande treårsmedelvärden.



Källa: Patient- och dödsorsaksregistren, Socialstyrelsen.

Orsakerna till den ökade psykiska ohälsan är inte klarlagda

Det är inte klarlagt varför psykiska besvär har blivit vanligare bland ungdomar. I Folkhälsorapport 2009 konstaterades att symptom på nedsatt psykiskt välbefinnande ökat i samtliga ungdomsgrupper oavsett familjeförhållanden, födelseland, status på arbetsmarknaden och föräldrarnas socioekonomiska ställning. Ökningen är dock inte lika stor i alla grupper och graden av besvär skiljer sig åt. Besvär av ångslan, oro och ångest är vanligast bland dem som varken studerar eller arbetar. De stora ökningarna av dessa besvär förklaras däremot till en större del av ökningarna som skett bland dem som studerar, eftersom betydligt fler unga tillhör denna grupp. I 20–24-årsåldern har de som huvudsakligen yrkesarbetar mindre besvär än de studerande (1).

Det är tänkbart att en förklaring till den ökande psykiska ohälsan kan vara de ungas svåra situation på arbetsmarknaden. Den ekonomiska krisen på 1990-talet medförde att det blev svårare än tidigare för unga i Sverige att få arbete. Det är ungefär vid denna tid som också den kraftiga ökningen av psykisk ohälsa bland de unga tog sin början, vilket kan tala för att det finns ett samband. Teorin styrks av en ny studie där ett flertal europeiska länder ingår. Studien visar på ett samband där en större andel av de unga rapporterar symptom på psykisk ohälsa i de länder där färre unga har arbete (16). Sverige hör till de länder i Europa där unga rapporterar mest symptom på psykisk ohälsa och där de också har svårast att komma in på arbetsmarknaden. Den nu aktuella ekonomiska krisen har, liksom krisen på 1990-talet, drabbat unga i högre utsträckning än äldre och under 2009 har ungdomsarbetslösheten stigit. Oro för ekonomi och arbetslöshet är vanligast bland unga och blir mindre vanligt med stigande ålder (*Tabell 5*).

Tabell 5. Oro för arbetslöshet och ekonomi

Andel (procent) av kvinnor och män i olika åldersgrupper som anger oro för arbetslöshet (frågan ställd endast till sysselsatta) respektive ekonomi år 2008. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.

	Ofta oro för arbetslöshet			Ofta orolig för ekonomin		
	Ofta	Då och då	Totalt	Ofta	Då och då	Totalt
Kvinnor						
16–24	11	33	44	14	36	50
25–44	6	21	27	12	36	48
45–64	4	14	18	8	22	30
65–84	-	-	-	5	18	23
Män						
16–24	3	21	24	5	19	24
25–44	3	16	19	6	25	31
45–64	3	15	18	5	17	22
65–84	-	-	-	3	11	14

Källa ULF-undersökningarna, SCB.

Utöver de strukturella faktorerna på arbetsmarknaden har också andra tänkbara förklaringar till den ökande psykiska ohälsan bland unga lyfts fram (1). En är den så kallade individualiseringen, vilket innebär en utveckling där människor allt mer prioriterar sina egna mål framför exempelvis tradition, religion och nationens eller gruppens intressen. Andra förklaringar kan vara ökad alkoholkonsumtion och mindre sömn. En ny svensk studie som ännu inte är publicerad, har visat starka samband mellan låga betyg i grundskolan och självmord senare i livet (17). En kunskapsöversikt över orsakerna till psykisk ohälsa bland unga kommer att presenteras av Kungliga vetenskapsakademin i april 2010 (18).

Skillnader i hälsa och dödlighet mellan olika grupper

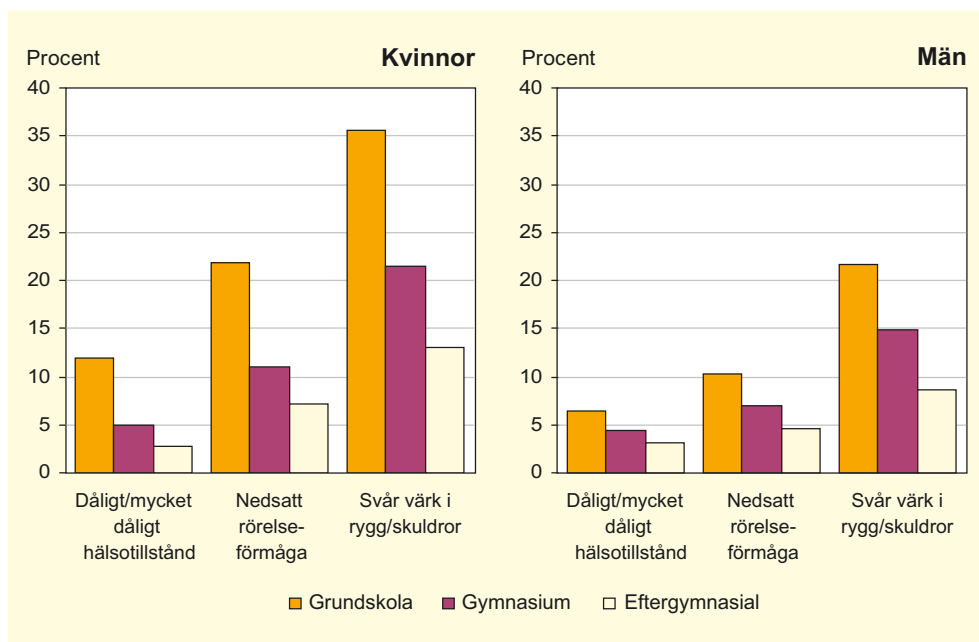
Skillnader i självrapporterade hälsobesvär

Att inte uppleva god hälsa är betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade (*Figur 9*). Kvinnor i åldern 30–64 år med som längst grundskoleutbildning rapporterar fyra gånger så ofta att de har dålig hälsa som kvinnor med eftergymnasial utbildning. Bland män med endast grundskoleutbildning är det två gånger så vanligt med dålig hälsa som bland dem som har eftergymnasial utbildning.

Såväl besvär av värk som nedsatt rörelseförmåga är också betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. En förklaring kan vara att lågutbildade oftare har yrken med olämpliga arbetsställningar och ensidiga arbetsrörelser. Efter pensionsåldern är det färre som rapporterar besvär av värk än åren före pensionen, en tendens som är tydligare bland arbetare än bland tjänstemän (1). I alla utbildningsgrupper är såväl värk som nedsatt rörelseförmåga vanligare bland kvinnor än bland män.

Figur 9. Dåligt allmänt hälsotillstånd, rörelseförmåga och värk

Andel (procent) av kvinnor och män, i åldern 30–64 år, med som längst grundskole-, gymnasie- eller eftergymnasial utbildning som upplever dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd, nedsatt rörelseförmåga (kan ej springa en kortare sträcka) respektive svåra besvär av värk i skuldror eller ländrygg. Genomsnitt åren 2007/08. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.

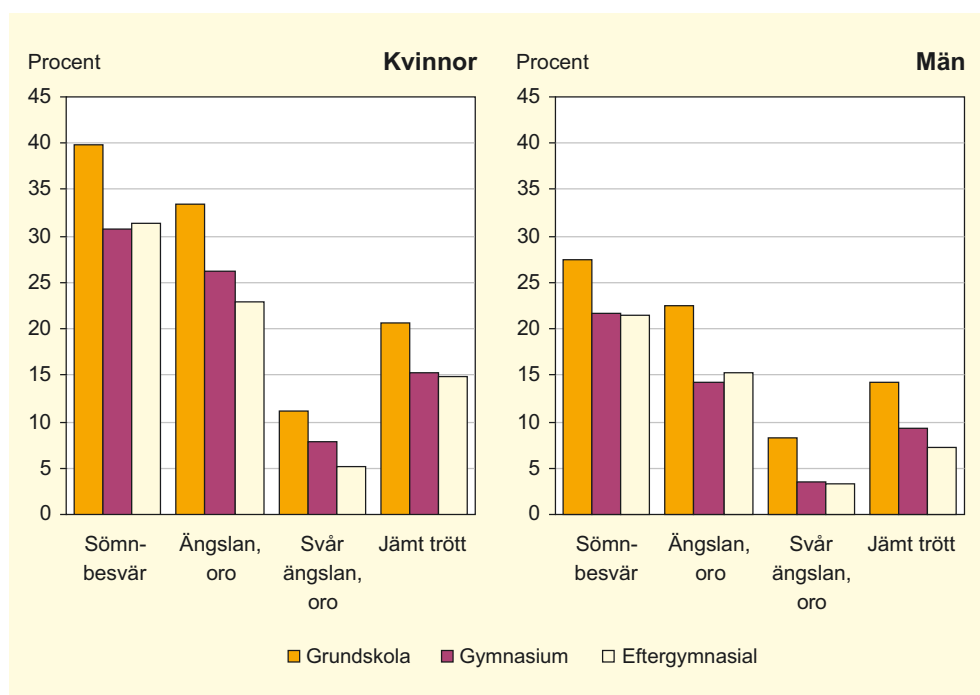


Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Även besvär med sömnen, besvär av oro samt ständig trötthet är vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade och är i samtliga ålders- och utbildningsgrupper vanligare bland kvinnor än bland män (*Figur 10*). Orsaken till könsskillnaderna är inte klarlagd, men förklaringar kan sökas i såväl könsroller som biologiska skillnader (1). En del av könsskillnaderna förklaras troligen av att kvinnor har sämre socioekonomiska förutsättningar än män, och att de oftare utsätts för kränkningar och övergrepp (19).

Figur 10. Sömnbesvär, ängslan, oro eller ångest och ständig trötthet

Andel (procent) med sömnbesvär, lätta eller svåra respektive svåra besvär av ängslan, oro eller ångest samt ständig trötthet¹⁾ år 2007/08. Kvinnor och män 30–64 år med som längst grundskole- gymnasial- och eftergymnasial utbildning. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



¹⁾ Med ständig trötthet avses att man känner sig trött på morgonen, dagen och kvällen.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

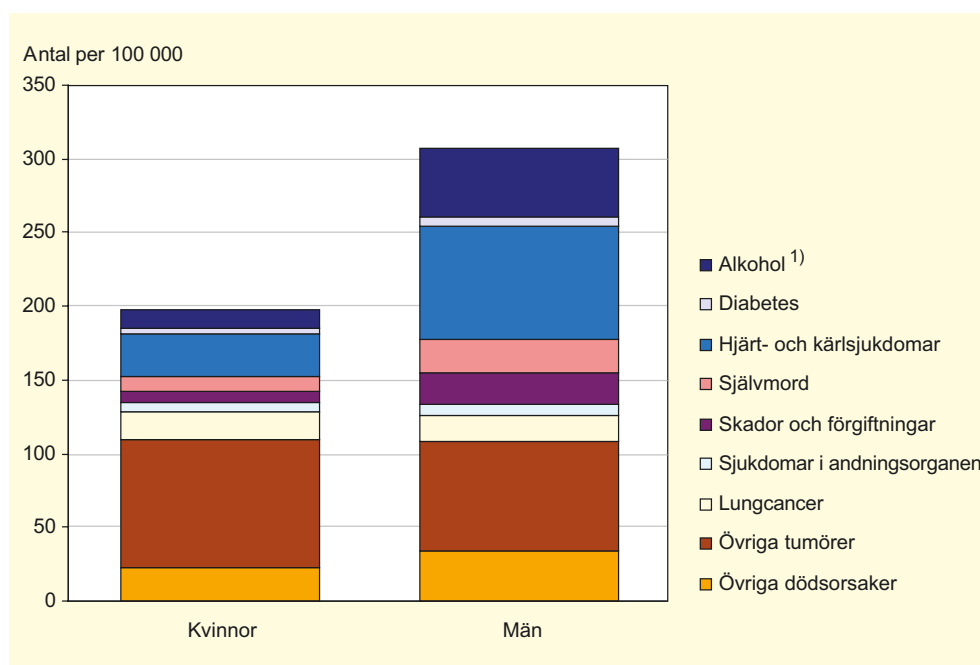
Skillnader i dödlighet mellan kvinnor och män går att påverka

Kvinnor lever längre än män. De senaste åren har dock dödligheten minskat snabbare bland män än bland kvinnor, vilket medfört att könsskillnaderna i dödlighet minskat. Förklaringen till detta är att mönstret av bakomliggande dödsorsaker skiljer sig åt mellan könen (*Figur 11 och tabell 6*). Mäns högre dödlighet beror till stor del på högre dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom, alkoholrelaterade diagnoser samt skador och självmord. De senaste decennierna har dödsfall i olyckor och hjärt- och kärlsjukdomar minskat i hela befolkningen. Minskningen har varit större bland män än bland kvinnor eftersom dessa dödsorsaker varit, och fortfarande är, vanligare bland män och potentialen för minskning därmed varit större bland männen.

I åldersintervallet 30–64 år är dödligheten fortfarande ungefär 50 procent högre bland män än bland kvinnor. Denna skillnad är dock i hög grad möjlig att påverka. De dödsorsaker som skiljer könen åt kan påverkas genom kända riskfaktorer och förekomsten av dessa riskfaktorer skiljer sig kraftigt åt mellan könen. En central orsak till könsskillnader i hälsa är det så kallade genus-systemet, det vill säga det system av sociala mekanismer som verkar för att göra flickor och pojkar, kvinnor och män olika i en mängd aspekter av livet, exempelvis vad gäller hälsorelaterade levnadsvanor (20).

Figur 11. Dödlighet och dödsorsaker bland kvinnor och män

Antal döda per 100 000 till följd av olika dödsorsaker. Kvinnor och män i åldrarna 30–64 år. Genomsnitt för åren 2003–2007. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



¹⁾ Alkohol eller alkoholbetingad organskada finns nämnt i dödsorsaksintyget (11). För att den totala dödligheten ska bli korrekt är de alkoholrelaterade diagnoserna prioriterade i denna figur. Det innebär att dödsfall på grund av en skada till följd av alkoholkonsumtion redovisas i kategorin alkohol, inte skador. Varje dödsfall finns således med i bara en kategori.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 6. Relationen mellan kvinnors och mäns dödlighet i olika dödsorsaker
 Kvoten mellan antal per 100 000 döda män och kvinnor till följd av olika dödsorsaker i åldrarna 30–64 år. Genomsnitt för åren 2003–2007. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.

	Män / Kvinnor
Samtliga dödsorsaker	1,6
Alkohol ¹⁾	3,5
Hjärt- och kärlsjukdomar	2,8
Själv mord	2,3
Lungcancer	0,9
Övriga tumörer	0,9
Diabetes	2,0
Sjukdomar i andningsorganen	1,3
Skador och förgiftningar (utom självmord)	3,0
Övriga dödsorsaker	1,9

¹⁾Alkohol eller alkoholbetingad organskada finns nämnt i dödsorsaksintyget (11). Dödsfall exempelvis på grund av en skada till följd av alkoholkonsumtion redovisas i denna tabell i båda kategorierna.

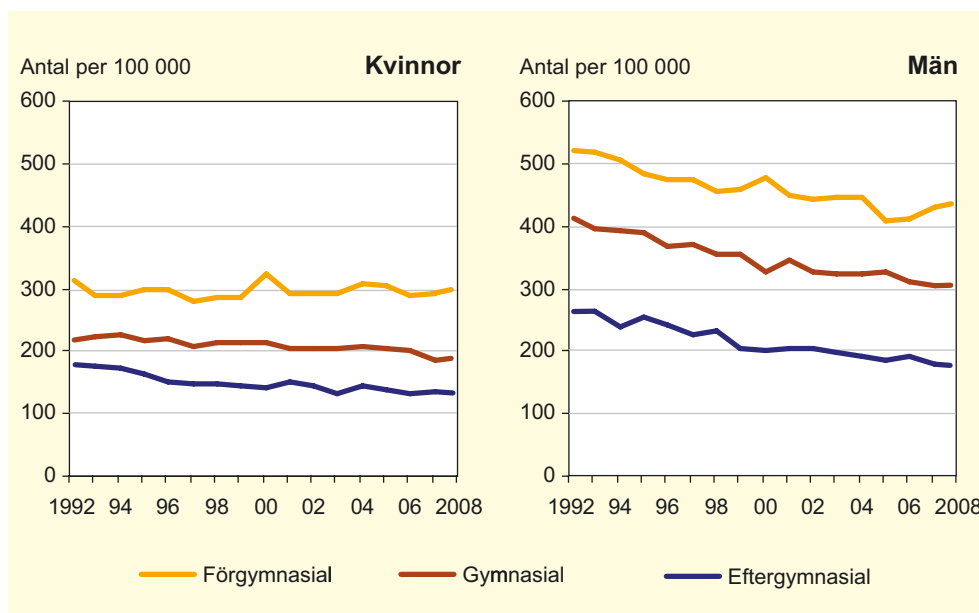
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Dödligheten har minskat, men inte bland kvinnor med förgymnasial utbildning

Den minskade dödligheten i befolkningen har inte kommit alla grupper till del. Sedan 1990 har ingen minskning i förtida dödlighet skett bland kvinnor med som längst förgymnasial utbildning, medan dödligheten har minskat med 20 procent bland kvinnor med gymnasial och 25 procent bland kvinnor med eftergymnasial utbildning (*Figur 12*). Bland män har dödligheten minskat i samtliga tre utbildningsgrupper. De senaste åren, mellan år 2005 och år 2008, har dödligheten däremot istället ökat bland män med endast förgymnasial utbildning. Det är för tidigt att bedöma om detta endast är en tillfällig fluktuation eller om den nedåtgående trenden håller på att brytas.

Figur 12. Dödlighet i olika utbildningsgrupper åren 1992–2008

Antal döda per 100 000. Kvinnor och män i åldrarna 30–64 år, perioden 1991–2008. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.

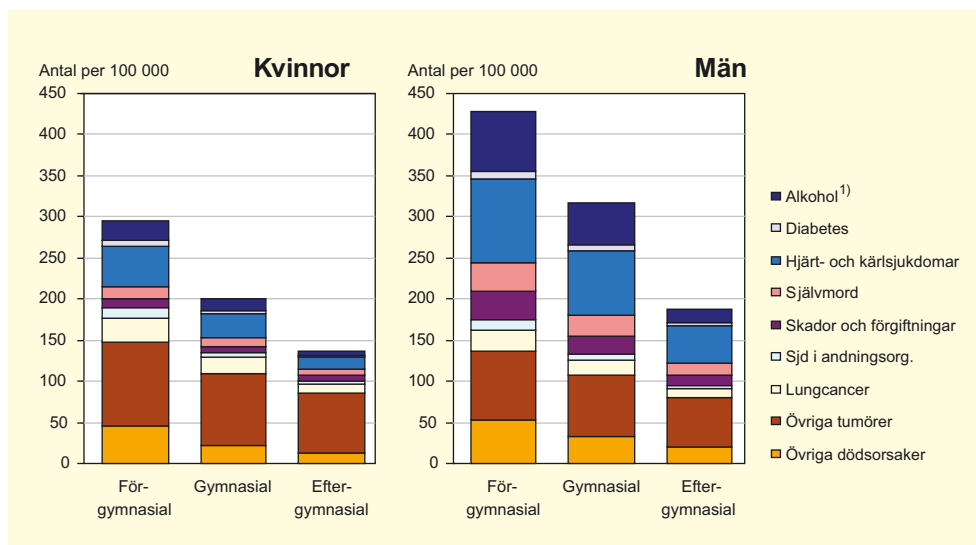


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Dödligheten är mer än dubbelt så hög i åldrarna 30–64 år bland dem som har förgymnasial utbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning, något som gäller för båda könen (*Figur 13*). Män har generellt högre dödlighet än kvinnor. Män med eftergymnasial utbildning har dock ungefär lika låg dödlighet som kvinnor med gymnasieutbildning och betydligt lägre dödlighet än kvinnor med förgymnasial utbildning.

Figur 13. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildningsnivå

Antal döda per 100 000 efter högsta uppnådda utbildningsnivå. Kvinnor och män i åldrarna 30–64 år, genomsnitt för åren 2003–2007. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



¹⁾Alkohol eller alkoholbetingad organskada finns nämnt i dödsorsaksintyget (11). För att den totala dödligheten ska bli korrekt är de alkoholrelaterade diagnoserna prioriterade i denna figur. Det innebär att dödsfall på grund av en skada till följd av alkoholkonsumtion redovisas i kategorin alkohol, inte skador. Varje dödsfall finns således med i bara en kategori.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper kan inte förklaras av någon enskild dödsorsak, utan en gradient beroende på utbildning finns för de flesta dödsorsaker (Tabell 7). Det är de dödsorsaker som är vanligast i befolkningen som också förklarar den största delen av skillnaderna i dödlighet mellan utbildningsgrupperna. Exempelvis finns en tydlig gradient för dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar, vilka påverkas av riskfaktorer som högt blodtryck, höga blodfetter, fysisk inaktivitet, kostfaktorer samt rökning. Diabetes påverkas i stort sett av samma riskfaktorer och är samtidigt i sig en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar.

En tydlig gradient finns också för alkoholrelaterad dödlighet samt för lungcancer och andra sjukdomar i andningsorganen (däribland kroniskt obstruktiv lungsjukdom), vilka är starkt relaterade till tobaksrökning. Rökning ökar också risken för ett flertal andra cancerformer. Dessa riskfaktorer är vanligare bland personer med lägre utbildning än bland högutbildade, vilket visas nedan.

Orsakerna till de sociala skillnaderna i hälsa och dödlighet kan sökas på flera nivåer. Man kan tänka sig en orsakskedja där individens sociala position påverkar vilka hälsorisker individen exponeras för, vilket i sin tur påverkar risken för sjukdom. Sjukdom kan också i sig leda till negativa sociala konsekvenser så att den sjuke inte kan upprätthålla en tidigare social position (21).

Tabell 7. Överdödlighet bland personer med förgymnasial utbildning
 Kvoten mellan antal per 100 000 döda med förgymnasial utbildning och antal per 100 000 döda med eftergymnasial utbildning till följd av olika dödsorsaker. Kvinnor och män i åldrarna 30–64 år. Genomsnitt för åren 2003–2007. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.

	Förgymnasial / Eftergymnasial utbildning	
	Kvinnor	Män
Samtliga dödsorsaker	2,2	2,3
Alkohol ¹⁾	4,1	4,1
Hjärt- och kärlsjukdomar	3,5	2,4
Själv mord	2,0	2,4
Lungcancer	2,5	2,5
Övriga tumörer	1,4	1,4
Diabetes	6,0	3,9
Sjukdomar i andningsorganen	5,5	4,4
Skador och förgiftningar (utom självmord)	1,7	3,0
Övriga dödsorsaker	3,9	3,1

¹⁾Alkohol eller alkoholbetingad organskada finns nämnt i dödsorsaksintyget (11). Dödsfall exempelvis på grund av en skada till följd av alkoholkonsumtion redovisas i denna tabell i båda kategorierna.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Att utjämna hälsoskillnaderna inom en generation

I sin slutrapport, *Closing the gap in a generation* (22), tar WHO:s kommission för sociala bestämningsfaktorer utgångspunkt i de strukturella orsakerna till skillnader i hälsa. Kommissionen presenterar tre övergripande rekommendationer för en hälsopolitik med målsättning att utjämna hälsoskillnaderna inom en generation;

- Förbättra vardagslivets villkor – de förhållanden under vilka människor föds, växer upp, bor, arbetar och åldras.
- Motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser – de strukturella drivkrafterna bakom dessa levnadsvillkor – globalt, nationellt och lokalt.
- Mät problemet, utvärdera åtgärder, bredda kunskapsbasen, utveckla yrkesgrupper med expertis om de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa och öka allmänhetens medvetenhet om dessa.

Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut samverkar för närvarande kring en analys av vilka lärdomar som kan dras för svensk del av det arbete som bedrivits av WHO-kommissionen. I dagsläget finns inget systematiserat sätt att kontinuerligt följa den sociala ojämlikheten i hälsa i Sverige.

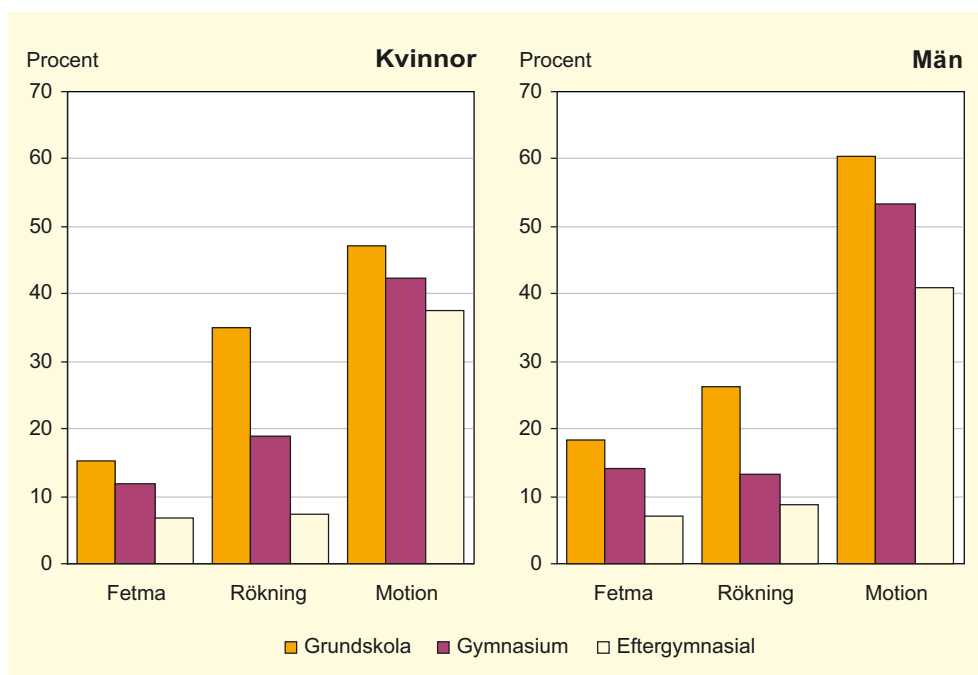
Förebyggbara riskfaktorer – ett arenaperspektiv

Individens livsmiljö och levnadsvillkor påverkar möjligheterna till en hälsosam livsstil. Skillnaderna i förekomsten av kända och förebyggbara riskfaktorer kan, som framgått ovan, till en del förklara skillnaden i dödlighet mellan olika utbildningsgrupper. Nedan redovisas data från ULF-undersökningarna som visar förekomsten av rökning, fysisk inaktivitet och övervikt i olika utbildningsgrupper. För såväl övervikt och fetma som rökning och motion finns det en gradient beroende på utbildning så att personer med lägre utbildning oftare är överviktiga eller feta, oftare röker, samt motionerar mindre än personer med högre utbildning (*Figur 14*).

Gradienten vad gäller rökning etableras tidigt. I gymnasieskolan är rökning dubbelt så vanligt på icke-teoretiska som på teoretiska program. Rökning är också vanligare bland elever som trivs sämre i skolan och oftare skolkar (12). Fetma bland barn är också vanligare i socioekonomiskt mer utsatta miljöer (23, 24).

Figur 14. Hälsorelaterade levnadsvanor i olika utbildningsgrupper

Andel (procent) med fetma (BMI $\geq$ 30), dagligrökare samt personer som motionerar mindre än två gånger per vecka år 2007/08. Kvinnor och män, 30–64 år, med som längst grundskole-, gymnasial- och eftergymnasial utbildning. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Uppväxtvillkoren och den dagliga livsmiljön kan ibland innebära svårigheter att leva hälsosamt. WHO betonar i detta sammanhang ett så kallat arena-perspektiv, det vill säga att miljöer skapas som underlättar för individer att göra hälsosamma val (25). Att arbeta för att minska skillnaderna i förekomst av riskfaktorer är effektivt för att minska de sociala skillnaderna i dödlighet styrks av en studie som omfattade elva västeuropeiska länder samt USA. I studien konstaterades linjära samband, där länderna med de största skillnaderna mellan utbildningsgrupper i rökning och hög alkoholkonsumtion var samma länder som också hade störst skillnader i hjärt- och kärl dödlighet. I Europa finns en nord- sydgradient där skillnaderna mellan utbildningsgrupper i hjärt- och kärl dödlighet är större i norr liksom också skillnaderna mellan grupperna i rökning och kraftig alkoholkonsumtion (26).

Skillnader i vårdkonsumtion kan bidra till skillnader i dödlighet mellan grupper

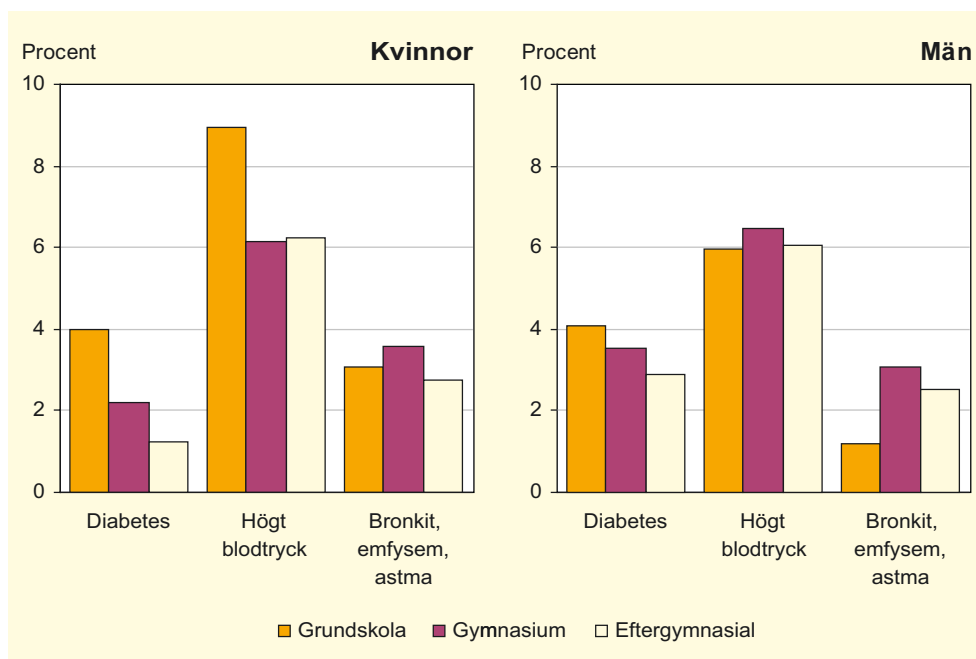
Lågutbildade och ej facklärd arbetare utnyttjar vården i mindre utsträckning än övriga grupper i förhållande till sina underliggande behov (1, 27). Underkonsumtion av vård, i första hand primärvård, bland personer med lägre utbildning kan bidra till att tidiga former av allvarliga sjukdomar förblir oupptäckta under längre tid bland lågutbildade än bland högutbildade. På samma sätt är det tänkbart att sjukdomar som diabetes och högt blodtryck upptäcks tidigare bland kvinnor än bland män, eftersom kvinnor söker primärvård oftare än män. Dessa tillstånd är vanligtvis symptomfria under ett flerårigt initialskede, men obehandlade kan de leda till svår sjuklighet. Enligt Folkhälso-rapport 2009 är omkring hälften av alla diabetiker och hälften av alla med högt blodtryck inte upptäckta (1, 28-30).

I SCB:s intervjuundersökning ULF återfinns inte de gradienter i sjukdoms-förekomst mellan könen och mellan olika utbildningsgrupper som man skulle kunna förvänta utifrån data om dödligheten (*Figur 15*). Exempelvis högt blodtryck, en välkänd riskfaktor för såväl hjärtinfarkt som stroke, borde vara betydligt vanligare bland män och bland dem med kort utbildning. I ULF rapporterar däremot kvinnor oftare högt blodtryck än män och någon gradient mellan utbildningsgrupperna finns inte alls bland männen. Männen med kortast utbildning rapporterar den lägsta förekomsten av starkt rökningssrelaterade sjukdomar som bronkit och emfysem trots att såväl rökning som dödlighet i sjukdomar relaterade till rökning är vanligare bland dem än bland män med högre utbildning. För självrapporterad diabetes finns en viss gradient, personer med lägre utbildning rapporterar oftare diabetes, men denna gradient är betydligt mindre än gradienten för dödlighet i diabetes.

Att det finns skillnader mellan olika utbildningsgrupper i dödlighet som inte motsvaras av självrapporterad sjuklighet i befolkningen talar för att en stor del av de oupptäckta fallen finns i grupper med lägre utbildning, särskilt bland män.

Figur 15. Självrapporterade sjukdomar i olika utbildningsgrupper

Andel (procent), som angett att de har diabetes, högt blodtryck respektive bronkit/emfysem/astma. Kvinnor och män, 30–64 år, med som längst grundskole- gymnasie- respektive eftergymnasial utbildning. Genomsnitt för åren 2007–2008. Åldersstandardiserat efter befolkningen år 2000.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Stora variationer i utlandsföddas hälsa

Ofta fokuseras olikheter mellan invandrare och den inhemska befolkningen men det kan finnas anledning att påpeka att det också finns stora likheter. Sådana faktorer som utgör ogynnsamma förutsättningar för hälsa är ogynnsamma för alla människor som utsätts för dem. I ett folkhälsoperspektiv kan det peka på att i grunden samma hälsopolitik är giltig för hela befolkningen, såväl för dem som är födda i något annat land som för dem som är födda i Sverige (31).

Invandrarna i Sverige utgör en mycket heterogen grupp. De har bott olika lång tid i Sverige och det finns stora skillnader i bakgrund och levnadsförhållanden. Hälsoförhållandena varierar också kraftigt mellan olika invandrargrupper och det är därför av tveksam nytta att analysera hälsan bland invandrare sammantaget. Även hälsorelaterade livsstilsfaktorer som tobak och alkohol varierar mycket mellan olika invandrargrupper.

Invandrare i Sverige med utomeuropeiskt ursprung rapporterar att de har dålig eller mycket dålig hälsa tre till fyra gånger så ofta som sverigefödda. När de är nyanlända i det svenska samhället hamnar de ofta i bostadsområden med låg status, hänvisas till tunga och lågavlönade arbeten och är ofta även fortsättningsvis socialt utsatta på grund av diskriminering. Att motverka dessa sociala processer lyfts i Folkhälsorapport 2009 som en särskilt viktig del av folkhälsoarbetet för denna del av befolkningen (1).

Slutord – det aktuella folkhälsoläget

Folkhälsan i Sverige är på kort sikt relativt förutsägbar. Snabba och tvära kast förekommer sällan, och därför är det av tveksam nytta att fokusera på en liten ökning eller minskning från ett år till ett annat. Istället måste aktuella förändringar i allmänhet betraktas i ett längre tidsperspektiv för att kunna tolkas.

I flera viktiga avseenden har folkhälsan utvecklats positivt. Bland annat har medellivslängden fortsatt att öka och hjärt- och kärlsjukdomarna har fortsatt att minska. Dock är utvecklingen av de ungas hälsa oroande. Ojämligheten i hälsa mellan olika grupper i samhället har också ökat i vissa avseenden.

Bland de unga har slutenvård för depressioner, ångesttillstånd, självmordsförsök samt vård för alkoholrelaterade diagnoser ökat. Sedan mitten av 1990-talet minskar inte heller längre den totala dödligheten i åldern 15–24 år, medan minskningen har fortsatt i alla andra åldersgrupper. Bland de unga männen har dödligheten till och med ökat något, vilket i första hand beror på fler olycksfall. Den alkoholrelaterade dödligheten har också ökat, liksom självmorden bland unga kvinnor.

I Folkhälsorapport 2009 rapporterades en kraftig ökning av självrapporterad psykisk ohälsa bland de unga under 1990-talet fram till år 2005. För närvarande är den fortsatta utvecklingen av självrapporterade besvär svårbedömd på grund av ett metodbyte som medfört ett tidsseriebrott i SCB:s ULF-undersökningar.

Hälsan är ojämlikt fördelad mellan olika utbildningsgrupper såväl vad gäller dödlighet som flertalet självrapporterade hälsoutfall. Skillnaderna i dödlighet har ökat mellan utbildningsgrupperna. Huruvida ojämlikheten ökat överlag är däremot en mer komplex fråga att besvara. Ojämlighet kan mätas på flera sätt och i Sverige finns idag ingen systematisk uppföljning av utvecklingen. Dock finns möjligheter att genom folkhälsopolitiska insatser minska ojämlikheten i hälsa.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm; 2009.
2. Statistiska centralbyrån. Socioekonomisk indelning (SEI). Stockholm; 2009 [uppdaterad 2009; citerad]; Tillgänglig från: http://www.scb.se/Pages/List____257217.aspx.
3. Statistiska centralbyrån. Metodbyte i ULF. 2010 [uppdaterad 2010; citerad 2010-03-02]; Tillgänglig från: http://www.scb.se/Pages/Standard____231706.aspx.
4. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. Östersund; 2010 [uppdaterad 2010; citerad 2010]; Tillgänglig från: <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>.
5. Socialstyrelsen. Smittskydd 2009 – en lägesrapport. Stockholm; 2010.
6. OECD. OECD Health Data 2009 - Version: December 2009. 2009 [uppdaterad 2009; citerad 2009]; Tillgänglig från: <http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=>.
7. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2009 - 2060. Demografiska rapporter 2009:1. Stockholm; 2009.
8. Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik i sammandrag 1960 - 2009. Stockholm; 2010 [uppdaterad 2010; citerad 2010]; Tillgänglig från: http://www.scb.se/Pages/TableAndChart____26040.aspx.
9. Socialstyrelsen. Cancer Incidence in Sweden 2008 Stockholm; 2009.
10. Socialstyrelsen. Söka och hämta statistik Stockholm; 2010 [uppdaterad 2010; citerad 2010]; Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/uppfoljning/statistik/statistikdatabas>.
11. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2004. Stockholm; 2007.
12. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Drogutvecklingen i Sverige 2008 Stockholm; 2008.
13. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Skolelevers drogvanor 2009. Stockholm; 2009.
14. Smittskyddsinstitutet. Solna; 2010.
15. Smittskyddsinstitutet. Samlingssida: Den nya influensan A(H1N1). Solna; 2010 [uppdaterad 2010; citerad 2010-02-18]; Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/hem/mest-efterfragat/svininfluensa/>.
16. Lager AC, Bremberg SG. Association between labour market trends and trends in young people's mental health in ten European countries 1983-2005. BMC Public Health. 2009;9:325.
17. Björkenstam C. Ej publicerade data, personlig kommunikation 2010.
18. Kungliga vetenskapsakademien. Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa. Stockholm; 2010 [uppdaterad 2010; citerad 2010-02-18]; Tillgänglig från: <http://www.kva.se/sv/Kalendariumlista/Event/?eventId=196>.

19. Lager A. Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt. Östersund; 2009.
20. Månsdotter A. Jämställdhet och folkhälsa : ett kunskapsunderlag. Solna; 2009.
21. Mackenbach JP, Bakker MJ, Kunst AE, Diderichsen F. Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview. Reducing inequalities in health: A European perspective. London: Routledge; 2002.
22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in one generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
23. Sundblom E, Petzold M, Rasmussen F, Callmer E, Lissner L. Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *Int J Obes (Lond)*. 2008 Oct;32(10):1525-30.
24. Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Feb;16(2):275-84.
25. World Health organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa; 1986.
26. Mackenbach JP, Cavelaars AE, Kunst AE, Groenhouf F. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality; an international study. *Eur Heart J*. 2000 Jul;21(14):1141-51.
27. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm; 2009.
28. Antikainen RL, Moltchanov VA, Chukwuma CS, Kuulasmaa KA, Marques-Vidal PM, Sans S, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: the WHO MONICA Project. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*. 2006 Feb;13(1):13-29.
29. Eliasson M, Lindahl B, Lundberg V, Stegmayr B. Diabetes and obesity in Northern Sweden: occurrence and risk factors. for stroke and myocardial infarction. *Scandinavian journal of public health Supplement*. 2003;61:70-7.
30. Weinehall L, Ohgren B, Persson M, Stegmayr B, Boman K, Hallmans G, et al. High remaining risk in poorly treated hypertension: the 'rule of halves' still exists. *Journal of hypertension*. 2002 Oct;20(10):2081-8.
31. Socialstyrelsen. Olika villkor - olika hälsa: en studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet Stockholm; 2000.

Hälso- och sjukvård

Fördjupning 2010

Ingrid Schmidt

Innehåll

Hälso- och sjukvård	3
Sammanfattning.....	3
Inledning	4
Aktuellt i landstingen	6
Läkarbesöken i primärvård fortsätter att öka.....	6
Vårdval blir hälsoval i många landsting	7
Utveckling av målrelaterade ersättningssystem.....	8
Fortsatt arbete med rehabiliteringsgarantin	8
Influensavaccinering	9
Omreglering av apoteksmarknaden.....	9
Förändringar och planering för framtiden	10
Utvecklingen mot God vård	11
Patientfokuserad vård	11
Aktuell utveckling	11
Första nationella patientenkäten i primärvården	13
Tillgänglig vård	15
Aktuell utveckling	15
Säker vård.....	17
Aktuell utveckling	17
Kunskapsbaserad vård	21
Aktuell utveckling	21
Jämlik vård.....	22
Aktuell utveckling	22
Effektiv vård.....	27
Aktuell utveckling	27
Avslutande reflektioner.....	28
Referenser.....	30

Hälso- och sjukvård

Sammanfattning

- Att förbättra tillgängligheten, genomföra vårdval och influensavaccinering har varit framträdande aktiviteter i sjukvården under 2009.
- Flertalet landsting utformar sina ersättningssystem i primärvården baserade på någon komponent av målrelaterad ersättning jämfört med ett fåtal för 4 år sedan. Många landsting strävar också efter att premiера det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.
- Olika brister i vårdens jämlikhet har uppmärksammats och diskuterats nationellt och regionalt under 2009. Uppdaterade mätningar av åtgärdbar dödlighet (död i sjukdomar som kan behandlas och/eller förebyggas) och undvikbara vårdtillfällen på sjukhus (vårdtillfällen i diagnoser som kan behandlas i öppna vårdformer) fortsätter att visa på betydande skillnader mellan medborgare med olika utbildningsnivå. En ny studie på epilepsipatienter visar att högutbildade dubbelt så ofta än lågutbildade behandlades av specialist. Också ålder och bostadsort hade betydelse.
- Resultat av den nationella patientenkäten i primärvården som genomfördes hösten 2009 visade att medborgare och patienter är relativt nöjda med bemötandet i vården. Däremot upplevde över en tredjedel av patienterna att de bara var delvis delaktiga i val av behandling, och 7 procent kände sig inte delaktiga i den grad de önskade. Det fanns också förbättringspotential när det gäller olika typer av information.
- Patientsäkerhetsarbetet fortsätter att utvecklas, men mycket arbete återstår för att en fungerande säkerhetskultur ska genomsyra verksamheterna. Vissa förbättringar kan noteras när det gäller vissa kvalitetsaspekter av äldres läkemedelsbehandling. Andelen personer som fått antibiotika utskrivet har fortsatt att minska under 2009. Resistensproblematiken fortsätter emellertid att utgöra en betydande utmaning för sjukvården, och samhället i stort.
- Öppna jämförelser av vårdens resultat fortsätter att initiera olika förbättringsinsatser i verksamheterna, vilket successivt bidrar till en mer kunskapsbaserad vård.

Inledning

I maj 2009 överlämnade Socialstyrelsen Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 till regeringen [1]. Den innehöll fördjupade beskrivningar och analyser inom en rad områden. Utvecklingsbehov diskuterades, liksom de framtida utmaningarna. I rapporten betonades särskilt betydelsen av ökad hälsoorientering – dels för att förbättra hälso- och sjukvårdens samlade effektivitet, dels för att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper av medborgare.

Hälso- och sjukvårdsrapport 2009:

Några trender:

- Allt fler sjukdomar kan behandlas
- Den vetenskapliga grunden stärks
- Öppna jämförelser förbättrar vården
- Vårdokumentationen blir successivt mer enhetligt
- Tillgängligheten är ett fortsatt problemområde
- Sjukvården kostar mer

Utmaningar:

- Minska skillnader i hälsa och tillgång till vård
- Öka patienternas och medborgarnas delaktighet
- Förbättra tillgängligheten och patientsäkerheten
- Hantera det nya sjukdomspanoramat
- Utveckla IT- tjänsterna
- Hantera den demografiska utvecklingen
- Ta fram en långsiktig personalförsörjningsplan
- Lös finansieringsproblemen

Några övergripande strategier:

- Organisera vården utifrån patientens behov och förbättra patientens och medborgarnas delaktighet
- Öka hälsoorienteringen
- Följ noga upp den ökade mångfalden och valfriheten
- Utveckla patientsäkerhetskulturen i vården
- Öka öppenheten om vårdens resultat
- Effektivisera vårdarbetet med multidisciplinära team och flexibel kompetensanvändning
- Utveckla nya finansieringsformer och ersättningsmodeller

I denna del av 2010 års samlade lägesrapport beskrivs kortfattat utvecklingen under det senaste året med särskilt fokus på de sex målen för God vård. God vård innebär att den är *patientfokuserad, tillgänglig, säker kunskapsbaserad, jämlik och effektiv* [1]. Inledningsvis ges en översiktlig lägesbeskrivning av några övergripande skeenden i hälso- och sjukvården under 2009.

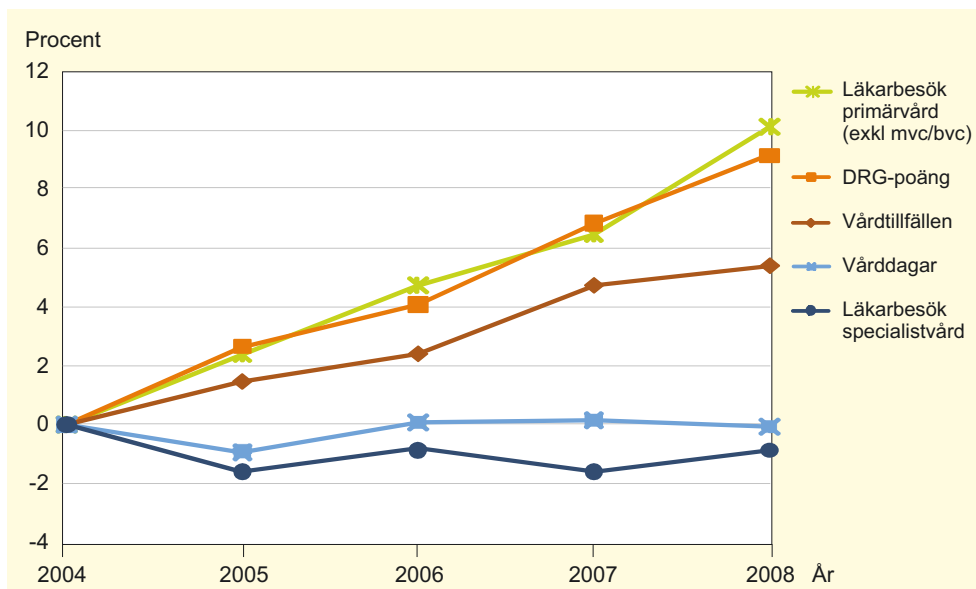
Aktuellt i landstingen

Läkarbesöken i primärvård fortsätter att öka

Kostnaderna för hälso- och sjukvård ökade med 5,2 procent till 186 miljarder kronor 2008 [2]. Störst var kostnadsökningen inom primärvården (7,8 procent) följt av den somatiska specialistvården (5,3 procent). Inom den psykiatriska vården ökade kostnaderna med 4,1 procent. Kostnadsökningen var något större 2008 jämfört med 2007, 1,9 respektive 1,6 procent i fasta priser. Under 2008 gjorde svenskarna cirka tre (2,9) läkarbesök per person. Antalet besök ökade med 2 procent jämfört med 2007. Hälften av besöken gjordes hos allmänläkare och det var också primärvården som stod för större delen av den totala ökningen. Inom den somatiska specialistvården var ökningen 0,6 procent. Besök hos andra personalkategorier än läkare ökade med strax över 2 procent jämfört med 2007. Majoriteten av dessa besök (70 procent) skedde inom primärvården - hos exempelvis sjuksköterskor och sjukgymnaster. Antalet läkarbesök inom psykiatri ökte med 3,3 procent. Totalt utgjorde besök inom psykiatri 20 procent av alla besök. Besök hos andra personalkategorier inom den psykiatriska vården ökade under 2008 med något över 4 procent. Den kraftiga minskningen av antalet vårdplatser som utmärkt utvecklingen under 1990-talet och början av 2000-talet har avtagit de senaste tre åren. Vårdplatserna minskade något även under 2008, men minskningen var något mindre än tidigare.

Uppgifter om kostnader och verksamhet för 2009 publiceras under våren 2010 av Statistiska centralbyrån respektive Sveriges kommuner och landsting.

Figur 1. Vårdströmmar år 2004–2008. Procentuell förändring av läkarbesök, vårdtillfällen, vård dagar och DRG. Förändring i förhållande till år 2004.



Källa: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting

Antalet vårddagar har legat på ungefär samma nivå de senaste åren samtidigt som antalet vårdtillfällen under denna period ökat något. DRG-poäng, som är ett mått som syftar till att uppskatta vårdtyngden har fortsatt att öka något, vilket indikerar att de patienter som vårdas inom den slutna vården har större vårdbehov än tidigare. När det gäller läkarbesök så visar utvecklingen på en fortsatt förskjutning mot fler besök i primärvården i förhållande till den specialiserade vården (*figur 1*).

Vårdval blir hälsoval i många landsting

Den 25 februari 2009 beslutade riksdagen att alla regioner och landsting senast den 1 januari 2010 ska ha infört vårdvalssystem i primärvården [3]. Målen med reformen är dels att öka patientens valfrihet och inflytande, dels öka antalet vårdgivare i primärvården. Halland var först att införa vårdval 2007, och under 2008 införde även Stockholm, och Västmanland vårdvalssystem i primärvården. Vid början av 2010 hade landets 18 landsting och två regioner infört vårdvalssystem i primärvården i den meningen att det sedan dess finns möjlighet för intresserade leverantörer att ansöka om godkännande [4]. Genom vårdvalssystemet har alla invånare i respektive landsting rätt att fritt välja mellan de olika vårdgivare som är verksamma inom primärvården, Förutom det har de vårdgivare, som uppfyller de krav landstingen ställer, rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Landstingen har fastställt ett grundåtagande för primärvården och en ersättning för detta åtagande som är densamma oavsett vem som utför vården. Det finns några skillnader mellan landstingen när det gäller målbeskrivningarna för vårdvalet. I en del landsting betonas medborgarnas tillgänglighet till vård, medan andra uppger att målet med reformen är att stärka ”första linjens” sjukvård och att valet ska ses som en överenskommelse mellan medborgaren och vårdenheten. Bland de beskrivna målsättningarna uppges också att systemet ska ge möjlighet till kostnadskontroll [4,5].

Gemensamt för de flesta landsting är att man i sina förfrågningsunderlag (eller motsvarande) lyfter fram de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna. Ofta betonas också att vårdenheten/utföraren ska medverka till en sammanhållen vårdprocess. Skåne var ett av de första landsting som började använda benämningen ”Hälsoval” i stället för ”Vårdval”. Tio av de landsting som inför vårdval 2010 använder benämningen hälsoval. Flera landsting utmärker sig med höga ambitioner på området. Kalmar har t.ex. utvecklat en genomgripande strategi för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet som bland annat innebär att man bildat ett övergripande folkhälsoråd. Man har också utvecklat samarbetet med kommunernas folkhälsoplanerare. Andra exempel där dessa visioner kommer till uttryck är i Västernorrland; ”Liv och hälsa”, Jämtland; ”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län”, Västerbotten ”Världens bästa hälsovård och världens friskaste befolkning 2020” [4,5].

Utveckling av målrelaterade ersättningssystem

På motsvarande sätt som vårdvalssystemets utformning varierar mellan landstingen finns det skillnader på vilket sätt man följer upp, eller planerar att följa upp vårdens verksamheter. Inom ramen för det nationella projektet ”Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård” har en modell för uppföljning och utvärdering av vårdval tagits fram [6]. Det är dock komplicerat att få fram en modell som gör att jämförelser blir möjliga. Modellerna och utformandet av ersättningssystem skiljer sig åt, och motiven bakom införandet förefaller också variera mellan landstingen. En gemensam trend är att i ökad utsträckning komplettera ersättningssystemen med målrelaterade ersättningar.

Under hösten 2005 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av samtliga landsting som bland annat avsåg att ge en bild av de ersättningsmodeller som tillämpades i primärvården [7]. Majoriteten uppgav att man arbetade med en kombination av kapitering (dvs. i huvudsak antalet listade personer) och rörlig besöksbaserad ersättning medan endast 4 landsting vid den tidpunkten angav att man arbetade med målrelaterade ersättningssystem. 2009 ser bilden annorlunda ut - en majoritet av landstingen 15 av 19 - arbetar med att utveckla målrelaterade ersättningssystem [5]. Den målrelaterade ersättning utgör dock ofta en mindre del av den totala ersättningen. Basen i modellerna är i allmänhet en åldersviktad kapitering ibland kompletterad med vårdtyngd och eller socioekonomisk index. Detta kompletteras ofta med besöksersättning - och någon typ av målrelaterad komponent. Målrelaterad ersättning ges alltså i majoriteten av landstingen, och i ungefär hälften ges ersättning för olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. De finns knappast någon konsensus om hur det optimala ersättningssystemet ser ut men flera olika varianter utvecklas och prövas.

Fortsatt arbete med rehabiliteringsgarantin

En annan utveckling inom landstingen som fortsatt under 2009 är förberedande av en rehabiliteringsgaranti. En stor del av besök i första linjens sjukvård - liksom sjukskrivningar - handlar om olika former av lätt till måttlig psykisk ohälsa som medelsvåra depressioner, ångest eller stressreaktioner. Ett annat område handlar om problem kopplade till rörelseorganen som exempelvis långvarig smärta i nacke, skuldra och rygg. Som ett led i att utveckla en rehabiliteringsgaranti för dessa stora patientgrupper har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting tecknat en överenskommelse som innebär att landstingen i ökad omfattning ska erbjuda två behandlingsformer. De är s.k. multimodal rehabilitering (MMR - sammansatta åtgärder från flera kompetenser) till patienter med långvarig smärta i axlar, nacke och rygg samt kognitiv beteendeterapi (KBT) till personer som har depression, ångest eller stress. Syftet är att stödja dem att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning [8]. Den första överenskommelsen började gälla den 1 juli 2008 och en ny överenskommelse har tecknats för 2009-2010. Regeringen avsatte 560 miljoner kronor 2009 och ytterligare 960 miljoner kronor inför 2010, att fördelas mellan landstingen.

Under 2009 har arbetet med att erbjuda behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin fortsatt. Tillgången på multimodal rehabilitering har under 2009 bedömts vara bäst i Blekinge, Jämtland och Dalarna och tillgången på KBT förefaller ha ökat i de flesta landsting men uppskattats som bäst i Västra Götaland, Västmanland och Södermanland. För att öka tillgången till KBT uppges samtliga landsting ha genomfört eller planerar att genomföra utbildningar för vårdpersonalen. I samband med genomförandet av vårdval/hälsoval sker flera av åtgärderna inom ramen för garantin i privat regi, och bedöms öka ytterligare under 2010 [8]. För att öka tillgången till multimodal rehabilitering även inom primärvården pågår utvecklingsarbete i landstingen. Insatserna kommer att vara föremål för flera utvärderingar, bland annat av Socialstyrelsen och Karolinska Institutet.

Influensavaccinering

Smittspridningen av influensa A (H1N1) var intensivast veckorna 45 – 48. Troligen var den vaccinering som erbjöds en av bidragande orsak till att smittspridningen därefter avtog. Denna aktivitet har inneburit en utmaning framförallt för primärvården som haft huvudansvaret för att genomföra vaccineringarna. Landstingen har arbetat på olika sätt med genomförandet, och leveransproblem och långa köer har uppstått under processen.

I en rapport från den europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA framhålls emellertid att Sverige har utgjort ett föregångsland när det gäller strategin kring vaccineringen. Vaccinet bedöms ha blivit tillgängligt förhållandevis snabbt och många svenska medborgare visade sig vara villiga att vaccinera sig. I december 2009 hade omkring fyra miljoner svenskar fått vaccin mot A(H1N1) vilket innebar att Sverige då stod för en stor del av den totala vaccineringen i Europa. Totalt hade vid samma tidpunkt omkring 10 miljoner personer inom EU fått skydd, enligt rapporten [9]. I februari 2010 hade ungefär 65 procent av befolkningen vaccinerats [10].

Omreglering av apoteksmarknaden

Under året har stora förändringar på apoteksmarknaden trätt i kraft. Målen med omregleringen har varit prissänkningar på läkemedel och ökad tillgänglighet. Flera nya apotekskedjor har etablerat sig på marknaden och receptfria läkemedel får numera säljas i detaljhandeln. Effekterna av dessa relativt betydande förändringar bör bli föremål för framtida utvärderingar. Det handlar bland annat om förändring i kompetensen kopplad till läkemedelsförsäljningen och konsekvenser för information och kvalitet till patienter och kunder. Det finns ännu ingen samlad kunskap om hur förändringarna påverkat sjukvårdens verksamhet. När det gäller läkemedelsförsörjningen inom den slutna vården är huvudmännen sedan 2008 fria att organisera försörjningen utifrån lokala behov och förutsättningar [11]. En del sjukhus väljer troligen att fortsätta försörjningen via Apoteket AB, medan andra utvecklar nya modeller och väljer andra leverantörer.

Förändringar och planering för framtiden

Många landsting planerar för fortsatta strukturförändringar men också besparingar inför 2010. Förändringarna i vårdstrukturer innebär ofta förskjutningar från sjukhusvård till öppna vårdformer, men också förskjutningar mellan olika sjukhus. Några landsting planerar ytterligare neddragningar av vårdplatser. Ungefär hälften av landstingen planerar för besparingar bland annat på personalsidan i form av anställningsstopp och uppsägningar, men också genom att förändra arbetstidsmodeller. Flera landsting bedriver utvecklingsarbete med syfte att säkra patientens väg genom vården och bland annat med fokus på äldre multisjuka och på närsjukvårdsutveckling. Man arbetar också med att få fram tydligare strukturer för samverkan på politisk nivå och tjänstemannanivå när det gäller just vård och omsorg om äldre men också psykiskt sjuka och funktionshindrade [12].

Flera av de större landstingen genomför egna långtidsutredningar som syftar till att bedöma behoven av sjukvårdsinriktning i framtiden. Som exempel kan nämnas långtidsutredningen om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting som har genomförts på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden. Syftet har varit att kartlägga framtida krav, kostnadsutveckling och utbudsförändringar för att lägga grunden för planering av hälso- och sjukvården inom Stockholm. I uppdraget har ingått att utarbeta förslag vad gäller finansiering, organisation och styrning av hälso- och sjukvården med syfte att effektivare uppnå målen med hälso- och sjukvårdens verksamhet. Totalt har åtta delrapporter och en huvudrapport tagits fram [13]. Landstinget i Östergötland har inom ledningsstaben startat en utredning, "Fem steg före – spaning för den framtida hälso- och sjukvården i Östergötland". Siktet är inställt på år 2020 utifrån befolkning, patienter, processer och organisation. Arbetet utgår bland annat från lokala datakällor om vårdkonsumtion och kostnader.

De små landstingen har däremot sämre möjligheter att arbeta långsiktigt och strategiskt och man behöver dra nytta av de utredningar som görs i de större landstingen.

Utvecklingen mot God vård

Hur kan man följa upp och utvärdera hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader? Vilka mål och kriterier ska vara vägledande? Dessa frågor står högt på agendan för de flesta hälso- och sjukvårdssystem i världen. Den gemensamma utvecklingen handlar om att fokusera på hälso- och sjukvårdens mål och resultat, och med hjälp av fakta, beskrivningar, data och indikatorer styra vårdens utveckling mot dessa mål.

Internationella förebilder har inspirerat till utvecklingen av konceptet God vård som Socialstyrelsen introducerade 2005 i föreskrifterna om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Föreskrifterna innehåller bindande regler om det systematiska kvalitetsarbetet – hur ansvaret ska fördelas och vilka områden som omfattas. I den vägledning som presenterades ett år senare beskrevs de sex målen - patientfokuserad, tillgänglig, säker, kunskapsbaserad jämlik och effektiv [14]. Målen har tydliga kopplingar till hälso- och sjukvårdslagen och är i överensstämmelse med den internationella utvecklingen. Under 2009 publicerades en ytterligare rapport med fördjupade innebördsbeskrivningar av de olika målområdena, samt ett antal indikatorer som är avsedda för att följa utvecklingen på nationella förbättringar mot en god vård [15].

Nedan följer kortfattade beskrivningar av utvecklingen för de sex målområdena. Utgångspunkten är de bedömningar som gjordes i hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Uppdaterade siffror för några utvalda mått och indikatorer presenteras också.

Patientfokuserad vård

Övergripande bedömning i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009: *Hälso- och sjukvården kännetecknas fortfarande i stor utsträckning av ett professions- och organisationsperspektiv snarare än ett patientperspektiv. Det sker en utveckling i rätt riktning och att det finns goda exempel där patientperspektivet legat till grund för verksamhetsutvecklingen. Enkätundersökningar visar att patienterna är nöjda med vissa aspekter av vården, till exempel med att personalen visar respekt. Befintliga underlag pekar emellertid på att vården inte alltid uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav och intentioner när det till exempel gäller att informera om behandlingsalternativ och göra patienten delaktig. Samtidigt visar allt fler vetenskapliga studier att bland annat just delaktighet är en viktig komponent för vårdens resultat.*

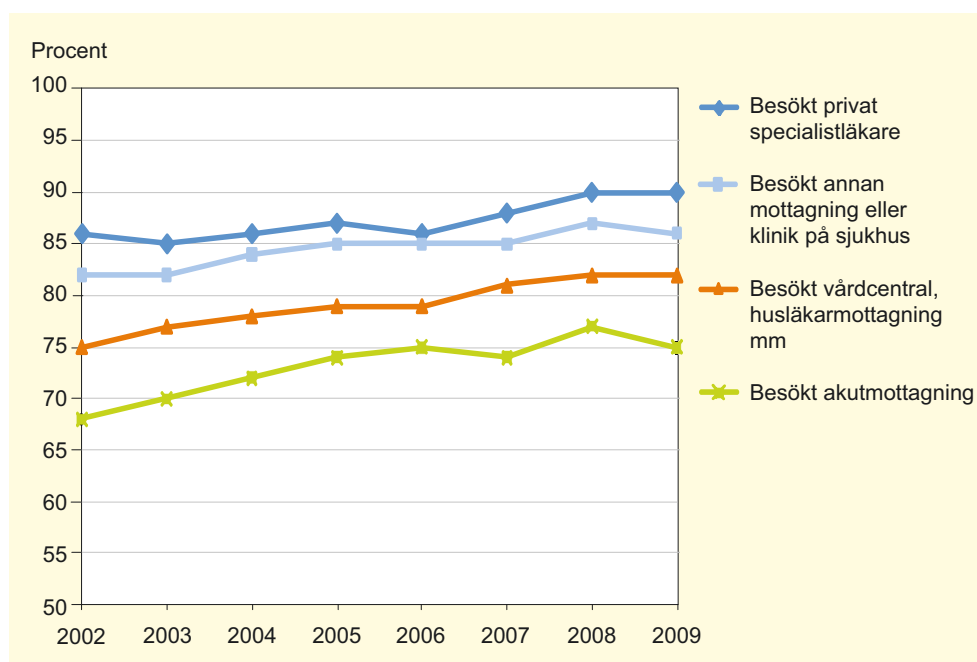
Aktuell utveckling

Ovanstående bedömning är aktuell även i början på 2010. Dock förefaller hälso- och sjukvårdsmännen ytterligare vilja betona patientperspektivet vid planering av sjukvårdens utformning.

Undersökningar har tidigare visat att medborgarna inte alltid känner till och känner sig informerade om olika reformer och förändringar som genomförs. Under 2009 har införandet av vårdval krävt omfattande informationsinsatser. I Socialstyrelsens utvärdering av införandet av vårdval i primärvården konstaterades att informationen tycks fungerat tillfredställande. Brev med information har sänts ut till alla hushåll. Informationen om vårdvalet och möjligheterna att fritt välja vårdenhet finns också oftast på flera olika språk och även som teckentolkad information [4].

I vilken grad vården är patientfokuserad brukar bland annat analyseras med olika nationella enkäter. Vårdbarometern visar på successiva förbättringar under 2009 på vissa områden. Förtroendet för sjukvården har successivt ökat men skillnaden kvarstår mellan vårdcentral och sjukhus. ”Jag fick den hjälp jag hade förväntat mig, uppger 84 procent” av de som någon gång under senaste året besökt vården. Mellan 70 till 80 procent av patienterna uppger att de är mycket eller ganska nöjda med den vård de fått (betyg 4+5 i Vårdbarometerns undersökningar). Figur 2 visar att bedömningen av de olika vårdformerna fortfarande skiljer sig åt, men en svag uppåtgående trend kan skönjas för samtliga vårdformer under 2000-talet, dock ses ingen ytterligare förbättring under 2009.

Figur 2. Betyg på besök i vården 2002-2009. Andel (%) av befolkningen som svarat att de är nöjda (betyg 4+5) med den vård som getts inom primärvården, annan mottagning/klinik på sjukhus, akutmottagning samt hos privat specialistläkare.



Källa: Specialbearbetning av data ur Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

Data från Vårdbarometern visar att personer som är födda utanför Sverige upplever att det är svårare att komma fram på telefon till primärvården jämfört med personer födda i Sverige [1]. Ju längre bort från Sverige man är född, desto svårare tycker man att det är att få kontakt med vården. Även när det gäller information och respekt tycker man att informationen kring diagnos och behandling är sämre ju längre från Sverige man är född, och desto mindre respekt upplever man att vårdgivaren visar. Liknande resultat framkommer också i den nationella patientenkäten, se nedan.

Patienterna och medborgarna i Sverige har än så länge begränsade möjligheter att på ett enkelt sätt ta del av vårdens kvalitet och resultat. Arbetet med öppna redovisningar och jämförelser strävar dock efter att denna information också kommer att finnas lättillgänglig också för medborgarna. Ett steg i denna riktning är den nationella patientenkäten, som syftar till att analysera och publicera patientupplevd kvalitet inom olika vårdformer.

Första nationella patientenkäten i primärvården

Vecka 36-41 2009 genomfördes den första nationella patientenkäten i primärvården. Denna första enkät skickades till patienter som hade besökt en läkare i primärvården. Nitton landsting deltog och drygt 160 000 enkäter skickades ut. Undantagen var Stockholm, som sedan tidigare har en återkommande patientenkät och Norrbotten, som preliminärt kommer att gå in i arbetet 2011. Under våren 2010 kommer den nationella patientenkäten att riktas till den specialiserade vården, uppdelad på öppen och sluten psykiatri samt öppen och slut somatisk vård.

Det övergripande målet med systematisk och återkommande mätning av patientupplevd kvalitet är att få underlag till att utveckla och förbättra vården i alla verksamheter och landsting. Projektet ska bidra till nationella öppna jämförelser av data kring patienterfarenheter av bl.a. bemötande, delaktighet, tillgänglighet och information. Resultaten ger landstingen möjlighet att utvärdera patienters perspektiv och möjliggör även jämförelser på enhets-, klinik och landstingsnivå samt på nationell nivå. På nationell nivå utgör den nationella patientenkäten ett viktigt underlag för uppföljning. Resultaten är också tänkta att utgöra underlag för allmänhetens vårdval.

Delaktighet och information kan förbättras

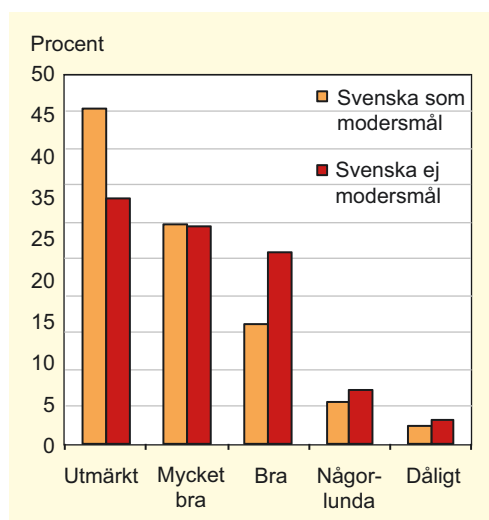
De första resultaten publicerades i februari 2010 [16]. Bemötandet var det som patienterna var mest nöjda med, därefter kom förtroendet och nyttan med besöket. Sämst var vårdcentralerna på att informera om orsaker till förseningar om besöket inte började i tid. I Halland och Kalmar gav patienterna goda omdömen på många av de 60 enkätfrågorna. De var nöjda med tillgängligheten och patienterna där fick i högre grad än i riket i stort, möjlighet att påverka tidpunkt för sitt besök.

En ytterligare central aspekt av hur patientfokuserad vården är handlar om delaktighet. I den nationella patientenkäten uppgav över en tredjedel av patienterna 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 den information man fått vid besöket, bland annat när de gällde biverkningar av läkemedel, och andra varningssignaler att vara uppmärksam på.

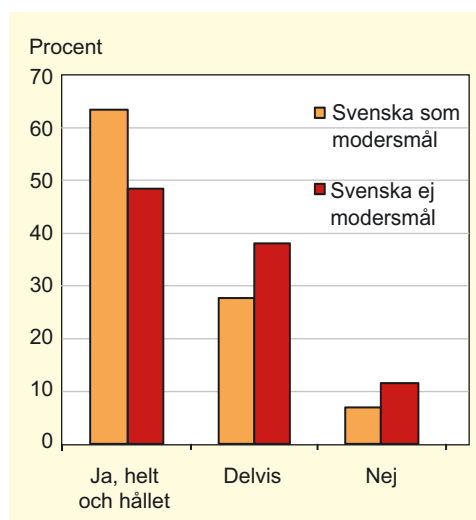
Socialstyrelsen kommer att genomföra en fördjupad analys av hur olika grupper bedömer vården. (ålder, kön, utbildningsbakgrund, svenska som modersmål eller inte). Preliminära resultat indikerar att de största skillnaderna fanns mellan den som uppgivit att de har svenska som modersmål jämfört med dem som uppgav att de hade ett annat språk som modersmål. Det gäller både hur tillgänglig man uppfattade att vården var, och i vilken utsträckning man fått den vård man behövde, förtroende delaktighet osv. Nedan visas några exempel.

Figur 3. Hur bedömer du bemötandet du fick från den som tog emot dig vid ankomsten/receptionen?



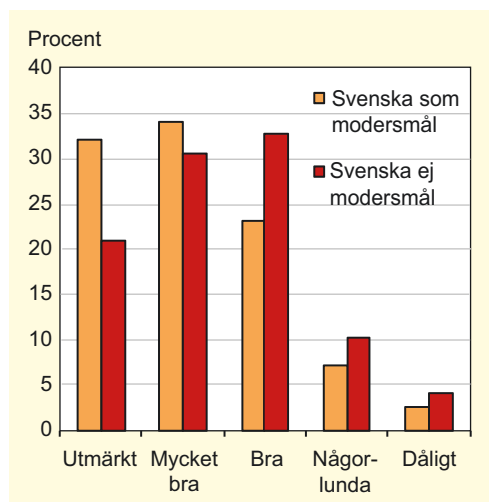
Källa: Nationella patientenkäten

Figur 4. Kände du dig delaktig i din vård och behandling i den grad du önskade?



Källa: Nationella patientenkäten

Figur 5. Hur värderar du som helhet den vård och behandling du fick?



Källa: Nationella patientenkäten

Dessa resultat kan ha flera förklaringar. Både språk och kulturella skillnader i förväntningar och syn på vård och behandling kan spela en roll. Kommunikationen i mötet mellan patient och vårdare är central. Attityden, språket och samspelet vid samtalet, tillsammans med skriftlig information, kan ha avgörande betydelse för resultatet av behandlingen.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med en handbok om Infor-

mationsskyldighet och patientinflytande. Den kommer att ge vägledning kring tolkning och tillämpning av lagstiftningens krav på bemötande, information, delaktighet och kontinuitet.

Tillgänglig vård

Övergripande bedömning i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009: Tillgängligheten till sjukvården i Sverige är i grunden god. Alla som bor eller stadigvarande vistas i Sverige omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet, och merparten av Sveriges befolkning har nära till primärvård och apotek och blir hämtad av ambulans i rimlig tid. En liten andel av befolkningen (cirka 2 procent) uppfattar ekonomiska skäl som ett hinder för att söka kontakt med hälso- och sjukvården när de behöver. Samtidigt har tillgängligheten i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet länge bedömts vara ett problemområde. Väntetiderna både till primärvård och specialiserade vården har varit långa. En av fyra anser att de inte har tillgång till den vård de behöver, och en av fem avstår från att söka vård trots att de anser sig ha behov av det. Kvinnor avstår i högre grad än män. Skälen varierar – vissa vill avvakta medan andra anser att de inte kan få någon hjälp eller att det är för besvärligt att söka vård. En lång rad satsningar från staten har under åren syftat till att förbättra just tillgängligheten.

Aktuell utveckling

Under det senaste året har ytterligare satsningar skett för att förbättra tillgängligheten. I 2009 års siffror ur Vårdbarometern bedömer 77 procent av befolkningen att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Det är dock fortfarande relativt stora regionala skillnader - en variation mellan 69 till 85 procent. Andelen som anser att väntetiden är rimlig har ökat kontinuerligt sedan 2001. Den största ökningen uppvisas under det senaste året, sex procentenheter [17].

Socialstyrelsen har för närvarande uppdraget att följa upp den nu gällande nationella vårdgarantin samt den s.k. kömiljarden, en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting från 2009 [18]. I den första delrapporten konstaterades att andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på besök eller behandling i den planerade specialiserade vården minskat avsevärt. Samtidigt har det skett en kraftig ökning av andelen patienter som har registrerats som patientvalt eller medicinskt orsakat väntande. Detta har inneburit att det *totala antalet* väntande inte minskat på samma sätt som antalet patienter som väntat längre än 90 dagar. Det är dock för tidigt att dra några slutsatser om kömiljardens effekter på lång sikt. Socialstyrelsen konstaterar att satsningen påverkat förutsättningarna för ett effektivt tillgänglighetsarbete. Tillgänglighetsfrågorna tycks ha fått en betydligt högre prioritet i landstingen. Återkommande öppna redovisningar av indikatorer och jämförelsetal i kombination med de statliga satsningarna har sannolikt haft

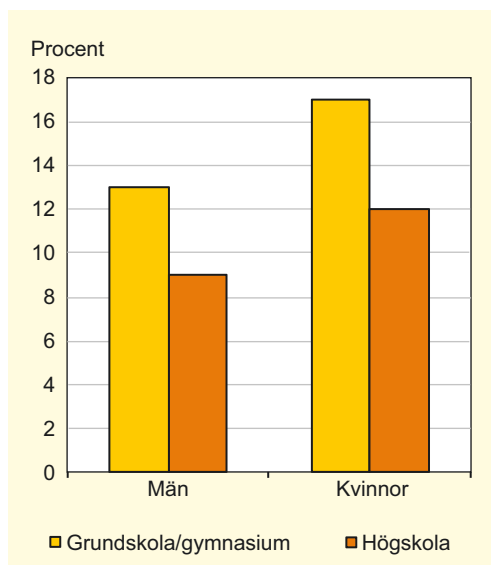
en pådrivande effekt på arbetet med att nå de uppsatta målen. De ekonomiska incitamenten i kömiljarden har också påverkat. I många landsting pågår utvecklingsprojekt som syftar till att skapa effektivare processer.

Att antalet patienter med väntetider längre än 90 dagar nu minskat beror dock främst på andra åtgärder. Dels har landstingen gått igenom sina väntelistor och sett över sin remisshantering, dels har många genomfört tillfälliga riktade insatser bland väntande patienter, främst under hösten 2009. Det handlar t.ex. om helg- och kvällsöppna mottagningar eller köp av vård hos andra vårdgivare.

Tillgängligheten till primärvården som den redovisas i SKL:s väntetidsdatabas förefaller i stort sett vara oförändrad. Telefontillgängligheten (mätt som andel personer som kommer i kontakt med en vårdcentral samma dag) ökade något under 2009 men förbättringstakten är lägre än tidigare år. I dagsläget redovisar tolv landsting en telefontillgänglighet på över 90 procent och sex över 80 procent. Besökstillgängligheten till primärvården (mätt som andel personer som får träffa läkare inom sju dagar) har legat konstant de senaste fem åren. I november 2009 kunde tretton landsting erbjuda minst 90 procent av de patienter som söker sig till primärvården en läkartid inom sju dagar medan sju landsting ligger mellan 80 och 90 procent [19].

Bilden av tillgänglighet till den specialiserade planerade vården är komplex. År 2009 minskade andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på besök respektive behandling påtagligt, främst efter sommaren. En del av utvecklingen kan förklaras av en markant ökning av antalet patienter som kategoriserats som patientvalt eller medicinskt orsakat väntande. Denna grupp utgör i dag en relativt stor del av de väntande patienterna.

Figur 6. Andel som avstått vård trots behov i olika utbildningsgrupper. År 2008, 25–84 år.



Källa: ULF-undersökningen, 2008, SCB

De uppmätta skillnaderna som genomförts under åren i fråga om hur människor söker vård visar inte på några enorma gap mellan olika grupper men tendenserna är ändå tydliga. Det är utsatta grupper som trots ett större vårdbehov oftare gör både färre besök i vården och också har högre grad av otillfredsställda vårdbehov (figur 6). Detta tyder på att vården av någon anledning inte lyckas locka till sig alla som behöver vård. Detta kan leda till högre vårdnyttjande i sluten vård (se vidare avsnitt om Jämlik vård).

Säker vård

Övergripande bedömning i hälso- och sjukvårdsrapport 2009: Socialstyrelsens studier har visat att nästan 10 procent av alla som får sjukhusvård i Sverige drabbas av en vårdskada. Detta motsvarar över 600 000 extra vårddygn på sjukhus vilket förutom att det drabbar patienterna också leder till ökade kostnader för vården. Socialstyrelsen konstaterade att en positiv utveckling påbörjats när det gäller att förbättra patientsäkerheten i svensk hälso- och sjukvård. Samtidigt konstaterades också att det dagliga vårdarbetet inte genomsyras av ett systematiskt patientsäkerhetsperspektiv. Vidare bedömdes att ett sådant perspektiv inte i någon högre grad präglar vårdgivarnas planering och direktiv för hälso- och sjukvården.

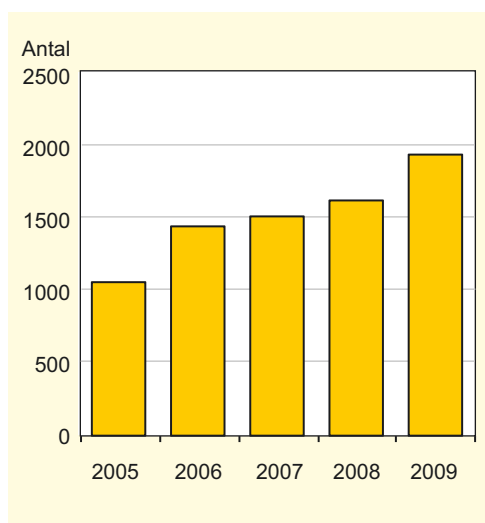
Aktuell utveckling

Bedömningen ovan är aktuell även i början av 2010. Många vårdkontakter i den svenska sjukvården resulterar i att patienten drabbas av en vårdskada. Detta sker trots att satsningar för att öka patientsäkerheten under de senaste åren har genomförts i de flesta landsting.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är välutbildad och har i de allra flesta fall också en uttalad ambition att ge sina patienter en god och säker vård. Trots detta drabbas alltså ungefär nästan 10 procent av patienterna av någon typ av vårdskada [20]. Upprepade undersökningar under senare delen av 00-talet har också visat att omkring 10 procent av patienterna på svenska sjukhus har drabbats av infektioner som de fått i samband med vårdinsatser. Den senaste s.k. punktprevalens mätningen visar emellertid på viss förbättring jämfört med tidigare år, vilket kan vara ett resultat av satsningar på området [21].

Mellan år 2008 och 2009 ökade antalet lex Maria ärenden (figur 7). Detta kan indikera att verksamheterna blivit mer medvetna om patientsäkerhetsfrågorna. Ökningen beror till viss del på att bestämmelserna om att anmäla självmord har ändrats, men även anmälningarna av övriga ärenden har ökat. Ett

Figur 7. Antal lex Maria ärenden per år.

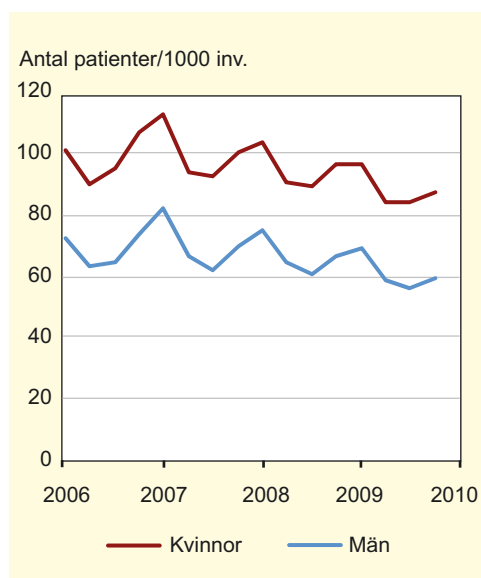


Källa: Socialstyrelsens riskdatabas

stort antal lex Mariaanmälningar från den somatiska sjukhusvården har under 2009 rört kända riskområden som vårdrelaterade infektioner, förväxlingar, brister vid remisshantering och missade eller försenade diagnoser. Vanliga orsaker till de inträffade händelserna har visat sig vara bristfälligt fungerande rutiner för olika vårdprocesser, till exempel läkemedelshantering och remisshantering. Brist på kommunikation och samverkan i patientens vårdkedja är ett annat återkommande problem. Vanliga orsaker till anmälningar är händelser som gäller läkemedel, förväxlingar, fallskador och användning av medicintekniska produkter [1].

Sjukvården ställs också ständigt inför nya utmaningar. Den medicinska utvecklingen har ökat möjligheterna att behandla svårt sjuka patienter, vilket gör att många människor idag lever med kronisk sjukdom och därmed högre risk att till exempel få infektioner. Problemen med resistenta bakteriestammar ökar, bl.a. till följd av ökad internationell rörlighet och överanvändning av antibiotikaläkemedel. Under de senaste åren har bland annat utbrotten av resistenta tarmbakterier ökat.

Figur 8. Antibiotikaförskrivningen för män och kvinnor; 2006-2009.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

När det gäller förskrivning av antibiotika i öppna vårdformer sker i Sverige en positiv utveckling sedan några år (*figur 8*). Antibiotikaresistens fortsätter emellertid att utgöra en betydande utmaning för sjukvården i framtiden.

Lex Maria-anmälningar om fördröjd diagnos och behandling är vanliga från primärvården. Bristande läkarkontinuitet och många inhyrda läkare kan leda till att en patients symtom inte följs upp, att remisser blir liggande i väntan på åtgärd och att viktiga provsvar inte uppmärksammas. Många gånger är även verksamheternas allmänna rutiner för remisshantering och provsvarshantering bristfälliga, vilket förvärrar problematiken.

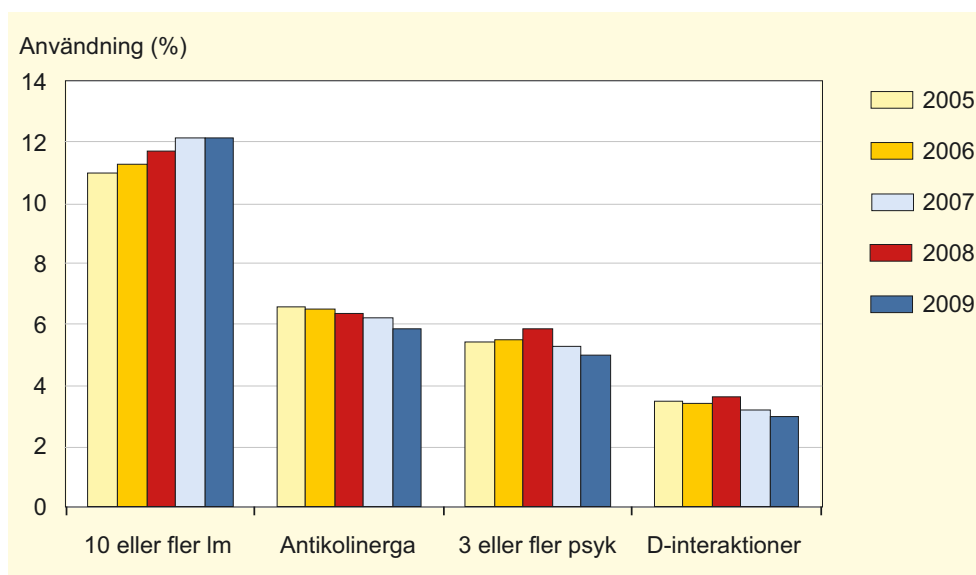
Den åldrande befolkningen med många multisjuka kräver stora resurser och kvalificerad samordning av vård- och omsorgsinsatser. Otillräckliga rutiner kan leda till att väsentlig information tappas bort i vårdkedjan och att vården och behandlingen av de äldre blir bristfällig. En annan problematik är bristande resurser i kommunerna för vård av de svårast sjuka äldre, vilket lett till att de fått stanna kvar i akutsjukvården, med överbeläggningar och platsbrist som följd [23]. De äldre patienterna får dessutom ofta omfattande läkemedelsbehandling med de risker detta kan medföra. Olämpliga läkemedelskombinationer, överdoseringar och förväxlingar av läkemedel är vanliga orsaker till vårdskador i denna patientgrupp.

Förväxling av patienters läkemedel, feldosering av insulin och bristfällig identifiering av patienter är vanliga riskhändelser inom äldreomsorg och hemsjukvård. De flesta vårdgivare har upprättat lokala instruktioner för läkemedelshantering och delegeringsförfarande, men gör sällan systematiska uppföljningar och egenkontroll av hur rutinerna fungerar och efterföljs. Ansvarsfrågan när det gäller de äldres läkemedel är också ofta oklar, och det finns långt ifrån alltid någon läkare som har helhetsansvar för medicinering-

en. I de fall där vårdgivarna infört en rutin med regelbundna uppföljningar av varje vårdtagares läkemedelsbehandling har dock kvaliteten och säkerheten förbättrats.

Nedan presenteras utvecklingen av några aspekter på äldres läkemedelsanvändning under de senaste fem åren (*figur 9*). Läkemedelsanvändningen har som helhet ökat något under denna tid, vilket återspeglas i att andelen äldre som använder tio eller fler läkemedel har ökat. Däremot ses ingen ytterligare ökning mellan 2008 och 2009. Förekomsten av några vedertagna indikatorer på kvalitet i äldres läkemedelsanvändning [22] har minskat något, vilket tyder på att kvaliteten har förbättrats. Det gäller framför allt ordinationer av läkemedel med s.k. antikolinerga effekter, som kan orsaka förvirring hos äldre och D-interaktioner, d.v.s. kombinationer av mediciner som ska undvikas på grund av risk för läkemedelsinteraktioner. Också samtidig användning av tre eller fler olika psykofarmaka har minskat något

Figur 9. Riskfylld läkemedelsbehandling av äldre. Andel personer i åldersgruppen 80 år och äldre med tio eller fler läkemedel, samt förekomst av indikatorer på bristande kvalitet i läkemedelsanvändningen. 2005-2009.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Ytterligare en utmaning när det gäller säker vård är den psykiska ohälsan och det stora antalet människor som tar sitt liv i Sverige varje år. Många av dem har trots kontakter med vård och omsorg inte blivit omhändertagna på ett sätt som kunnat förebygga deras självmord. Orsaken är ofta att vården inte i tillräcklig utsträckning använt sig av strukturerade metoder för riskbedömning av självmordsbenägna patienter, och att informationsöverföringen mellan vårdgivare inte har fungerat. Under 2009 anmäldes 578 fall av vårdnära självmord till Socialstyrelsen enligt lex Maria.

Ett växande problemområde inom vård och omsorg är de nya risker som uppstått genom den ökande användningen av IT-baserade medicinska och administrativa stödfunktioner. Den tekniska miljön är ofta bristfälligt anpassad till användarna, vilket kan leda till olika typer av misstag som orsakar vårdskador. För att möta dessa och andra utmaningar behövs förändrade förhållningssätt, arbetsmetoder och rutiner i vården. När det gäller denna nödvändiga förbättring av ledningssystem, organisation och struktur i den svenska hälso- och sjukvården, går utvecklingen dock inte helt i takt med utmaningarna. Säkerhetsåtgärder för att skydda patienter från skada uppfattas fortfarande ofta främst som en skyldighet för den enskilda yrkesutövaren, och inte som en förutsättning som måste byggas in i systemet.

Ett väl fungerande ledningssystem för patientsäkerhet ska styras av vårdgivarens högsta ledning och genomföra alla nivåer i verksamheten. Det ska innehålla mätbara och uppföljningsbara mål och skapa förutsättningar för en patientsäkerhetskultur som omfattas av alla medarbetare. Rutiner för att hantera avvikelser, registrera vårdskador, analysera risker och dra lärdom av erfarenheter är i en sådan kultur integrerade i alla arbetsprocesser. Under året har Socialstyrelsen fortsatt att arbeta med att utveckla en ny databas för kunskapsåterföring till vården från tillsynen. Syftet med databasen är att förmedla erfarenheter från inträffade händelser. Ur databasen kommer man att kunna söka fram beskrivningar av olika riskhändelser och vårdskador och få information om orsaker och effektiva åtgärder. Man kommer också att kunna få stöd för händelseanalys.

Merparten av de svenska landstingen har idag skapat former för ledningssystem och har ofta särskilda enheter i sina verksamheter som arbetar med patientsäkerhetsfrågor. Det är dock bara ett fåtal vårdgivare som kan sägas ha väl fungerande och integrerade system enligt ovanstående beskrivning. Socialstyrelsen har i ett pågående tillsynsprojekt granskat vårdgivarnas ledningssystem, och konstaterar att det särskilt finns brister i verksamheternas rutiner för egenkontroll, resultatuppföljning och systematiska riskanalyser. De mål som sätts upp för patientsäkerhetsarbetet är ofta inte mätbara och resultatitriktade utan har snarast formen av instruktioner, beskrivningar av aktiviteter eller visioner. Ett exempel på ett mätbart och resultatitriktat mål är att antalet skador per 1000 vårddagar ska minska med 10 procent under en viss tidsperiod. Denna typ av mål används bara av ett fåtal vårdgivare, och utan sådana mätbara och resultatitriktade mål kan ett ledningssystem inte sägas vara styrande för verksamheterna.

Det finns också enligt Socialstyrelsens erfarenhet ett tydligt glapp mellan vårdgivarnas beskrivning av ledningssystemen, och uppfattningen hos de direkt verksamhetsansvariga cheferna och vårdpersonalen om hur systemen fungerar. Ett exempel är att rapporter från verksamheterna om avvikelser och patientrisker inte uppfattas vara av intresse för vårdgivarnas högsta ledning. Det som framförallt efterfrågas är ekonomiska rapporter, och det ekonomiska utfallet kopplas sällan ihop med patientsäkerhetsfrågorna.

Kunskapsbaserad vård

Övergripande bedömning hälso- och sjukvårdsrapport 2009: Kunskapsgrunden för att fatta kliniska beslut betonas allt mer, samtidigt som vetenskapligt stöd efterfrågas och värderas allt högre vid behandling. På senare år har flera nya riktlinjer tagits fram, med allt tydligare rekommendationer i fråga om bland annat prioriteringar, och dessa tillämpas i allt högre grad av huvudmännen. Arbetet med öppna redovisningar och jämförelser av vårdens resultat har fått stort genomslag och används i ökad omfattning i huvudmännens förbättringsarbete. För många av de stora folkhälsosjukdomarna förbättras behandlingsresultaten kontinuerligt. För att vården ska bli mer kunskapsbaserad behöver tillämpning av dokumenterade metoder för att stödja patienterna att förändra sina levnadsvanor förbättras. Ett effektivt omhändertagande inom närsjukvård och primärvård är i detta fall av avgörande betydelse. Kunskapen om vilka metoder som fungerar när det gäller att påverka levnadsvanor var tidigare i viss mån begränsad var tidigare mer begränsad men har de senaste 10 åren ökat. Det gäller bland annat insatser för rökavvänjning och riskfylld alkoholkonsumtion och fysisk aktivitet.

Aktuell utveckling

Arbetet med öppna jämförelser har under året som gått fortsatt som planerat. I november 2009 presenterade Socialstyrelsen, i samarbete med SKL, den fjärde rapporten i serien [24]. Sammanfattningsvis visade 2009 års rapport på fortsatt förbättrade resultat för till exempel överlevnaden i vanliga cancerformer och förskrivning av antibiotika, men också utvecklingsbehov och områden som kan förbättras. Rapporterna syftar till att stimulera till förbättringsarbete samt fördjupade analyser och diskussioner, både i landstingen och i den offentliga hälso- och sjukvårdsdebatten i stort. De fungerar också som stöd och underlag för landstingen för att identifiera förbättringsområden och stimulera lokala analyser. Många landsting har utifrån jämförelserna initierat en rad satsningar. Västerbotten har byggt upp en organisation för att analysera resultaten och utifrån detta genomfört förbättrings- och utvecklingsinsatser. Andra exempel är satsningar på kunskapsöverföring inom förlossningsvården och förbättringar inom den palliativa vården.

För flera medicinska områden visar alltså data från bland annat nationella kvalitets- och hälsodataregister på fortsatt positiva trender på nationell nivå när det gäller tillgång till och resultat av kunskapsbaserad vård vid några av de stora folksjukdomarna såsom cancer, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke, diabetes och grå starr. Inom andra stora vårdområden är uppföljningen mer problematisk även om en rad utvecklingsarbeten pågår. Det handlar till exempel om psykiatrisk vård och vård och rehabilitering vid rörelseorganens sjukdomar. Det finns i dagsläget inga nationella data inom stora delar av dessa områden och de data som finns tyder i flera avseenden på problem [1]. Andra områden där kunskapsläget är problematiskt att följa handlar om komplexa processer i vården, till exempel arbetet med multisjuka äldre. Socialstyrelsen har under flera år påtalat risken för att endast de områden där resultat och processer av

vården är lätta att mäta uppmärksammas, vilket kan bidra till ökade skillnader mellan olika patientgrupper.

Socialstyrelsens iakttagelser under 2009 tyder emellertid på ökade ambitioner inom flera av dessa områden hos sjukvårdshuvudmännen. När det gäller t.ex. smärtrehabilitering och olika former av psykisk ohälsa har regeringen avsatt särskilda resurser under 2009 och 2010 och SKL:s uppföljning tyder på ökade aktiviteter, och att allt fler får tillgång till kunskapsbaserade behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

Regionalt och nationellt pågår ett utvecklingsarbete som syftar till att öka och förbättra tillämpningen av kunskapsunderlag i vården. Nationella Samverkansgruppen för Kunskapsstyrning (NSK) består av ett 15-tal representanter från sjukvårdsregionerna, SKL och myndigheter. Gruppens arbete syftar bland annat till att utveckla kunskapsstyrningen i vården genom att samarbeta runt val av områden för kunskapsunderlag och med spridning och införande. Genom detta vill NSK bidra till att omotiverad variation mellan olika delar av landet minskar.

Kvalitetsregistren utgör en viktig kunskapskälla för att bedöma i vilken grad vården är kunskapsbaserad och bedrivs i enlighet med riktlinjer och rekommendationer. Regeringen och SKL har gjort en överenskommelse om att genomföra en översyn om hur kvalitetsregistren ska organiseras och finansieras. Översynen ska vara klar 31 augusti 2010. Målet är att förbättra förutsättningar för ett mer heltäckande system av register samt en ökad användning av de nationella kvalitetsregistren i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete och i den kliniska forskningen.

Jämlik vård

Övergripande bedömning i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009: Att minska skillnader i hälsa och vård mellan olika grupper lyftes fram av Socialstyrelsen under 2008 och 2009 som en av de viktigaste utmaningarna för framtiden. De slutsatser som drogs i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 kan sammanfattas i några punkter: 1) Hälso- och sjukvårdens roll för att utjämna skillnader i hälsa bör betonas allt mer. Här är sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete centralt. 2) Andelen utlandsfödda medborgare ökar; i dag har ungefär vart femte barn i Sverige ett annat ursprungsland. Hälso- och sjukvården behöver ökade kunskaper om hur kulturella skillnader kan påverka samspelet mellan patient och vårdpersonal. 3) Förståelse och kunskap om sambanden mellan social utsatthet och ohälsa är centralt. Det behövs mer insikt om att vården kan påverka och minska skillnader i hälsa mellan olika grupper av medborgare. 4) Vårdens jämlikhet måste följas upp och analyseras lokalt, regionalt och centralt.

Aktuell utveckling

De slutsatser som sammanfattas ovan är fortsatt aktuella. Regionala skillnader i vård och behandling har under 2000-talet varit ett dominerande tema. Inom ramen för bland annat öppna jämförelser pågår en rad olika aktiviteter

och strategier för att minska obefogade regionala gap i behandlingspraxis. Könsskillnader är också fortsatt aktuella och Socialstyrelsens uppföljningar har indikerat på förbättringar med syfte att minska skillnader mellan könen. Sociala skillnader i hälsa och vård har belysts i ökad utsträckning under senare år. Även om stora skillnader i hälsa mellan t.ex. olika utbildningsgrupper, har varit kända sedan länge har sjukvårdens roll inte lika tydligt varit i fokus. Socialstyrelsen bedömde i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 att vården kan spela en avgörande när det gäller att minska dessa skillnader, bland annat genom förstärkning av primär- och närvård. Denna bedömning delas i stor utsträckning med bland annat WHO [25, 26].

Under 2009 har just jämlikhet i vården diskuterats i flera sammanhang, bland annat på olika konferenser, men också i dagspress, fackpress och andra media. Sveriges kommuner och landsting har bidragit till utvecklingen genom att under 2009 publicera en kunskapsöversikt om sociala skillnader i vård och omsorg [27].

Ojämlighet i hälsa leder till i avsevärt högre dödstal i så kallad ”åtgärdbar dödlighet” (dödlighet i sjukdomar som hälso- och sjukvården bedöms kunna påverka med förebyggande eller behandlande insatser) bland män, utlandsfödda och grupper med lägre utbildningsnivå. Dessa skillnader förefaller i vissa avseenden öka – det gäller framför allt de diagnoser som kan förebyggas. En av de bakomliggande orsakerna till dessa nedslående resultat är troligen bristande tillgänglighet i vård för utsatta grupper. En annan kan vara att resursstarka grupper har mer kunskap om vilken vård och behandling man vill ha och också uttrycker detta i kontakter med vården. Vid vissa större folkhälsosjukdomar som hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke är dessutom läkemedelsbehandlingen av lågutbildade personer och personer födda utanför EU i lägre grad anpassad till moderna riktlinjer [28, 1]. Det är vanligare att personer med hög utbildning ordineras nyare, och därmed dyrare, läkemedel än lågutbildade. Samma mönster syns också vid schizofreni. Analyser av äldres läkemedelsanvändning visar vidare att personer med lägre utbildning i större utsträckning än högutbildade personer får en mer riskfylld läkemedelsanvändning, både när det gäller olika typer av olämpliga läkemedel och olika riskabla kombinationer av läkemedel [1]. Sjukvården verkar alltså i vissa avseenden förstärka skillnader som redan finns. Det är en viktig utmaning för vården att uppmärksamma dessa resultat och arbeta för att minska dessa skillnader.

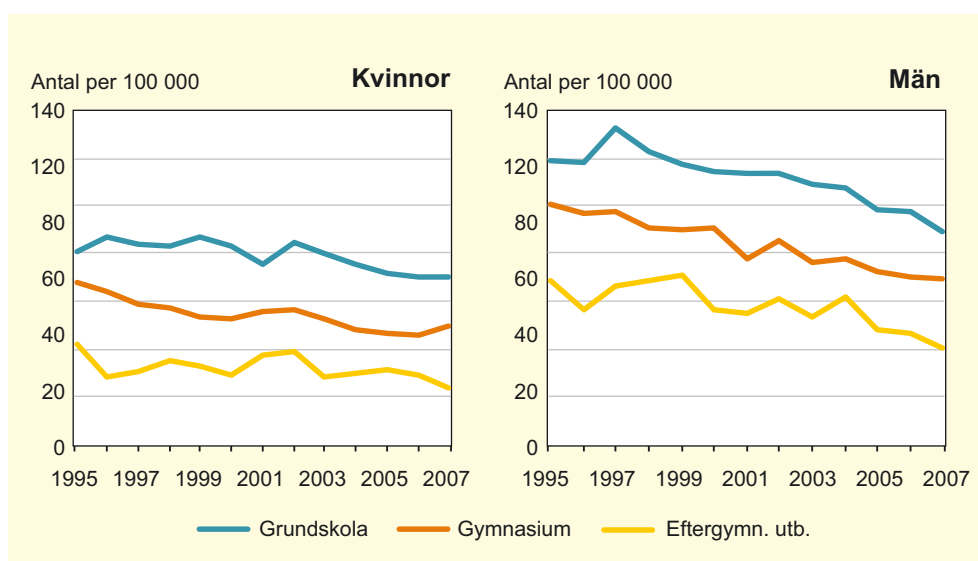
Bestående skillnader mellan låg - och högutbildade i åtgärdbar dödlighet

I fördjupningsdelen om folkhälsa visas att den minskning i den totala dödligheten inte kommit alla till del. För kvinnor med längst förgymnasial utbildning har ingen minskning skett. Bland män har dödligheten minskat i samtliga tre utbildningsgrupper under en långperiod men de senaste åren, mellan 2005 och 2008, har dödligheten däremot istället ökat bland män med endast förgymnasial utbildning. Det är troligen för tidigt att bedöma om detta är ett

trendbrott, men det är uppenbart att skillnaderna mellan utbildningsgrupperna inte minskar.

Metoden att studera så kallad åtgärdbar dödlighet, det vill säga dödlighet i sjukdomar som i särskilt stor utsträckning bedöms kunna påverkas med behandlande (sjukvårdande) insatser, eller förebyggande (hälsopolitiska) insatser används återkommande för att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Det är relativt betydande skillnader mellan olika grupper också när man studerar dödligheten utifrån detta mer begränsade mått. Det gäller både mellan män och kvinnor, och mellan olika utbildningsgrupper. Siffrorna fram till 2007 är de senaste som finns tillgängliga för dessa mått eftersom dödsorsakerna ännu inte är klassificerade.

Figur 10. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Antal dödsfall per 100 000 efter utbildningsnivå 45-74 år, 1995-2007. Åldersstandardiserade siffror.

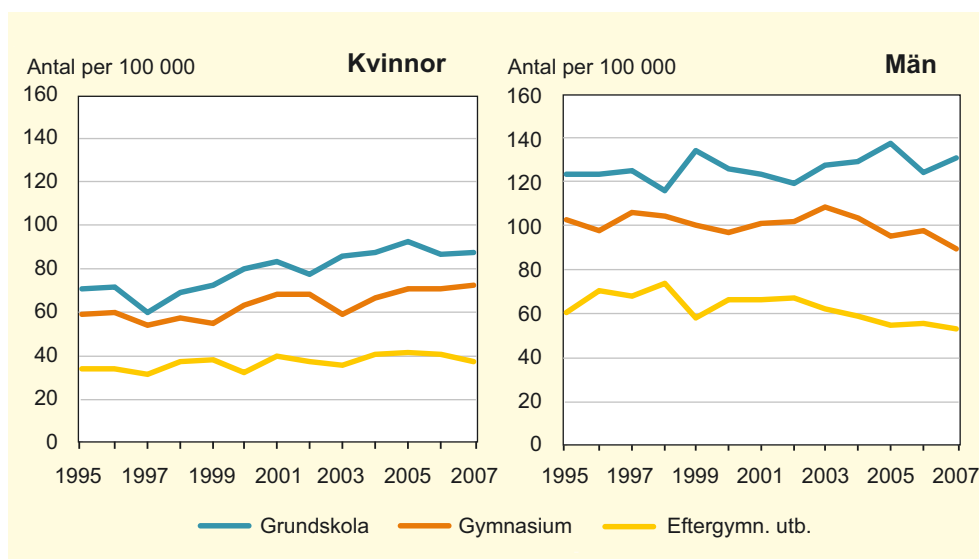


I sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ingår bland annat stroke, diabetes och livmoderhalscancer.
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB.

När det gäller sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ses en kontinuerlig minskning under hela perioden för både kvinnor och män. För kvinnorna tycks dock minskningen i dödlighet hos gruppen med enbart grundskoleutbildning avtagit något (figur 10).

För hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet (figur 11) har dödligheten snarare ökat för kvinnorna, vilket till stor del beror på att andelen rökande kvinnor också ökat kontinuerligt, särskilt bland kvinnor med grundskoleutbildning. Dödligheten hos högutbildade kvinnor har heller inte minskat i samma takt som för högutbildade män. För männen ses på senare år en tendens till ökade skillnader mellan män med eftergymnasial utbildning och män med enbart grundskolutbildning.

Figur 11. Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet. Antal dödsfall per 100 000 efter utbildningsnivå 45-74 år, 1995-2007. Ålderstandardiserade siffror.



I hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet ingår bland annat lungcancer, alkoholrelaterade diagnoser samt trafikolyckor. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

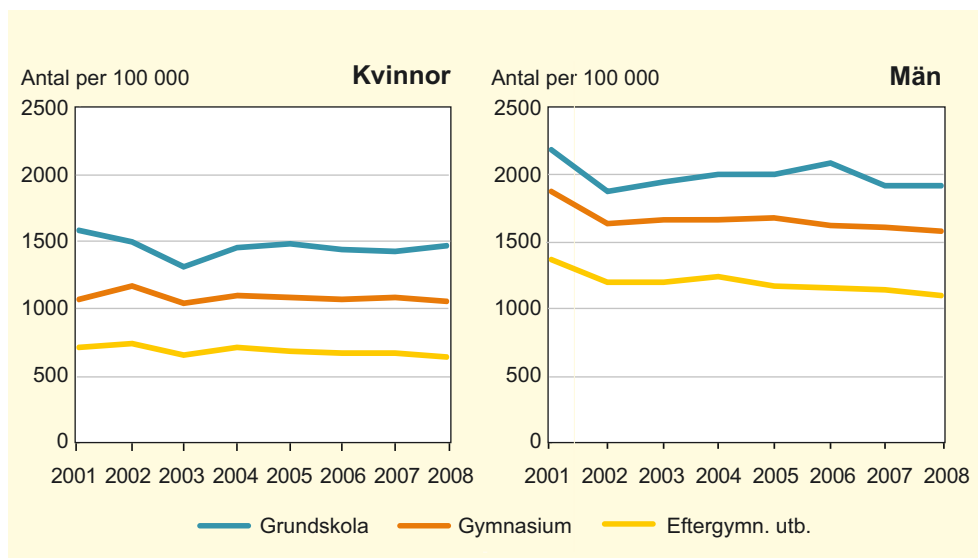
Att inte söka vård- i första hand primärvård och närvård - kan bidra till att tidiga former av förebyggbara sjukdomar förblir oupptäckta under längre tid. På samma sätt är det tänkbart att sjukdomar som diabetes och högt blodtryck upptäcks tidigare bland kvinnor än bland män, eftersom kvinnor oftare gör läkarbesök i primärvården jämfört med män. Flera av dessa tillstånd kan till en början vara symptomfria men om de inte behandlas kan det leda till svårare sjuklighet och komplikationer Enligt Folkhälsorapport 2009 är omkring hälften av alla diabetiker och hälften av alla med högt blodtryck inte upptäckta.

I fördjupningsdelen om folkhälsa redovisas resultat från ULF-undersökningen som visar att det inte finns motsvarande skillnader i självrapporterad ohälsa (t.ex. högt blodtryck och diabetes) mellan utbildningsgrupper eller kön som är tydliga när man mäter sjuklighet på annat sätt.

Att det finns betydande skillnader mellan olika utbildningsgrupper i dödlighet som inte motsvaras av *självrapporterad* sjuklighet talar för att en stor del av de oupptäckta - och obehandlade - fallen finns i grupper med lägre utbildning. Sjukvården förefaller inte fånga upp dessa grupper på ett effektivt sätt, och detta riskerar att resultera i mer komplicerad sjuklighet senare i förloppet som istället kräver sjukhusvård.

I figur 12 nedan redovisas tidstrender för undvikbar sluten vård för olika utbildningsgrupper. Skillnaderna mellan grupperna visar inga tendenser till att minska.

Figur 12. Undvikbara vårdtillfällen i slutenvård Undvikbara vårdtillfällen i slutenvård fördelade på utbildningsnivå och kön 45–74 år, år 2001 - 2008. Åldersstandardiserade siffror.



De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i måttet är bland annat astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

Högutbildade behandlas oftare av specialist

Tillgången till specialistsjukvård och rekommenderad läkemedelsbehandling vid epilepsi är ojämnt fördelad. Det visades i en studie av svenska epilepsipatienter [29]. Ungefär en procent av befolkningen i Sverige har epilepsi. Det motsvarar 60 000 inklusive 10 000 barn. Studien genomfördes på patienter i hela riket som vårdats på sjukhus för epilepsi någon gång åren 1998-2005. Totalt ingick drygt 26 000 vuxna som hade en diagnosen epilepsi och en pågående läkemedelsbehandling. Uppgifterna hämtades från patientregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. Syftet var att undersöka om tillgång till neurolog och rekommenderad läkemedelsbehandling skiljde sig mellan grupperna. Det visades sig att 66 procent bland de högutbildade fick sina mediciner förskrivna av neurolog, jämfört med 37 procent för grundskoleutbildade. Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna kvarstod även efter justeringar för kön, ålder, bostadsort, födelseland och inkomst. Skillnaderna mellan olika åldersgrupper var relativt betydande. Bland patienter i åldrarna 18-34 år behandlades 65 procent av neurolog, medan motsvarande andel i åldrarna 75-84 var 17 procent. En medicinsk förklaring till att äldre inte lika ofta remitteras till en neurolog skulle kunna vara att de på grund av andra sjukdomar redan behandlas av andra specialister – för till exempel stroke eller för demenssjukdom. Siffrorna reser ändå frågor om vårdens utformning för de äldsta patienterna.

Resultaten visar också att patienter som fick träffa en neurolog i större utsträckning fick behandling med modernare läkemedel. Föreskrivning av vissa specifika läkemedel skiljde sig också mellan grupperna - patienter med högre inkomst hade något högre sannolikhet att behandlas med ett av de nyare moderna läkemedlen (lamotrigin) och högutbildade patienter hade lägre sannolikhet att behandlas med äldre läkemedel som till exempel phenytoin. Äldre behandlades också oftare med äldre läkemedel och mer sällan med nyare och modernare läkemedel.

Sammanfattningsvis- det bör vara naturligt att belysa jämlikhetsaspekter i vården vid till exempel regelbunden verksamhetsuppföljning på olika nivåer. Ett aktivt jämlikhetsarbete kräver medvetenhet och kunskap om de skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper när det gäller såväl hälsoförhållanden som vårdbehov. Vården måste utformas så att den så långt som möjligt är likvärdig och lika tillgänglig för alla. Detta är en fortsatt central utmaning för hälso- och sjukvården framöver. Socialstyrelsen kommer att utveckla metoderna för att följa skillnaderna i hälsa och vård på nationell nivå.

Effektiv vård

Övergripande bedömning i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009: Om man jämför det Svenska hälso- och sjukvårdssystemet med andra länder förefaller det svenska systemet fungera tillfredställande i flera avseende. Sverige ligger bra till när man jämför medicinska resultat för behandling av de stora folksjukdomarna, till exempel hjärtinfarkt och cancer. Samtidigt visar olika uppgifter på att vårdarbetet går att effektivisera. Det finns stora möjligheter att arbeta över yrkesgränserna och omfördela roller och arbetsuppgifter. Ett exempel är att flytta vissa arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor med vidareutbildning. De öppna vårdformerna behöver också utvecklas för att hälso- och sjukvården som helhet ska bli mer effektiv.

Aktuell utveckling

Ovanstående bedömning när det gäller hälso- och sjukvårdssystemet i stort är lika aktuell 2010. I den senaste rapporten från OECD om hälso- och sjukvårdssystemen i stort hamnar de medicinska resultaten för Sverige ofta högt i rangordningen, samtidigt som kostnaderna är genomsnittliga jämfört med andra länder [30].

När det gäller att förbättra effektiviteten inom vårdens olika verksamheter inom det svenska systemet pågår en rad aktiviteter. Ofta syftar ambitionerna till att förbättra processerna runt patienten (t.ex. enligt den s.k. lean-modellen). De senaste åren förefaller också intresset för och medvetenheten om teamarbete och multidisciplinärt samarbete ökat. Möjligheten att omfördela roller och ansvar mellan yrkesgrupper är relativt stora.

Flera landsting har börjat styra sina arbetsformer med hjälp av processorientering. Processorientering utgår från en helhetssyn på organisationen. Tvärfunktionella flöden ersätter funktionstänkande. Patientnytta och patientanpassning är nyckelord, och fokus ligger på de processer som skapar nytta för patienten. Alla verksamheter består av olika aktiviteter som följer efter

varandra och som upprepas i tiden. Det som görs i processen skiljer sig ofta från gång till gång, men sättet det görs på är ofta detsamma. Att orientera en verksamhet kring processer innebär att verksamheten fokuserar på tillvägagångssätt, flöden inom verksamheten och de resultat som dessa leder till. Processorientering är ett viktigt komplement till en funktionsorienterad organisation, eftersom den säkerställer ett arbetssätt som fokuserar på patientens väg genom vården.

Under 2009 har metoderna att mäta och följa vårdens effektivitet på verksamhetsnivå fortsatt att utvecklas. Tillförlitliga kostnadsdata saknas dock ofta. Socialstyrelsen arbetar med ett utvecklingsarbete som syftar till att möjliggöra analyser av hälso- och sjukvårdens effektivitet på verksamhetsnivå, baserade på indikatorer och kostnadsdata. Under 2009 togs bland annat fram Öppna jämförelser för Hjärtsjukvården, som resulterade i flera rekommendationer till huvudmännen om förbättringsområden för att förbättra kvaliteten och effektiviteten [31].

I anslutning till Öppna Jämförelser för hjärtsjukvården publicerades också en metodstudie som syftade till att undersöka olika angreppssätt för att analysera hälso- och sjukvårdens effektivitet med hjärtsjukvården som exempel [32]. Studien syftade till att bland annat beskriva och beräkna konsumtionen av hjärtsjukvård och dess kostnader, illustrera eventuella samband mellan hjärtsjukvårdens kostnader och kvalitet, samt beräkna merkostnader vid val av icke-kostnadseffektiva behandlingar.

Studien visade att det är möjligt att analysera effektivitet och skillnader i effektivitet i väl avgränsade frågeställningar, som till exempel vid val av likvärdiga läkemedel men med olika kostnad. Studien fann inga klara samband mellan kostnader och kvalitet, och illustrerade också att det fanns variationer mellan landsting och sjukhus i både kostnader och kvalitet. Utifrån de ansatser som har använts i studien gjorde Socialstyrelsen bedömningen att det sannolikt finns utrymme för att öka effektiviteten i hjärtinfarktvården.

Socialstyrelsen lämnade i rapporten också ett antal förslag för att förbättra förutsättningarna för effektivitetsanalyser – särskilt när det gäller tillgång på och utveckling av vårdkonsumtions- och kostnadsdata. Bland annat behöver inrapporteringen till KPP-databasen förbättras. Socialstyrelsen kommer också att utreda möjligheten för inrapportering av kostnadsdata till patientregistret.

Avslutande reflektioner

Under 2009 har en rad viktiga steg tagits i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdshuvudmännens strävanden innefattar en utveckling mot ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv. Dessa visioner har länge funnits, men varit svåra att förverkliga. Av förfrågningsunderlagen inför vårdvalet tydliggörs dessa påtagliga ambitioner. Under året har mycket arbete lagts ner på de olika vårdvalsmodellerna. Flera landsting har valt att benämna sina modeller hälsoval vilket ytterligare betonar den framtida inriktningen.

Jämlikhet i hälsa och vård har diskuterats på olika sätt under 2009. Sedan länge har relativt betydande skillnader i behandlingspraxis mellan olika delar av landet uppmärksamats. Det finns fortfarande omotiverade skillnader i

hälsa och vård mellan män och kvinnor, och mellan människor med olika utbildningsbakgrund. I lägesrapporten om hälso- och sjukvården för 2007 redovisades några skillnader när det gäller vilka läkemedel som ges, och också betydande skillnader i undvikbar slutenvård och åtgärdbar dödlighet. Dessa skillnader har uppmärksamrats allt mer, bland annat inom ramen för rapporteringen av Öppna jämförelser. I Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 visades på fler sådana skillnader för bland annat aspekter av kvalitet i läkemedelsbehandling. Preliminära data från den nyligen publicerade patientenkäten visar också i vissa avseenden på skillnader när det gäller t.ex. information och förtroende och upplevd delaktighet mellan de med svenska som modersmål, och de som inte har det. Ökad jämlikhet i hälsa och tillgång till vård utgör en fortsatt stor utmaning

Framtidsfrågorna handlar också om hur hälso- och sjukvården ska kunna möta och prioritera bland de ökande vårdbehoven. Att stärka de hälsofrämjande insatserna och i större utsträckning förebygga ohälsa och sjuklighet, är i detta sammanhang centralt. För att tillgodose behoven av en mer patientfokuserad, säker och kunskapsbaserad vård för alla medborgare, och samtidigt ytterligare förbättra tillgängligheten särskilt för de med störst vårdbehov, krävs en kombination av nya strategier. Det handlar bland annat om insatser som förbättrar samordningen av vårdens olika insatser och ökar delaktigheten från patienter och medborgare. Vidare behövs tydligare gränsdragningar mellan vilka tjänster som ska ingå i det offentliga åtagandet och vilka som ska finansieras av de enskilda medborgarna. Medborgare och patienter behöver bli mer delaktiga i dessa processer och i hur prioriteringar genomförs. Några landsting genomför regelbundna medborgardialoger som kan vara ett sätt att öka delaktigheten.

En central frågeställning för närvarande är huruvida vårdvalsreformerna förbättrar förutsättningarna för en god och jämlik vård. Det förefaller råda en bred enighet om att vårdval stärker patienternas och medborgarnas möjlighet att välja vårdgivare. Svensk primär- och närvård behöver stärkas - en ökad etablering av vårdgivare i primärvården är önskvärd. Frågan på sikt är om vårdvalssystemen bidrar till att målet i hälso- och sjukvårdslagen om en god vård på lika villkor uppnås.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
2. Prop. 2008/09:74 Vårdval i primärvården.
3. Sveriges kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2009. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: SKL; 2009.
4. Socialstyrelsen. Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
5. Sveriges kommuner och Landsting. Hälsofrämjande och förebyggande i vårdval 2009. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
6. Lindvall, S. Paulsson, G. Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting; 2009
7. Socialstyrelsen. Lägesrapport, Hälso- och sjukvården 2006- Fokus primärvård 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
8. SKL. Rehabiliteringsgarantin - resultat 2009. Stockholm. SKL;2010.
9. European Medicines Agency Pandemic pharmacovigilance update Doc ref EMEA/7846681/2009. London: EMEA. 2009.
10. Smittskyddsinsitutet, Stockholm, 2009.
11. Prop. 2007/08:142. Sjukhusens läkemedelsförsörjning.
12. Nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer. Minnesanteckningar –nätverksträffar under 2009.
13. Stockholms läns landsting. Framtidens hälso- och sjukvård. Långtidsutredning om sjukvården i Stockholms läns landsting 2008-2025. Stockholm 2009.
14. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
15. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
16. Institutet för kvalitetsindikatorer. Nationell patientenkät - primärvård Göteborg: Institutet för kvalitetsindikatorer; 2010.
17. Sveriges kommuner och landsting. Vårdbarometerns undersökningar. Stockholm. Sveriges kommuner och Landsting. 2009.
18. Socialstyrelsen. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och kömiljarden. Årsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
19. Sveriges Kommuner och Landsting. Väntetider i vården – tillgänglig vård. Hämtad 2010-02-09 från <http://www.vantetider.se/>.
20. Socialstyrelsen. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

21. Sveriges Kommuner och Landsting. Punktprevalensstudier av vårdrelaterade infektioner i de svenska landstingen. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008-2009.
22. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
23. Socialstyrelsen. Överbeläggningar – utlokaliserade patienter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
24. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
25. WHO. The World Health Report 2008. Primary health care – now more than ever. Genève: WHO; 2008.
26. WHO. Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
27. Diaz A. Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
28. Lägesrapport hälso- och sjukvård 2007: Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
29. 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.
30. OECD. Health at a Glance. Paris: OECD; 2009
31. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2008.
32. Socialstyrelsen. Analys av effektivitet. En metodstudie med hjärtsjukvården som exempel. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.

Individ- och familjeomsorg

Fördjupning 2010

Berith Josefsson

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	5
Kostnader	6
Insatser för barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa	7
Ökade och förändrade förväntningar	7
Utveckling av officiell statistik, kvalitetsindikatorer och evidensbaserade metoder	7
Utveckling av utredningar om barn och unga.....	7
Behovsprövat personligt stöd vanligast	8
Familjehemsvård av unga ökar	8
Vikten av eftervård	9
Otydligt ansvar för ensamkommande barn.....	9
Det gemensamma samhällsansvaret	10
Samverkan kring barn och unga som riskerar att fara illa	10
Samverkan vid misstanke om brott mot barn	10
Samverkan kring barn och unga med funktionsnedsättning.....	10
Familjerätt och familjerådgivning	11
Familjerätt	11
Socialtjänsten utreder faderskap och föräldraskap	11
Vanligare med växelvis boende och upplysningar till domstol	11
Riskbedömning i utredningar om vårdnad, boende och umgänge	11
BBIC i utredningar om vårdnad, boende och umgänge	12
Antalet internationella adoptioner minskar	12
Familjerådgivning	12
Ekonomiskt bistånd	13
Behovet av ekonomiskt bistånd ökar igen	13
Den nationella statistiken utvecklas	15
Insatser för vuxna med missbruk eller beroende	16
Missbruks- och beroendevården utvecklas	16
Omfattningen av missbruk och beroende	16
Riskbruk och experimentellt bruk	16
Tungt missbruk	16
Socialtjänstens kostnader och öppna insatser	17
Tvångsvården ökar inte längre	18
Läkemedelsassisterad behandling ökar	18
Behandling vid opiatberoende	18
Behandling vid alkoholberoende	19

Kvalitetsutveckling inom missbruks- och beroendevården	19
Implementering av evidensbaserade metoder.....	19
Mätning av kvalitet och öppna jämförelser	19
Statsbidragen utvärderas.....	19
<i>Boendeinsatser</i>	20
Ökad kunskap om effektiva metoder	20
IFO arbetar aktivt med boendefrågorna	20
En omfattande sekundär bostadsmarknad	20
Bra data en förutsättning	20
<i>Stöd till brottsoffer och anhöriga</i>	21
Förtydligat ansvar.....	21
Statistik – ett viktigt utvecklingsområde	21
Riktad verksamhet kan minska mörkertalet	21
Kvinnor med utländsk bakgrund är överrepresenterade	22
Mer och mindre aktiva kommuner	22
Socialstyrelsens arbete 2010–2011	23
<i>Kulturell mångfald inom IFO</i>	24
Mångfald i praktiskt socialt arbete	24
De nationella minoriteternas särskilda behov	25
Över- och underbetoning av kulturell bakgrund.....	25
Olika förutsättningar i kommunerna.....	25
Framgångsfaktorer	26
Behov av metodutveckling	26
<i>Referenser.....</i>	27

Sammanfattning

Kompetens- och kvalitetsutveckling pågår inom IFO, men de kommunala skillnaderna i resursutbud är stora. Socialstyrelsen arbetar med utveckling av statistik och kvalitetsindikatorer, som underlag för öppna jämförelser samt stöd till en evidensbaserad praktik som bl.a. innefattar lokal uppföljning. Inom missbruks- och beroendevården ges regionalt stöd för att utveckla evidensbaserad praktik genom ett avtal mellan staten och SKL.

IFO rymmer allt fler delområden och med den ökade specialiseringen följer behov av god samverkan. Överlag finns en medvetenhet i kommunerna att det är nödvändigt att övervinna de hinder som finns, såväl internt som externt.

Barn- och ungdomsvårdens utveckling kännetecknas av ett stärkt barnperspektiv och förbättrad struktur i utredningar och insatser. Samtidigt är kompetensen och kunskapsbasen ofta otillräcklig i förhållande till de stora krav som ställs och uppföljningen bristfällig. Andelen barn och unga som en given dag fick öppenvårdsinsats har inte ändrats de senaste tio åren, men mycket tyder på att varje barn får fler insatser. Andelen yngre barn som placeras utanför sitt hem är relativt konstant över tid, medan andelen 13–17-åringar som placeras fortfarande ökar, vilket förklaras av ett ökat antal ensamkommande flyktingbarn.

Behovet av ekonomiskt bistånd har visat en nedåtgående trend under drygt tio år. Den bröts under 2008, då antalet biståndsmottagare och biståndshushåll ökade något. Trenden förväntas bestå på grund av den rådande lågkonjunkturen med stigande arbetslöshet. Unga och utrikes födda är fortsatt kraftigt överrepresenterade.

IFO:s insatser inom missbruks- och beroendområdet har ökat under senare år. När det gäller bistånd som rör boende har ökningen varit nära 40 procent sedan år 2003. Sju av tio kommuner har en s.k. sekundär bostadsmarknad, dvs. andrahandskontrakt via kommunen, förenade med tillsyn eller särskilda villkor. Antalet personer med missbruk eller beroende som får läkemedel ökar. Fler tvångsvårdades i mitten av 2000-talet jämfört med tidigare, men de senaste åren har det skett en stabilisering.

Riktad verksamhet inom IFO till våldsutsatta kvinnor har blivit vanligare under senare år, men fortfarande står ideella föreningar för en stor del av stödet till kvinnorna och deras barn. Socialnämndens ansvar för kontroll och uppföljning av kvaliteten i de insatser som ges av någon annan än kommunen förtydligas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2009:22). En kompletterande handbok är under utarbetande och under 2010 redovisas även fyra utvärderingar av verksamheter inom detta område.

I fokusgrupperna konstaterades behovet av ökad medvetenhet och kunskap om mångfaldsfrågor. Vikten av lyhördhet, individualisering, samverkan och bra kvalitet i flyktingmottagandet betonades. Det efterfrågades bl.a. mer organiserat erfarenhetsutbyte, tillgång till anpassade och utvärderade metoder samt en lokal rådgivningsfunktion med mångkulturell kompetens.

Inledning

Denna rapport är en av fem fördjupningsbilagor till den samlade lägesrapporten för år 2009, som omfattar verksamhetsområdena folkhälsa, stöd och service till personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg och äldreomsorg, individ- och familjeomsorg samt hälso- och sjukvård. Den beskriver läget inom individ- och familjeomsorgen (IFO) – en organisatorisk enhet som finns inom flertalet kommuner och som bl.a. omfattar social barn- och ungdomsvård, familjerätt, ekonomiskt bistånd, missbrukar- och beroendevård, boendeinsatser samt verksamhet för brottsoffer och anhöriga, främst våldsutsatta kvinnor. Jämfört med tidigare år är denna lägesrapport i huvudsak en kortare uppdatering. Den innehåller dock en mindre temadel.

Det moderna samhällets mångfald framträder inte särskilt tydligt i det sociala arbetets kompetens- och verksamhetsutveckling. I lägesrapporten Individ- och familjeomsorg 2007 uppmärksammades bl.a. att utrikes födda är överrepresenterade inom nästan alla IFO:s verksamhetsområden samt att kompetensen kan behöva anpassas mer efter dessa förutsättningar. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att beskriva hur IFO arbetar med personer där kulturell bakgrund, brister i kunskap om det svenska samhället eller i svenska språket är en utmaning. Även de nationella minoriteterna ingår. Socialstyrelsen ska ge förslag på hur verksamheten kan utvecklas. Med anledning av uppdraget, som ska redovisas i juni 2010, har Socialstyrelsen valt kulturell mångfald inom IFO som tema för årets lägesrapport. Representanter från olika kommuner har deltagit i fokusgrupper och diskuterat aktuella utmaningar och behov av kunskapsutveckling, inom områdena barn och unga, missbruk, ekonomiskt bistånd samt våld i nära relationer. På familjerättens område har erfarenheter hämtats in genom förfrågan till ett antal kommuners familjerättssekreterare. Resultatet redovisas i kapitlet "Kulturell mångfald inom IFO".

Kostnader

IFO:s kostnader var 33 590 miljoner kronor år 2008, 20 procent av socialtjänstens kostnader. Sedan 2004 har kostnaderna ökat med 6,8 procent.

Tabell 1. Kostnadsutveckling för individ- och familjeomsorgens (IFO:s) verksamhet 2004–2008. 2008 års priser. Miljoner kronor samt procent.

Insatser	2004	2005	2006	2007	2008	Förändring 2004–2008, mnkr	Förändring 2004–2008, %
Barn och unga	12 119	12 183	12 090	12 648	13 187	1 068	8,8
Vuxna med missbruk	5 133	5 068	5 315	5 532	5 639	506	9,9
Övriga vuxna ^a	1 560	1 688	1 459	1 256	1 332	-228	-14,6
Ekonomiskt bistånd ^b	12 132	11 851	12 232	12 268	12 844	712	5,9
Familjerätt och familjerådgivning	513	532	561	602	588	75	14,7
IFO ^{ab}	31 457	31 323	31 657	32 306	33 590	2 133	6,8

^a Ny definition. Kostnader för insatser till personer med psykiska funktionshinder ingår inte from 2007.

^b I kostnaden för ekonomiskt bistånd ingår även utbetalningar till flyktinghushåll och administration av all utbetalning av ekonomiskt bistånd. Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2004–2008, SCB och Ekonomiskt bistånd Årsstatistik 2004–2008, Socialstyrelsen.

Insatser till barn och unga stod för 39 procent av IFO:s kostnader år 2008 eller 13 187 miljoner kronor. Mellan 2004 och 2008 har kostnaderna för barn och unga ökat med nästan nio procent. Kostnaderna för familjehemsvård har ökat med 15 procent och för öppna insatser med 24 procent sedan 2004, medan kostnaden för HVB har minskat med drygt 6 procent.

Kostnaderna för insatser till vuxna med missbruksproblem var 5 639 miljoner kronor år 2008, 17 procent av IFO:s kostnader. Det är en ökning av kostnaderna med tio procent mellan 2004 och 2008. Kostnaden för HVB-vård har legat på en relativt jämn nivå hela perioden 2004–2008.

Under 2008 var kostnaderna för ekonomiskt bistånd 12 844 miljoner kronor. Från 2004 ökade kostnaderna med 5,9 procent till 38 procent av kostnaderna för IFO. Då ingår kostnader för flyktinghushåll samt administration. Övriga insatser till vuxna stod för fyra procent av IFO:s kostnader 2008.

Kostnaderna för familjerätt och familjerådgivning var 588 miljoner kronor år 2008. Det var 1,8 procent av IFO:s kostnader och en kostnadsökning med nästan 15 procent sedan 2004, vilket är den procentuellt största ökningen bland IFO:s delverksamheter.

Insatser för barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa

Ökade och förändrade förväntningar

Förväntningarna på barn- och ungdomsvården har ökat som en följd av en större uppmärksamhet på barns och ungas förhållanden och utsatthet. Bl.a. har antalet anmälningar stadigt ökat [1] och fler barn och unga har fått insatser. Det kan bero på en reell behovsökning, dvs. att fler barn och unga far illa, men kan också vara en följd av attityd- och samhällsförändringar. Stärkt barnperspektiv, specialisering på olika grupper av barn och unga, professionalisering och kunskapsutveckling har påverkat socialtjänsten under de senaste årtiondena. Stöd och behandling till barn, unga och familjer ges i ökad utsträckning utan föregående utredning och beslut. En inventering visar att systematiska och strukturerade arbetssätt i arbetet har blivit vanligare [2].

Även om barn- och ungdomsvården har utvecklats positivt framförs ofta kritik [1]. Kvaliteten varierar, i vissa fall beroende på kommunstorlek och varierande tillgång till resurser. Vidare påtalas att kompetensen, erfarenheten och kunskapsbasen för arbetet ofta är otillräcklig samt att handläggningen och uppföljningen, exempelvis av placerade barn, ofta brister.

Utveckling av officiell statistik, kvalitetsindikatorer och evidensbaserade metoder

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella statistiken för att kunna hämta in uppgifter om anmälningar, utredningar, öppenvård m.m. Socialstyrelsen utarbetar vidare nationella kvalitetsindikatorer som underlag för öppna jämförelser, utvecklar bedömningsinstrument och tar fram kunskapsöversikter inom området. En översikt om metoder för att stödja barn och unga som lever i familjer med missbruk har nyligen publicerats, liksom en vägledning på temat.

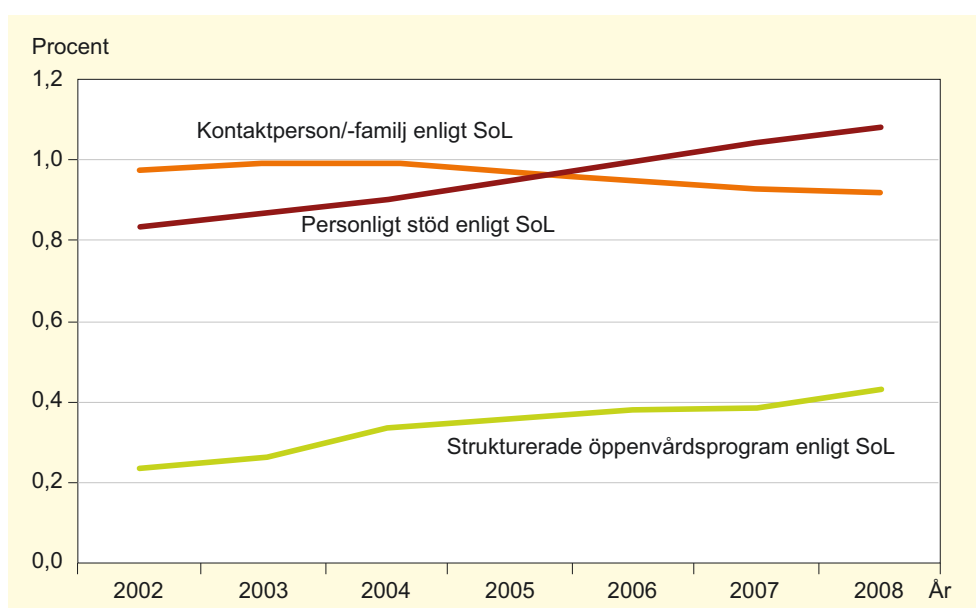
Utveckling av utredningar om barn och unga

I tillsyn har konstaterats att utredningarna generellt har högre kvalitet jämfört med tidigare och att de fokuserar mer på barnens situation. Verksamhetssystemet Barns behov i centrum (BBIC) bidrar till att göra socialtjänstens arbete med utredning, planering och uppföljning mer strukturerat och enhetligt. 270 kommuner arbetar med att införa systemet med stöd av regionala nätverk. Socialstyrelsen erbjuder utbildning samt ordnar regelbundet träffar för de regionala samordnarna, för information och erfarenhetsutbyte.

Behovsprövat personligt stöd vanligast

Ungefär 28 100 barn och unga hade en eller flera öppenvårdsinsatser den 1 november 2008; 55 procent pojkar och 45 procent flickor. Av de tre kategorier av öppenvårdsinsatser som redovisas i statistiken, fick flest barn och unga s.k. behovsprövat personligt stöd, ca 25 000. Ungefär 21 200 barn och unga hade kontaktperson eller kontaktfamilj och ca 9 800 deltog någon gång under året i ett s.k. strukturerat öppenvårdsprogram. Under senare år har personligt stöd och strukturerat öppenvårdsprogram ökat medan kontaktperson/-familj minskar (figur 1). Andelen barn och unga som en viss given dag fick öppenvårdsinsats och fördelningen mellan pojkar och flickor har i stort sett varit oförändrad under perioden. [3]

Figur 1. Barn och unga med behovsprövade öppenvårdsinsatser¹ enligt SoL någon gång under respektive år 2002–2008. Andel i befolkningen,² procent.



Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

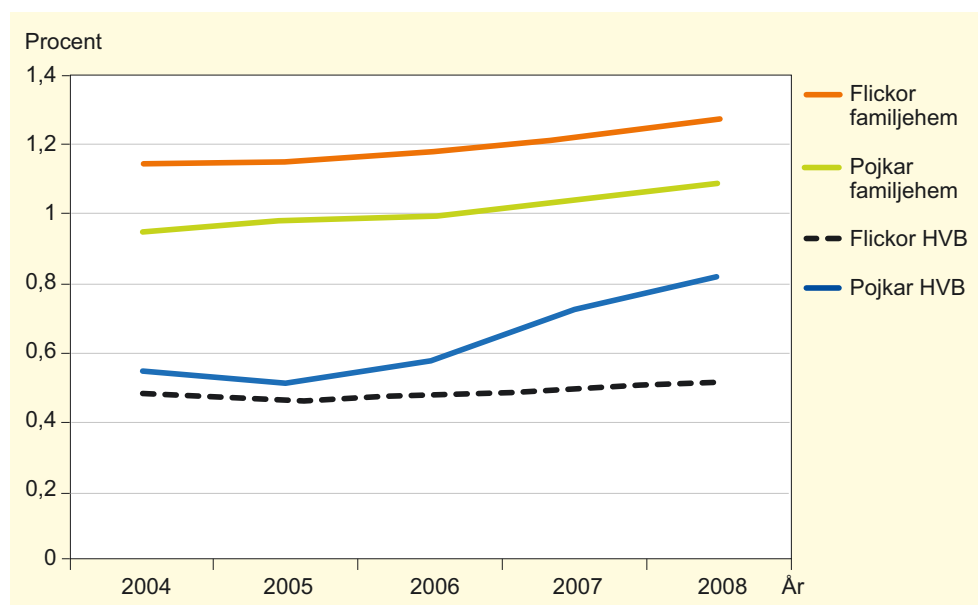
Familjehemsvård av unga ökar

Antalet placerade barn och unga ökade kraftigt under 1990-talet, vilket var ett brott i en långvarig motsatt trend. Främst var det placeringarna av ungdomar i HVB som ökade, även med hänsyn till befolkningsutvecklingen. Under den senaste tioårsperioden har det skett en stabilisering. Ökningen av placerade tonårspojkar i HVB under senare år (figur 2) förklaras av det ökande antalet ensamkommande flyktingbarn. Andelen unga som placeras i familjehem någon gång under året har successivt ökat under en femtonårsperiod (figur 2). 75 procent av de frivilligt placerade och 66 procent av de LVU-omhändertagna var familjehemsplacerade den 1 november 2008 [3].

¹ Särskilt kvalificerad kontaktperson ingår inte.

² Avser befolkningen i åldern 0–20 år den 31 december respektive år.

Figur 2. Andel unga 13–17 år som någon gång under respektive år var placerade i familjehem respektive HVB år 2002–2008. Procent.



Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Bland barn och unga som är födda i Sverige är barn och unga med någon eller båda föräldrarna födda utomlands överrepresenterade i dygnsvård. Det gäller såväl i familjehem som i HVB och i båda åldersgrupperna, 0–12 år respektive 13–17 år. Skillnaden mellan dem med båda föräldrarna utrikes födda och dem med båda föräldrarna födda i Sverige är störst bland 13–17-åringar i HVB.³

Vikten av eftervård

Genom en lagändring 2008 tydliggjordes socialnämndens ansvar för att tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vården utanför det egna hemmet upphört. Inte minst gäller det ungdomar som slussas ut till eget boende. En väl planerad och fungerande eftervård syftar till att dessa unga ska ges samma förutsättningar som andra ungdomar samt till att minska risken för att de ska behöva vård igen [4].

Socialstyrelsen kommer att utveckla ett formulär inom ramen för BBIC med fokus på eftervård för unga. Med formulärets hjälp kan behovet av framtida praktiskt och psykologiskt stöd inventeras och en planering göras tillsammans med den unga av boende, utbildning, sysselsättning, ekonomi och relationer med familj och andra betydelsefulla personer.

Otydligt ansvar för ensamkommande barn

Antalet ensamkommande asylsökande ungdomar har ökat dramatiskt sedan kommunerna i juli 2006 övertog ansvaret för deras boende. Sveriges Kommuner och Landsting och Migrationsverket har kartlagt mottagande och iden-

³ Underlag baserat på befolkningsuppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB) och Socialstyrelsens register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

tifierat förbättringsområden, t.ex. grundligare lämplighetsprövningar innan ungdomarna placeras i eget boende. Nästa steg är en konkret handlingsplan. Kommunerna efterfrågar mer stöd. Ansvar för de ensamkommande barnen anses fortfarande vara otydligt, särskilt för dem som snart efter ankomsten flyttar till släktingar eller anhöriga. [5] Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med vägledning för socialtjänsten när det gäller de ensamkommande barnen.

Det gemensamma samhällsansvaret

Samverkan kring barn och unga som riskerar att fara illa

Myndighetssamverkan på nationell nivå har resulterat i en gemensamt publicerad strategi [6]. Med den som grund har Skolverket genomfört ett regeringsuppdrag för att öka samverkan mellan skola, polis, socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri. Projekten har varit inriktade mot fyra områden: stor frånvaro, brott- respektive drogförebyggande arbete samt psykisk ohälsa. Därutöver har medel utgått till kommuner som velat ta ett ”helhetsgrepp” på samverkan kring barn och unga. Enligt utvärderingen⁴ har projekt med tidigare erfarenhet av samverkan nått längre vad gäller förbättringar av styrning, struktur och samsyn, vilket bekräftar att det tar tid att utveckla samverkan. Generellt har arbetsfördelning, roller och rutiner blivit tydligare i projekten. Kunskapen om varandra har förbättrats och förväntningar blivit mer realistiska. Det vanligaste hindret som identifierades var brist på resurser. De extra resurser som ställts till projektens förfogande ansågs vara en förutsättning för den positiva utvecklingen av samverkan. [7]

Samverkan vid misstanke om brott mot barn

Barnahus, för samverkan vid misstanke om brott mot barn, finns idag på ett 20-tal platser i landet. På uppdrag av regeringen har de nationella myndigheterna tagit fram gemensamma riktlinjer och kriterier och i december 2010 ska en förnyad utvärdering redovisas [8].

Socialstyrelsen utreder när barn har avlidit till följd av brott, med stöd av en lag som trädde i kraft den 1 jan 2008. I den första redovisningen av sju fall konstaterar Socialstyrelsen bl.a. att myndigheter i sin kontakt med vuxna har försummat att uppmärksamma barns utsatta situation. Ett annat problem har varit när barnfamiljer som behöver stöd flyttat utan att myndigheterna gör någon överlämning. [9]

Samverkan kring barn och unga med funktionsnedsättning

Samverkan krävs ibland för att ge adekvata insatser till barn och unga med funktionsnedsättning och stöd till deras föräldrar. Det försvåras av olika lagstiftning, uppdrag, kompetens, traditioner samt att berörda verksamheter ibland hör till olika nämnder. Socialstyrelsen höll en konferens hösten 2009 om att överbrygga organisatoriska gränser och ge familjerna stöd utifrån deras behov.⁵

⁴ Genomförd av Örebro universitet under ledning av professor Berth Danermark.

⁵ Konferensen filmades och ligger på www.socialstyrelsen.se

Familjerätt och familjerådgivning

Familjerätt

Socialtjänsten utreder faderskap och föräldraskap

Socialtjänsten ansvarar för att utreda och fastställa faderskapet när modern är ogift. Antalet faderskapsutredningar har varit oförändrat de senaste fem åren. År 2008 föddes cirka 107 000 barn i Sverige och för 63 procent fastställdes faderskapet genom socialtjänstens utredning [10]. Drygt 85 procent avslutades med bekräftelse. Mindre än en procent av faderskapen fastställs genom dom. I drygt en procent av ärendena kunde faderskapet inte fastställas. 93 procent av föräldrarna valde gemensam vårdnad.

Om en kvinnas partner eller sambo samtyckt till assisterad befruktning och den ägt rum på ett sjukhus i Sverige (enligt lagen om genetisk integritet m.m.) är partnern att anse som förälder till det barn som föds och föräldraskapet ska fastställas [11,12,13]. Föräldraskapet har fastställts för 116 barn. För 93 procent av dem anmälde föräldrarna gemensam vårdnad.

Vanligare med växelvis boende och upplysningar till domstol

Antalet barn som årligen upplever en separation har minskat till knappt 50 000. De flesta föräldrar som separerar fortsätter att ha gemensam vårdnad. Växelvis boende har ökat markant under en femårsperiod.

Under år 2008 deltog föräldrar till 18 500 barn och unga i samarbetssamtal. Antalet berörda barn och ungdomar fortsätter att minska. [10]

Totalt 4 300 föräldrar slöt skriftliga avtal om barnets vårdnad, boende och umgänge, i stort sett samma antal som varje år under de senaste fem åren.

Innan tingsrätten fattar ett interimistiskt beslut om vårdnad, boende eller umgänge kan den hämta in upplysningar från socialnämnden. Antalet barn som varit aktuella för sådana upplysningar har konstant ökat under en femårsperiod, från 5 800 år 2004 till 7 700 barn år 2008. En sannolik orsak till att domstolarna i ökad utsträckning hämtar in upplysningar är en lagändring 2006 som innebär att nämnden, om det är lämpligt, ska tala med föräldrar och barn.

Antalet barn för vilka frågan om vårdnad, boende och umgänge utretts har minskat något under det senaste året, till 7 100 under år 2008.

Riskbedömning i utredningar om vårdnad, boende och umgänge

År 2006 infördes en bestämmelse i föräldrabalken som innebär att socialtjänsten vid utredningar om vårdnad, boende och umgänge på uppdrag av tingsrätten ska bedöma risken för att barnet eller någon annan i familjen utsätts för övergrepp, att barnet olovligt förs bort eller hålls kvar eller annars far illa. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att långsiktigt utveckla och utvärdera ett riskbedömningsinstrument, som bl.a. syftar till mer likvärdiga bedömningar. Uppdraget ska redovisas år 2011.

BBIC i utredningar om vårdnad, boende och umgänge

Många kommuner har önskemål om att pröva BBIC även i utredningar om vårdnad, boende och umgänge, för att förstärka barnperspektivet och främja den interna samverkan. Socialstyrelsen planerar att ta fram ett särskilt BBIC-formulär för vårdnadsutredningar. Nästan hälften av de 205 kommuner med licensavtal, som har svarat på en enkät, använder sig av BBIC-triangeln i utredningar inom familjerätten. Ett tiotal kommuner har utarbetat ett eget BBIC-inspirerat formulär.

Antalet internationella adoptioner minskar

Under år 2008 har antalet medgivandeutredningar minskat med drygt tio procent, till 2 100. I knappt två procent av dessa avslogs ansökan om medgivande. Under året lämnades nästan 240 yttranden över nationella adoptioner till tingsrätterna, varav 84 procent rörde styvbarnsadoptioner. Cirka fem procent rörde adoption av familjehemsplacerade barn. Knappt tio procent av dessa avsåg barn i åldern 0–1 år. [10]

År 2005 infördes lagändringar om internationella adoptioner för att stärka barnets rätt i adoptionsprocessen. Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att följa upp 2005 års lagändringar, med redovisning 1 december 2010.

Familjerådgivning

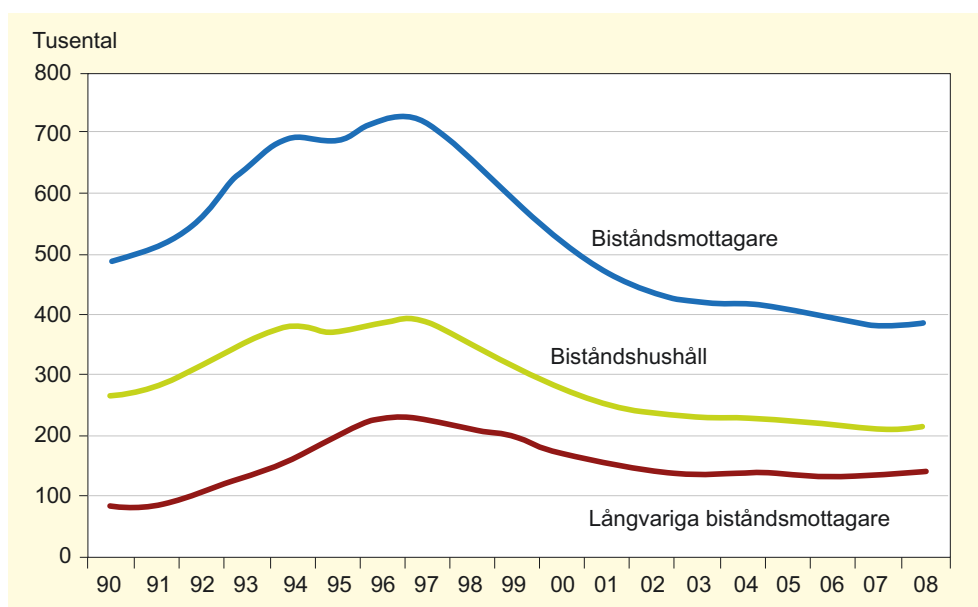
Antalet ärenden inom familjerådgivningen fortsätter att öka, till 29 250 under 2008, en ökning med fyra procent jämfört med 2007. Ungefär en tredjedel av samtalen rörde rådgivning för fortsatt samlevnad och en dryg tiondel separationer. Indirekt berörs mer än 39 000 barn och unga av dessa samtal. [14] Föreningen Sveriges Kommunala Familjerådgivare, KFR, har under året haft projektmedel för ett utvecklingsarbete för att förtydliga och utveckla familjerådgivningens arbete med våld i parrelationer.

Ekonomiskt bistånd

Behovet av ekonomiskt bistånd ökar igen

Den rådande lågkonjunkturen innebär en stigande arbetslöshet, med ett ökat behov av ekonomiskt bistånd. Effekten är dock inte omedelbar. Många arbetslösa kan klara sin försörjning genom arbetslöshetsersättning. Rätten till bistånd bygger på att den sökande i princip har gjort sig av med alla sina tillgångar. Många utnyttjar också andra möjligheter och ansöker om ekonomiskt bistånd i sista hand. Det kan därför dröja innan effekterna av högre arbetslöshet, ändringar i andra sociala system och annat som påverkar människors försörjning blir tydliga hos kommunerna. Biståndsmottagandet har varierat under de senaste decennierna (figur 3). Nivåerna sammanfaller med variationer i konjunktur och flyktinginvandring.

Figur 3. Antal biståndsmottagare, biståndshushåll och långvariga biståndsmottagare, 1990–2008.



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Den neråtgående trenden bröts under 2008 och antalet biståndsmottagare och biståndshushåll ökade något. Under 2008 fick 4,2 procent av befolkningen ekonomiskt bistånd; 384 700 personer eller 215 200 hushåll. Jämfört med 2007 var ökningarna marginella. Unga och utrikes födda var fortsatt kraftigt överrepresenterade. Andelen långvariga biståndsmottagare⁶ ökade med 13 procent mellan 2007 och 2008, vilket är en kraftig ökning jämfört med

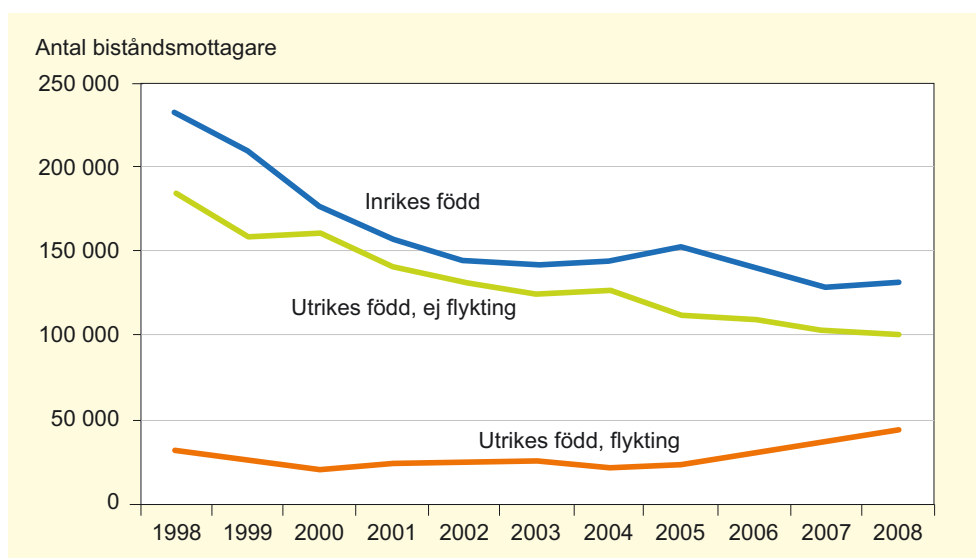
⁶ Bistånd under minst 10 månader under ett kalenderår

året innan. Mer än en tredjedel av biståndsmottagarna hade bistånd minst tio månader under året.

Mellan tredje kvartalet 2008 och samma period 2009 ökade kommunernas utbetalningar av ekonomiskt bistånd⁷ med 19 procent, vilket bl.a. beror på den ökade arbetslösheten [15]. De grupper som framförallt får försörjningsproblem när arbetslösheten ökar är de som saknar fotfäste på arbetsmarknaden, främst unga och utrikes födda. Enligt Arbetsförmedlingens prognos kommer arbetslösheten att fortsätta stiga och år 2010 nå drygt nio procent, eller mellan 450 000 och 500 000 personer [16].

Antalet utrikes födda biståndsmottagare ökade under 2008 på grund av att antalet flyktingar ökade (figur 4). Utrikes födda exklusive flyktingar minskade däremot något. Orsaken till att andelen flyktingar med ekonomiskt bistånd blivit fler under de senaste åren är troligen det höga antalet beviljade uppehållstillstånd under 2006–2007. [17] Sedan några år är antalet utrikes födda biståndsmottagare fler än de inrikes födda.

Figur 4. Inrikes och utrikes födda samt flyktingar 16 år och äldre 1998-2008.

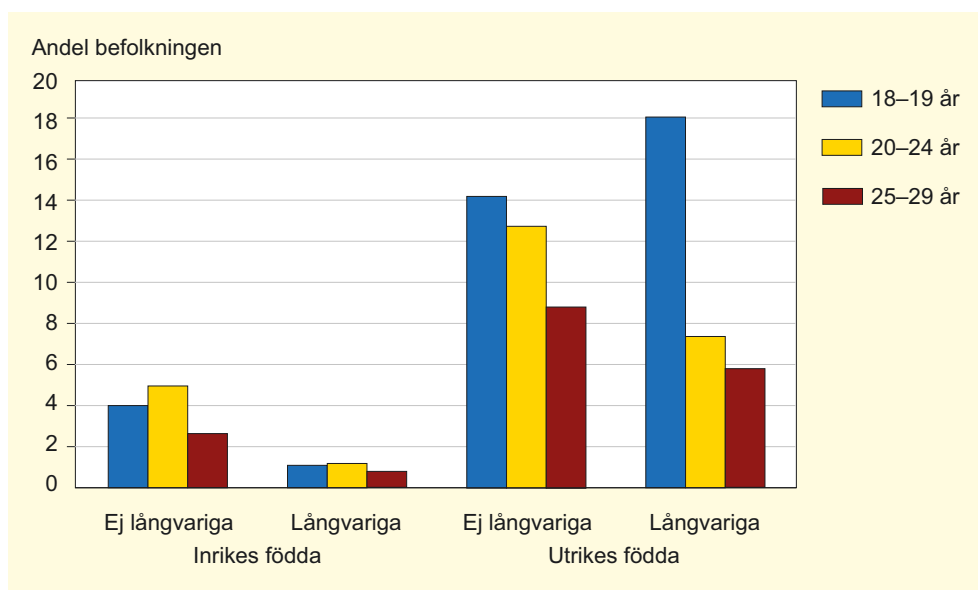


Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Unga och utrikes födda är överrepresenterade i förhållande till sin andel i befolkningen. Detta gäller också för dem med långvarigt bistånd (figur 5). I takt med att vistelsetiden blir längre minskar dock behovet av ekonomiskt bistånd, om än långsamt [18]. Unga utrikes födda fick ekonomiskt bistånd betydligt oftare än de inrikes födda. Nästan 18 procent av utrikes födda i åldern 18–19 år var långvariga biståndsmottagare år 2008, vilket är en anmärkningsvärt hög siffra. Av samtliga unga i denna åldersgrupp fick 2,7 procent långvarigt bistånd. Den stora skillnaden i långvarigt biståndsmottagande mellan utrikes och inrikes födda ungdomar i den yngsta ålderskategorin har funnits åtminstone sedan mitten av 2000-talet.

⁷ Inklusiv introduktionsersättning

Figur 5. Andel unga biståndsmottagare 18-24 år 2008 totalt, utrikes eller inrikes födda samt efter långvarighet.



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

I oktober 2009 var drygt 17 000 fler ungdomar i åldern 18–24 år arbetslösa än under samma period 2008 [19]. Arbetslösheten förväntas fortsätta öka under 2010, vilket kan innebära ännu fler biståndsmottagare och risk för ökat långvarigt biståndsmottagande bland ungdomar.

Den nationella statistiken utvecklas

Vid Socialstyrelsen pågår ett arbete med att utöka statistiken om ekonomiskt bistånd. En modell har utarbetats för kommunernas registrering av uppgifter om försörjningshinder (orsaker) och vad ekonomiskt bistånd betalas ut till (ändamål). En utökning och förbättring av statistiken om ekonomiskt bistånd kommer att ge ett bättre kunskapsunderlag, som innebär att behov och problem hos målgruppen lättare kan identifieras. Det ökar också möjligheten att på nationell nivå följa och analysera orsaker till befolkningens behov av bistånd, till förändringar av behoven samt hur människor rör sig mellan olika transfereringssystem.

Socialstyrelsen har genom Statistiska centralbyrån (SCB) genomfört en testinsamling av uppgifter över försörjningshinder och ändamål med utbetalt bistånd. Insamlingen omfattar uppgifter som kommunerna har registrerat fr.o.m. den 1 augusti t.o.m. den 30 september 2009. Från den 1 januari 2010 är uppgifterna en del av den officiella statistiken om ekonomiskt bistånd.

Socialstyrelsen undersöker också möjligheterna att komplettera statistiken med uppgifter om vilka andra insatser, utöver ekonomiskt bistånd, som kommunerna ger till biståndsmottagare. Syftet är att få en samlad bild av insatserna, vad de innehåller och vad de resulterar i. På sikt kan det ge större kunskap om hur biståndet ska utformas, så att det stärker den enskildes resurser att leva ett självständigt liv.

Insatser för vuxna med missbruk eller beroende

Missbruks- och beroendevården utvecklas

Samtidigt som ett omfattande utvecklingsarbete pågår, utifrån bl.a. de nationella riktlinjerna och kvalitetsindikatorer, finns det problem inom missbruks- och beroendområdet. De rör bl.a. brister i kvaliteten i vård och behandling, samverkan mellan vårdgivarna, regionala skillnader i resursutbud, svag brukarmedverkan samt hemlösas situation. Det pågår en omfattande tillsyn, bl.a. av somatisk vård, primärvård, mödrahälsovård, abstinensbehandling samt socialtjänstens öppenvårdsinsatser och HVB. Även en granskning av hur brukarnas, barnens och anhörigas behov tillvaratas ingår. Uppdraget ska redovisas den 1 mars 2011.

Det pågår en översyn av missbruks- och beroendevården, bl.a. om ansvarsfördelningen mellan vårdgivarna, som redovisas i november 2010 [20].

Omfattningen av missbruk och beroende

Riskbruk och experimentellt bruk

Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning har bedömt att tio procent av vuxna kvinnor och 16 procent av vuxna män har ett riskbruk av alkohol, enligt Statens Folkhälsoinstituts (FHI:s) definition⁸ [21]. Det är drygt 900 000 personer i åldersgruppen 16–84 år.

I skolundersökningar har unga tillfrågats om experimentellt missbruk, dvs. i vilken utsträckning de har provat eller har erfarenhet av droger. I årskurs 9 hade år 2008 sju procent av pojkarna och fem procent av flickorna någon gång använt narkotika. I årskurs 2 i gymnasieskolan var andelarna 17 respektive 15 procent.

Tungt missbruk

Det finns inga enhetliga eller internationellt vedertagna definitioner av tungt missbruk och beroende. Med stöd av Socialstyrelsens patientregister uppskattades år 2003 ca 80 000 personer ha ett tungt alkoholmissbruk [22]. Antalet personer med tungt narkotikamissbruk har tidigare skattats till ca 26 000. En aktuell skattning med en annan beräkningsmodell kom fram till ca 29 500 personer, dvs. ett högre tal, även med hänsyn till befolkningsökningen. Totalt kan det således vara ca 110 000 personer som har ett tungt missbruk.

⁸ Det anses vara riskbruk av alkohol när ett av följande kriterier är uppfyllda: (i) konsumtionen överstiger 14 standardglas alkohol för män och 9 standardglas för kvinnor i veckan samt (ii) om man dricker en större mängd alkohol vid ett tillfälle (fem eller fler standardglas för män och fyra eller fler standardglas för kvinnor).

Socialtjänstens kostnader och öppna insatser

Socialtjänstens kostnader för missbruks- och beroendevården har ökat från ca 3,6 miljarder år 1998 till ca 5,6 miljarder år 2008. Ibland framförs att missbruks- och beroendevården nedprioriteras under lågkonjunkturer, i förhållande till annan verksamhet inom kommunen eller socialtjänsten. Missbruks- och beroendevårdens andel av kommunernas kostnader förefaller dock stabil över tioårsperioden, med undantag för nedgångar år 1999 respektive 2002. I relation till socialtjänstens övriga kostnader är tendensen något mer splittrad, med en viss nedgång åren 2006 och 2007. En slutsats är att det inte finns några entydiga kopplingar mellan konjunkturen och missbruks- och beroendevårdens relativa kostnader.

Förutom kommunernas prioriteringar inom området har även omfattande statliga stimulansmedel påverkat.⁹ Den officiella statistiken (tabell 2) visar att socialtjänstens insatser ökat under senare år. Det är särskilt tydligt då det gäller ”inskrivningar bistånd som avser boende”, där ökningen är nära 40 procent sedan år 2003.

Den påtagliga ökning som skett under senare år gäller inte antalet vårddyggn som istället har minskat med sex procent under perioden. Under det senaste året har det dock varit en ökning med nio procent.

Tabell 2. Insatser inom missbruksvården samt procentuell förändring 2003–2008.

Typ av insats	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Förändring %
Individuellt behovsprövade insatser	23 357	24 606	25 799	25 988	25 681	27 935	19,6
Inskrivningar i frivillig institutionsvård	11 110	10 096	11 918	11 134	10 738	12 037	8,3
Vårddyggn i frivillig institutionsvård	1 016 892	897 441	868 512	893 064	873 440	952 311	-6,3
Inskrivningar, bistånd som avser boende	13 488	12 992	13 193	12 546	13 153	18 780	39,2

Källa: Mängdregister över vuxna med missbruksproblem, Socialstyrelsen

Antalet personer med missbruks- och beroendeproblem som är aktuella inom socialtjänsten beräknas vara ca 50 000. Uppskattningen baseras på de över 25 000 personer som under ett år får individuellt behovsprövade insatser och tvångsvård. Ungefär lika många beräknas få rådgivning eller annat stöd utan biståndsbeslut i verksamheter där det är möjligt att vara anonym.

34 900 personer med missbruks- och beroendeproblem fick insatser i slutenvård inom hälso- och sjukvård år 2007, varav 25 300 hade alkoholdiagnos

⁹ ”Kontrakt för livet” och särskild satsning på de tunga missbrukarna.

och 9 600 narkotikadiagnos. Av de totalt ca 24 000 personer som var inskrivna i öppenvård (behandlings- och stödenheter) en given mättag uppskattas att ca 20 procent fick behandling i landstingsverksamhet [23, 24].

I kriminalvården hade ca 13 000 personer missbruks- och beroendeproblem den 1 april 2007, varav 3 900 personer på anstalt och 9 000¹⁰ i frivården.

Även om uppgifterna inte är helt jämförbara kan ändå slutsatsen dras att över 100 000 personer med missbruk finns i något av samhällets vård- och behandlingssystem. Ett rimligt antagande är att de flesta av dem har allvarliga missbruks- och beroendeproblem. Det betyder att en hög andel av personer med tungt missbruk har kontakt med samhällets vårdgivare.

Det finns en marginell överrepresentation av utlandsfödda i vård och behandling för missbruk eller beroende jämfört med andelen i befolkningen. Överrepresentationen är särskilt tydlig för tungt narkotikamissbruk, men motsvaras av en underrepresentation för tungt alkoholmissbruk [25].

Tvångsvården ökar inte längre

Tvångsvården är 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. Det gäller särskilt åren 2005–2006. De senaste åren tycks det dock ha skett en stabilisering.

Med stöd av statliga stimulansmedel, genom ett rabattsystem för insatser som i första hand berör eftervården, har socialtjänstens kostnader för LVM-vården minskat. Det har sannolikt haft betydelse för socialtjänstens benägenhet att fullfölja ansökningar om tvångsvård och ökningen av antalet vårdade sedan 2005. Enligt uppgift från Statens institutionsstyrelse (SiS) har antalet LVM-vårdade dock minskat betydligt sedan stödet upphörde.

Tabell 3. Antal utskrivna från LVM-vård samt andel kvinnor respektive män, 2003–2007.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Antal personer	877	819	822	970	1028	1022
Andel kvinnor, %	31	35	34	34	35	33
Andel män, %	69	65	66	66	65	67

Källa: Socialtjänstregister över LVM-vård, Socialstyrelsen.

Läkemedelsassisterad behandling ökar

Behandling vid opiatberoende

Antalet personer med missbruk eller beroende som får läkemedel ökar. Det är främst två läkemedel som förskrivs, buprenorfin och metadon. Antalet personer som fått buprenorfin har ökat med över 50 procent sedan år 2006. Ökningen för metadon är inte lika hög, men ändå betydande. Totalt är det över 3 800 personer som gör uttag av dessa läkemedel.

¹⁰ 5 000 av dessa har narkotikamissbruk/-beroende.

Behandling vid alkoholberoende

Akamprosat och naltrexon är två läkemedel som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, i kombination med psykosocial behandling. De förskrivs i alltför låg utsträckning, i relation till antalet personer som kan antas ha behov av läkemedlen. Förskrivningen fortsätter dock att öka. År 2008 fick omkring 6 000 personer naltrexon, en ökning med 27 procent sedan föregående år. Förskrivningen av akamprosat har samtidigt ökat med ca tio procent. I behandling av alkoholberoende används även disulfiram (antabus). Här har förskrivningen inte ökat.

Kvalitetsutveckling inom missbruks- och beroendevården

Implementering av evidensbaserade metoder

Genom ett avtal år 2008 mellan staten och SKL får olika regionala organisationer ett stöd, Kunskap till praktik, för att utveckla en evidensbaserad praktik (närmare 90 miljoner under tre års tid). Stödet syftar till att skapa en infrastruktur för missbruks- och beroendevårdens utveckling mot en evidensbaserad praktik samt till att implementera de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen planerar att revidera riktlinjerna och uppdatera dem med den senaste forskningen.¹¹

Mätning av kvalitet och öppna jämförelser

Med undantag för de krav som kommunerna använder vid upphandling saknas generella eller nationella kriterier för bedömning av verksamheternas kvalitet. Socialstyrelsen har utarbetat ett förslag på vad som kan betraktas som god kvalitet, med fokus på kommunernas och landstingens verksamhet i sin helhet. Kvalitetsindikatorerna är t.ex. tillgänglighet, användning av bedömningsinstrument och evidensbaserade metoder. Indikatorerna kan med vissa justeringar även användas för kvalitetsmätningar på enhetsnivå.

Merparten av dessa kvalitetsområden har för första gången legat till grund för s.k. öppna jämförelser 2009. Inom de kvalitetsområden som bedöms relevanta görs jämförelser med vissa data från patient- och dödsorsaksregistret samt på grundval av information på kommunernas hemsidor.

Statsbidragen utvärderas

Statliga stimulansmedel har under lång tid syftat till en bättre vård och behandling. De senaste årens stöd har gått till utveckling av specialiserad och integrerad vård, behandlingsgarantier, individuella vårdplaner och implementering av bedömningsinstrument. Effekterna av stimulansbidragen utvärderas av Örebro universitet.

Trots satsningarna talar mycket för att de inte har räckt för att åstadkomma en evidensbaserad, resurseffektiv och etiskt grundad verksamhet. Det finns vissa uppenbara brister, bl.a. vad gäller resurser för avgiftning, samsjuklighet och hemlöshet.

¹¹ De nationella riktlinjerna avser forskningsläget fram till våren 2004.

Boendeinsatser

Många människor står eller riskerar att ställas utanför den ordinarie bostadsmarknaden. Gruppen hemlösa personer är heterogen. Både individuella och strukturella förändringar behövs. Personer med missbruks- och beroendeproblematik behöver t.ex. stöd för att behålla eller att få en egen bostad. Idag har endast 16 procent av kommunerna aktuella riktlinjer för bostadsförsörjningen, ett krav enligt bostadsförsörjningslagen [26]. Samverkan mellan myndigheter, kommuner, landsting, bostadsföretag och organisationer är också en förutsättning för att kunna motverka hemlöshet.

Ökad kunskap om effektiva metoder

Kunskapen om hemlöshet har ökat och fler kommuner arbetar aktivt med vräkningsförebyggande och preventiva insatser. Traditionella metoder för boendelösningar börjar ifrågasättas. Socialstyrelsens kunskapsunderlag har bidragit till utvecklingen [27,28,29,30,31,32]. Regeringens strategi för att motverka hemlöshet poängterar samverkan mellan nationella aktörer som Boverket, Kriminalvården, Kronofogdemyndigheten, Sveriges Kommuner och Landsting samt frivilligorganisationer, vilket har stärkt arbetet [33].

IFO arbetar aktivt med boendefrågorna

Den 1 november 2008 fick 6 000 personer med missbruksproblem och 8 200 personer över 21 år utan missbruksproblem bistånd som avsåg boende, vilket är en ökning med några procent jämfört med 2007. Totalt gjordes under år 2008 18 700 inskrivningar i boende för personer med missbruksproblem och 14 100 för personer över 21 år utan missbruksproblem, en ökning med fyra respektive tolv procent jämfört med 2007. [34]

En omfattande sekundär bostadsmarknad

Sju av tio kommuner har en ”sekundär bostadsmarknad”, dvs. andrahandskontrakt via kommunen förenade med tillsyn eller särskilda villkor. År 2008 redovisade kommunerna ca 11 300 lägenheter. Många barnfamiljer berörs, men kommunerna har dålig kunskap om sin andrahandsuthyrning [35]. Enligt Kronofogdens statistik över barn som drabbas av vräkning på den ordinarie bostadsmarknaden har antalet minskat 2008 jämfört med 2007 [36].

Bra data en förutsättning

Kunskap om hemlöshetens omfattning och karaktär är en förutsättning för att kunna motverka hemlöshet. Det finns nationell statistik och rapporter som ger värdefull information och vissa kommuner gör egna kartläggningar [29]. Under 2011 kommer EU att genomföra en folk- och bostadsräkning och samma år planerar Socialstyrelsen en nationell hemlöshetskartläggning.

Stöd till brottsoffer och anhöriga

Förtydligat ansvar

De senaste årens förtydligande av socialnämndens ansvar för stöd till brottsoffer och deras anhöriga i socialtjänstlagen gäller särskilt våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Med ”våld och andra övergrepp” av närstående menas huvudsakligen brott mot liv och hälsa, brott mot frihet och frid samt sexualbrott. Men stöd och hjälp från socialtjänsten är inte beroende av att sådana brott har polisanmälts [37]. Med ”närstående” menas personer – män eller kvinnor – till vilka den våldsutsatta har en nära och förtroendefull relation, t.ex. partner eller f.d. partner, liksom förövare av så kallat hedersrelaterat våld [38].

Statistik – ett viktigt utvecklingsområde

I den nationella socialtjänststatistiken ingår inte insatser som motiverats av utsatthet för våld. Länsstyrelsernas nationella tillsyn av socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld 2008–2009 visar att nästan ingen granskad kommun har individ- eller verksamhetsstatistik inom området. Få kommuner har kartlagt i vilken omfattning kvinnor är våldsutsatta och barn bevittnar våld [39].

Uppgifter för att beskriva omfattningen av våldsutsatthet är hämtade från kriminalstatistik och riksrepresentativa undersökningar. År 2008 gjordes 2 733 polisanmälningar om grov kvinnofridskränkning och 28 315 anmälningar om misshandel mot kvinnor. Offret var bekant med gärningsmannen i 73 procent av fallen 2007. [40] Brottsförebyggande rådet (Brå) skattar att 27 procent av all misshandel anmäldes 2007 och att rapporteringen är ännu lägre för kvinnor, då fler våldsbrott mot dem begås just i nära relation [41]. Uppskattningsvis tio procent av alla barn har upplevt våld i hemmet; fem procent gör det ofta. 30 till 60 procent av dem utsätts själva för våld. [42]

Risken för våld med skador som kräver slutenvård är drygt tio gånger högre för kvinnor som vid något tillfälle under ett år fått ekonomiskt bistånd än för kvinnor som inte har det.¹² Risken att dödas i en nära relation är drygt fem gånger högre i den förra gruppen. För kvinnor som fått bistånd under tre års tid är de relativa riskerna för slutenvårdskrävande våld och att dödas 18,5 respektive 6,6 gånger högre. [43]

Riktad verksamhet kan minska mörkertalet

Stöd till våldsutsatta kvinnor förknippas i många kommuner i första hand med ideella jourer. Lokala inventeringar med aktiv identifiering inom IFO av våldsutsatthet tyder dock på att långt fler våldsutsatta kvinnor kan vara i

¹² Uppgifterna i undersökningen gäller för åren 1990–2002.

kontakt med socialtjänsten än med en ideell jour [44,45].¹³ Flera kommuner vittnar om att socialtjänsten genom att inrätta riktad verksamhet fått kontakt med betydligt fler våldsutsatta kvinnor än den tidigare känt till [46].¹⁴

Kvinnor med utländsk bakgrund är överrepresenterade

Medan 10–20 procent av kommunernas invånare är utrikes födda har cirka hälften av de våldsutsatta kvinnor som IFO kommer i kontakt med utländsk bakgrund. Kvinnor med utländsk bakgrund är en heterogen grupp som i varierande grad utmärks av högre risk för att utsättas för våld. Ändå har endast 14 av de totalt 309 projekt som beviljats utvecklingsmedel 2007–2008 särskilt fokus på våldsutsatta kvinnor med utländsk bakgrund [47].

Kvinnor med utländsk bakgrund är överrepresenterade i jourboenden. I större kommuner kan de utgöra mer än 70 procent av de boende [38]. I SCB:s s.k. ULF-undersökning 2007 uppgav en större andel kvinnor med utländsk bakgrund (inklusive inrikes födda kvinnor med en utlandsfödd förälder) utsatthet för våld i allmänhet än inrikes födda kvinnor med inrikes födda föräldrar [48]. Språkfärdighet, familjeförhållanden, medborgarskap (där uppehållstillstånd kan vara knutet till en partner), migrationserfarenhet, utbildning, sysselsättning, sociala nätverk, förtrogenhet med det svenska samhället samt omvärldens kunskap, attityder och bemötande påverkar dessa kvinnors möjlighet till offentligt stöd av god kvalitet.

Landets enda kvinnojour för romska och resande kvinnor understryker vikten av att IFO behöver kunskap om romska kvinnors situation [49]. Även FHI pekar på kompetensutvecklingsbehov kring våldsutsatta kvinnor i nationella minoriteter [50].

Mer och mindre aktiva kommuner

Riktad verksamhet till målgruppen från socialtjänsten, t.ex. råd och stöd och tillfälligt boende, har ökat under senare år. Fortfarande gör dock ideella föreningar – främst jourer anslutna till Riksorganisationen för Kvinnojourer och Tjejjourer i Sverige (ROKS), Sveriges Kvinnojourers Riksförbund (SKR) och Brottofferjourernas riksförbund (BOJ) – ett omfattande arbete för både kvinnor och barn [51,52,53]. I många kommuner är dessa föreningar snarare ensamma aktörer än komplement till socialtjänsten, då kommunen i egen regi inte kan erbjuda likvärdigt stöd och boende. I SKL:s kartläggning från 2009 uppgår 181 av 228 kommuner (80 procent) att de erbjuder s.k. skyddat boende som drivs av en ideell förening. Endast 96 av 257 kommuner (37 procent) svarade att de erbjuder flera slags insatser för våldsutsatta kvinnor och deras barn [54].

¹³ Inventering bl.a. i Jönköping 2004 och Västerås 2005. I Västerås var 177 av totalt 220 kvinnor med våldserfarenhet de senaste sex månaderna aktuella hos IFO, medan 36 kvinnor var kända hos den ideella juren.

¹⁴ Enligt uppgifter från Malmö stad identifierades 100 våldsutsatta kvinnor 1998 två år före inrättandet av ett kommunalt kriscentrum för kvinnor och barn. 2008 sökte 4–5 gånger fler kvinnor stöd för våld hos kommunen.

Kunskapsbrist är det problem som oftast anges bland de 260 kommuner som fått del av utvecklingsmedel åren 2007–2008 och den vanligaste aktiviteten är kortare utbildningsinsatser [47]. De begrepp socialtjänsten använder för att beskriva problemområden och verksamheter skiftar mellan olika kommuner.¹⁵ Enligt länsstyrelserna finns kompetens om våld i nära relationer inom IFO i varierande grad, medan kompetens saknas helt eller är bristfällig inom omsorgen om äldre och funktionsnedsatta personer. Tillsynen visar brister i samtliga kommuner inom ett eller flera områden. Länsstyrelserna riktar kritik mot flera kommuner för att de inte uppmärksammat barn som bevittnat våld. Merparten av kommunerna har insatser för barnen, men det är ovanligt att de är särskilt anpassade till barnets behov utifrån våldet.

Länsstyrelserna varnar för att hjälpsökande våldsutsatta kvinnor ”informerar bort”, t.ex. till en ideell förening, utan att få sin ansökan utredd och beslutad. Socialnämndens ansvar för kontroll och uppföljning av god kvalitet även i de insatser som genomförs av någon annan än kommunen förtydligas i Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld (SOSFS 2009:22). Länsstyrelserna ser ett mönster av att olika kommuner stadigvarande är mer respektive mindre aktiva på området. De kommuner som får färre anmärkningar har överlag prioriterat arbetet mot våld i nära relationer på flera nivåer under ett antal år [38]. Den ambitionshöjning som regeringen menar krävs för att förbättra och kvalitetsutveckla socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld har således ännu inte fått fullt genomslag [38].

Socialstyrelsens arbete 2010–2011

Socialstyrelsen fick under åren 2007 och 2008 fjorton regeringsuppdrag om våld i nära relationer, vilka till övervägande del syftar till att ge socialtjänsten bättre kunskaper och metoder på området.

Myndigheten ger vägledning till kommunerna genom ovannämnda allmänna råd (SOSFS 2009:22) och en handbok som kommer att publiceras under 2010. Handboken kompletteras med en särskild webblösning för socialtjänstpersonal på Socialstyrelsens hemsida. Under 2010 redovisas även fyra större utvärderingar. De handlar om verksamheter för våldsutövande män, socialtjänstanknutna verksamheter för våldsutsatta kvinnor respektive barn som bevittnat våld samt ideella kvinnojourers verksamhet för våldsutsatta kvinnor. Socialstyrelsen kommer också att kunna erbjuda vägledning och kunskap kring kvalitetssäkrade bedömningsinstrument som grund för insatser till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld.

¹⁵ Mäns våld mot kvinnor, våld mot kvinnor, relationsvåld, familjevåld och våld i nära relationer är vanliga exempel på beteckningar.

Kulturell mångfald inom IFO

Temat för årets Lägesrapport är mångfaldsperspektivet i socialtjänstens arbete. Fyra fokusgrupper har genomförts på temat ”det mångkulturella samhällets utmaningar för IFO:s arbete”, med medverkan från ett tjugotal kommuner. Arbetet med barn och unga, ekonomiskt bistånd, vuxna med missbruk och beroende samt våld mot kvinnor diskuterades i ett mångkulturellt perspektiv. På familjerättens område har erfarenheter hämtats in genom en förfrågan till ett tiotal familjerättssekreterare i olika kommuner. Fokusgruppdeltagarna konstaterade allmänt att mångfaldsfrågorna sällan uppmärksammas i det vardagliga arbetet och att det finns ett stort behov av ökad medvetenhet och erfarenhetsutbyte för att utveckla arbetet.

Mångfald i praktiskt socialt arbete

Utmaningarnas karaktär avgörs delvis av arbetsområdet. När frågan gäller försörjning såg deltagarna i fokusgruppen bl.a. som en viktig uppgift att hjälpa utrikes födda kvinnor till egen försörjning – utifrån ett synsätt som ofta ses som självklart i Sverige. Detta stämmer emellertid inte överens med en del andra kulturella föreställningar om ålder och livsuppgift. I många kulturer anses en kvinnas huvuduppgift vara att sköta hem och barn och hon ses ofta som gammal redan vid 40–50 års ålder. Deltagare i fokusgruppen menade också att det finns en risk att handläggningen påverkas av det ”rollspel” som uppstår vid prövning av rätt till ekonomiskt bistånd. Den biståndssökande säger det som socialtjänsten vill höra, medan socialsekreteraren efterfrågar vissa svar för att kunna bevilja ekonomiskt bistånd.

I arbetet med barn och unga framfördes att vissa familjer med utländsk bakgrund har svårt att förstå regelverket i Sverige och socialtjänstens roll, exempelvis när det gäller anmälan om oro för barn och syftet med en utredning. De är en utmaning att bedöma i vilken grad och hur den kulturella bakgrunden behöver vägas in i bedömningar av familjers situation och vilka insatser som kan vara till hjälp. Familjer med annan kulturell bakgrund än svensk anses också överlag vara svårare att nå med generella erbjudanden om föräldrastöd. Det fördes en diskussion om det lämpliga och acceptabla i att särskilja, dvs. bilda grupper med personer med samma bakgrund, som ett steg på vägen mot integration. För ensamkommande barn kan släktingplacering, val av god man och särskilt förordnad vårdnadshavare innebära svåra avvägningar.

Inom familjerätten kan det vara en komplicerad handläggning att fastställa faderskap då ett barn anländer till Sverige. Det förekommer, enligt kommunföreträdarna, i vissa fall oklarheter kring hemvistbegreppet, felaktiga registreringar hos Skatteverket, svårigheter att hitta tolkar från vissa länder, få handlingar översatta etc. Andra situationer kan vara när en familj anländer tillsammans med en släktings eller bekants barn. Barnens biologiska föräldrar uppges vara döda, men finns inte i register och dokument saknas.

Det finns ofta förutfattade meningar om förekomsten av missbruk i etniska grupper. Sannolikt finns ett betydande mörkertal. Socialtjänsten har liten kännedom om missbruks- och beroendeproblem i vissa grupper med utländsk bakgrund, vilket bl.a. kan bero på lågt förtroende för myndigheter i vissa etniska grupper.

De nationella minoriteternas särskilda behov

De svenska nationella minoriteterna är romer, judar, sverigefinnar, torne-dalingar och samer. Med undantag för romska gruppen är socialtjänsten sällan medveten om eventuell minoritetsstatus hos klienterna. I fokusgrupperna framhölls att romerna inte alltid erbjuds likvärdiga insatser. Skolan dröjer ofta längre med att anmäla missförhållanden till socialtjänsten om det rör sig om ett romskt barn. Även IFO tenderar att ha en särskild måttstock för missförhållanden som rör romska barn och unga jämfört med andra barn och unga. Våldsutsatta kvinnor med ”etniskt svensk” respektive annan bakgrund erbjuds inte heller likvärdiga insatser. Särskilt ansågs det vara svårare för romska kvinnor att få stöd och skydd, bl.a. för att ideella kvinnojourer, hotell och bostadsbolag kan neka romer tillträde till olika boenden.

Över- och underbetoning av kulturell bakgrund

Fokusgrupperna såg en fara i att överbetona familjernas kulturella bakgrund istället för att se socioekonomiska orsaker till familjens situation. Frågor som etnicitet och nationella minoriteter har en socialpolitisk dimension, i likhet med t.ex. klass, kön och sexualitet, som ofta förbises.

Ett exempel på behovet av att uppmärksamma kön är den ”machokultur” som ofta finns bland invandrapojkar, med en överrepresentation av kriminalitet. En konsekvens av att tonårsflickorna generellt sett är mer kontrollerade av föräldrarna är att de tenderar att lyckas bättre i skolan.

Ett likartat förhållningssätt måste tillämpas i socialtjänstens arbete med alla familjer, oavsett bakgrund, nämligen strävan att ”bygga en relation till familjen, inge hopp om förändring och fokus på situationen här och nu och framåt”. Det ansågs vara lika illa att överbetona kulturell bakgrund som att tona ner eller negligera problem, med hänvisning till den kulturella bakgrunden. I arbetet med barn och unga nämndes synen på vilken tillsyn barn behöver, toleransen för kroppslig bestraffning och annat våld i familjen, hur kraftfullt socialtjänsten bör agera vid normbrytande beteende och vilka ansträngningar som görs för att komma till tals med tonåringars föräldrar.

Deltagarna i fokusgrupperna ansåg att kulturella hinder också finns hos dem själva, i vanemässigt tänkande, brist på individualisering och lyhördhet, med risk för onödiga ”inlåsningar” och misslyckanden.

Olika förutsättningar i kommunerna

I samtliga fokusgrupper framfördes att kunskapen och medvetenheten om mångfaldsfrågor ofta är otillräcklig. Kulturkompetens och språkkunskaper hos handläggarna anses vara en tillgång i arbetet. Kompetensen, kunskaperna och rutinen finns hos kommuner och stadsdelar där andelen och genomströmning-

en av utrikes födda är stor. Här finns också fler aktörer, t.ex. föreningar och resurspersoner med invandrarbakgrund. I kommuner där andelen familjer med annan etnisk bakgrund är liten, saknas ofta kulturkompetens, vana att arbeta med tolk etc. och här är också beredskapen hos olika samhällsorgan sämre för att möta olika individuella behov.

Framgångsfaktorer

Socialtjänsten ansågs ha en viktig roll i att nyansera bilden och lyfta fram positiva utvecklingstendenser, t.ex. vara talesmän för områden med hög andel boende med utländsk härkomst. På individnivå handlar det om att lyfta fram berörda familjers styrkor, inte bara problematisera.

Enligt deltagarna i fokusgrupperna är god samverkan en framgångsfaktor. Viktiga samarbetspartners är t.ex. arbetsförmedling, vuxenutbildning, Migrationsverket, skolan m.fl.

Ett bra flyktingmottagande bäddar för senare framgång. Att deltagare i introduktionsprogram t.ex. läser svenska för invandrare (sfi) på halvtid och har instegsjobb på halvtid är vanligt. En av kommunerna anställer personer som själva nyss har klarat sfi:n som resurspersoner för analfabeter. Detta sätt att ta till vara kompetens bland övriga nyanlända utrikes födda i kommunen har varit lyckat.

Behov av metodutveckling

Sammantaget efterlyste fokusgrupperna utvärderade metoder och erfarenhetsutbyte. Metoder bör utvecklas i dialog med grupper som har utländsk bakgrund; det finns bl.a. goda erfarenheter inom frivilligsektorn. En lokal rådgivningsfunktion, dvs. verksamhet med ”öppet intag” och god mångkulturell kompetens, efterfrågades inom flera områden. Kunskapen om nationella minoriteternas särskilda status behöver förbättras.

Metodutveckling i arbetet med barn, unga och familjer behövs för att insatser ska kunna individualiseras och omfatta synen på uppfostran, identitet m.m. Arbetet kring hedersrelaterat hot eller våld har utvecklats, mycket tack vare statliga utvecklingsmedel. Samtidigt framfördes att den ökade medvetenheten om problematiken också innebär en risk för att människor misstänkliggörs enbart utifrån härkomst. De omfattande manualer med frågor som tagits fram för att identifiera hedersrelaterad problematik kan vid en oreflekterad användning upplevas kränkande av berörda familjer.

Beroendemottagningar m.fl. ansågs behöva anpassa sitt arbetssätt för att bli attraktiva för grupper med olika etnisk bakgrund. Brukarråd blir allt vanligare och kan vara en väg att komma till tals med dessa grupper.

Fokusgruppen kring våld mot kvinnor ansåg att IFO saknar en sammanhållen problemanalys av kulturell mångfald rörande våld i nära relationer.

Referenser

1. Socialtjänsten och barnen. Länsstyrelsernas granskning av den sociala barn- och ungdomsvården 2006 – 2007. Länsstyrelserna; 2008.
2. Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga. En nationell inventering av metoder. Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP), Socialstyrelsen; 2009.
3. Barn och unga – insatser år 2008. Sveriges officiella statistik, Socialtjänst. Socialstyrelsen; 2009.
4. Ny bestämmelse om stöd och hjälp till barn och unga som varit placerade. Meddelande blad. Socialstyrelsen; 2009.
5. Ensamkommande barn och ungdomar – ett gemensamt ansvar. Migrationsverket och Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
6. Strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen; 2007.
7. Redovisning av uppdrag givet till Myndigheten för skolutveckling om att fördela medel till samverkansprojekt inom grund- och gymnasieskolan. Skolverket; 2010.
8. Delredovisning av regeringsuppdrag avseende gemensamma nationella riktlinjer kring barn som misstänks vara utsatta för brott och kriterier för landets barnahus. Rikspolisstyrelsen; 2009.
9. När det som inte får hända inträffar: Den första rapporten om utredningar avseende barn som har avlidit i anledning av brott. Socialstyrelsen; 2010.
10. Familjerätt år 2008. Sveriges officiella statistik, Socialtjänst. Socialstyrelsen; 2009.
11. Assisterad befruktning och föräldraskap. Proposition 2004/05:137.
12. Socialnämndens utredning och fastställande av föräldraskap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:4(S)). Socialstyrelsen; 2007.
13. Assisterade befruktning och fastställande av föräldraskap när båda föräldrarna är kvinnor. Meddelandeblad. Socialstyrelsen ; 2005.
14. Kommunal familjerådgivning år 2008. Sveriges officiella statistik, Socialtjänst. Socialstyrelsen; 2009.
15. Ekonomiskt bistånd kvartal 1-3, år 2009. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen; 2009.
16. Arbetsmarknadsutsikterna för 2009 och 2010. Ura 2009:1. Arbetsförmedlingen; 2009.
17. Statistik från Migrationsverket. www.migrationsverket.se, nedladdat 2009-09-23.

18. Se t.ex. Franzén E. I välfärdsstatens väntrum – studier av invandrades socialbidragsmottagande. Göteborg: Institutionen för socialt arbete; 2003.
19. Arbetsförmedlingens månadsstatistik. www.arbetsformedlingen.se, nedladdat 2009-12-14..
20. Översyn av missbruks- och beroendevården. Direktiv S2008:48.
21. Det drogförebyggande arbetet i Sverige 2008. Statens folkhälsoinstitut; 2009.
22. Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling. SOU 2005:82.
23. Missbruks- och beroendevårdens öppenvård – en nationell kartläggning. Socialstyrelsen; 2008.
24. Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003. Socialstyrelsen; 2004.
25. Armelius, B-Å, Armelius, K. En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserat på Addiction Severity Index, ASI. Preliminär rapport inom ramen för Missbruksutredningen (dir. S2008:48); 2009.
26. Bostadsmarknaden 2009-2010. Med slutsatser från bostadsmarknadsenkäten 2009. Boverket; 2009.
27. Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt. En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar. Socialstyrelsen, 2009.
28. Vräkningsförebyggande arbete – stöd till socialtjänsten och andra aktörer. Socialstyrelsen; 2008.
29. Tillfälliga lösningar för permanenta behov. Uppföljning av den sekundära bostadsmarknaden – kommunernas boendelösningar för hemlösa personer. Socialstyrelsen; 2009.
30. Plan för fortlöpande uppföljning av hemlöshetens omfattning och karaktär. En kunskaps- och informationsstrategi. Socialstyrelsen; 2008.
31. Lokala hemlöshetsprojekt 2002-2005. Resultat, slutsatser och bedömningar. Socialstyrelsen; 2006.
32. En fast punkt – Vägledning om boendelösningar för hemlösa personer. Socialstyrelsen; 2010.
33. Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar. En strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Socialdepartementet; 2007.
34. Vuxna personer med missbruk och övriga vuxna – insatser 2008. Sveriges officiella statistik, socialtjänst. Socialstyrelsen; 2009.
35. Information på basis av bostadsmarknadsenkäten 2008. Konferensinformation den 26 november 2009, Malmö. Boverket; 2009.
36. Statistik från Kronofogdemyndigheten 2009. www.kronofogden.se, nedladdat 2010-01-14.
37. Kvinnofrid. Proposition 1997/98:55.
38. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Proposition 2006/07:38.

39. Kommunernas arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, Slutrapport från en nationell tillsyn 2008-2009, Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Stockholm; 2009.
40. Kriminalstatistik 2007. Rapport 2008:17. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2008.
41. Nationella Trygghetsundersökningen 2008, Om utsatthet, trygghet och förtroende. Rapport 2009:2. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet; 2009.
42. Folkhälsorapport 2009, Kapitel 12 Våld. Socialstyrelsen; 2009.
43. Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys. Socialstyrelsen; 2006.
44. Verksamhetsbeskrivning, Jönköpings kommun, Socialtjänsten. Bilaga till ansökan om utvecklingsmedel hos Länsstyrelsen för att starta en kvinnofridsrådgivning. Länsstyrelsen i Jönköpings län; 2004.
45. Mäns våld mot kvinnor, PM 2005:1 Författare Per Sandén. FoU Västmanland; Västerås; 2005.
46. Presentation av Margot Olsson om Malmös kvinnofridsprogram vid Nationell konferens, på temat *Kvinnofrid – erfarenheter och visioner*. Nationell myndighetssamverkan för Kvinnofrid, Sollentuna, 18-19 september 2008.
47. Fördelade utvecklingsmedel till stöd för våldsutsatta kvinnor 2007-2008. Delrapport 2, Socialstyrelsen och Länsstyrelserna; 2009.
48. Undersökningar av levnadsförhållanden. Trygghet och säkerhet, Utsatt för något våld eller hot om våld. Statistiska Centralbyrån; 2009.
49. Intervju med Rosita Grönfors, ordförande i rom- och resande kvinnors jour DATUM.
50. Intervju 2009-11-25 med Rose-Mari Hoffer, Statens Folkhälsoinstitut.
51. www.roks.se, nedladdat 2009-10-22.
52. www.kvinnojour.com, nedladdat 2009-10-22.
53. Ansökan om statsbidrag. Basuppgifter 2010. Socialstyrelsen; 2009.
54. Utveckling pågår. En kartläggning av kvinnofridsarbetet i kommuner, landsting och regioner. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.

Stöd och service till personer med funktionsnedsättning

Fördjupning 2010

Karin Flyckt

Innehåll

<i>Insatser till personer med funktionsnedsättning</i>	<i>3</i>
Insatser enligt LSS	3
Personligt ombud	6
Insatser enligt SoL.....	7
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning.....	8
Insatser enligt LSS och LASS	10
Insatser enligt SoL/HSL	10
Köp av verksamhet	11
Kostnader per person	12
<i>Referenser.....</i>	<i>13</i>

Insatser till personer med funktionsnedsättning

Socialstyrelsen kommer under sommaren 2010 att publicera en tematisk rapport om levnadsförhållanden för personer som mottar insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och/eller socialtjänstlagen (2001:453), SoL, avseende personer under 65 år. Med anledning av detta lämnas i år en mer begränsad lägesrapport som översiktligt beskriver utvecklingen på området insatser till personer med funktionsnedsättning. Rapporten består av två huvudavsnitt. I det första avsnittet presenteras antal och utveckling av insatser till personer med funktionsnedsättning enligt LSS, SoL samt verksamheten personligt ombud. I det andra avsnittet redogörs för kostnadsutvecklingen för kommunernas verksamheter inom det aktuella området. Inklusiva vissa insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL).

De viktigaste iakttagelserna är:

- Insatserna enligt LSS och enligt SoL fortsätter att öka i antal. Inom LSS är ökningen tydligast i åldersgrupperna 15-19 och 20-24 år.
- År 2008 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 42 075 miljoner kronor, en ökning med 13 procent (i fasta priser) sedan 2004. Detta innebär att kommunernas kostnader för denna målgrupp utgör en allt större andel av de totala kostnaderna för socialtjänsten.
- Kostnader per person i särskilt boende enligt SoL ökar, samtidigt som kostnaden per person i boende och i daglig verksamhet enligt LSS minskar något. En möjlig orsak till minskningen är sammanslagning av enheter.

Insatser enligt LSS

Under 2008 mottog drygt 58 700 personer någon form av insats enligt LSS (1). Det är en ökning med knappt 1 900 personer jämfört med år 2007. I förhållande till befolkningen hade 6,2 per 1 000 personer LSS-insatser år 2007¹. Motsvarande siffra för år 2008 är 6,3.

Rätt till stöd och service enligt LSS har den som tillhör någon av lagstiftningens tre personkretsar och som behöver sådant stöd. De tre personkretsarna är:

- Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (personkrets 1),
- personer med betydande och bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom (personkrets 2), samt

¹ Avser personer <65 år.

- personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed har ett omfattande behov av stöd eller service (personkrets 3).

Antalet mottagare av LSS-insatser fördelat på personkrets redovisas i följande tabell (tabell 1).

Tabell 1. Personer med LSS-insatser år 2008 fördelade på personkrets. Exklusive insatsen råd och stöd. Uppgifterna anges i avrundade tal.

Personkrets	Antal personer	Procent
Personkrets 1	48 500	83
Personkrets 2	1 800	3
Personkrets 3	8 400	14
Totalt	58 700	100

Källa: Personer med funktionshinder/funktionsnedsättning – insatser och stöd enligt LSS år 2008, Socialstyrelsen.

Som tabellen visar dominerar personkrets 1 medan personkrets 2 utgör den minsta kategorin mottagare.

Studerar antalet mottagare per insats framkommer att det finns betydande skillnader. Tabell 2 illustrerar detta.

Tabell 2. Antal personer år 2008 med insats enligt LSS (exklusive råd och stöd), fördelade efter kön. Uppgifterna anges i avrundade tal.

Insats ^{1,2}	Kvinnor	Män	Flickor	Pojkar	Totalt
Personlig assistans	1 300	1 300	400	500	3 500
Ledsagarservice	2 900	2 900	1 500	2 400	9 700
Kontaktperson	7 200	7 900	1 500	1 900	18 400
Avlösarservice	100	100	1 100	2 000	3 300
Korttidsvistelse	500	800	3 400	5 500	10 200
Korttidstillsyn	x	x	2 000	3 200	5 200
Boende, barn	10	20	500	900	1 400
Boende, vuxna	9 300	12 000	400	600	22 300
Daglig verksamhet	11 300	14 400	1 000	1 400	28 100

¹ Pojkar/flickor motsvarar mottagare i åldrarna 0-22 år. Kvinnor/män avser mottagare i åldern 23 år och äldre.

² x innebär att antalet observationer är tre eller färre och redovisas därmed inte.

Källa: Personer med funktionshinder/funktionsnedsättning – insatser och stöd enligt LSS år 2008, Socialstyrelsen.

Den vanligaste insatsen är daglig verksamhet följt av bostad med särskild service/särskilt anpassad bostad för vuxna. Könsfördelningen är något ojämn. Fler pojkar/män än flickor/kvinnor mottar insatser.

Antalet personer som mottar insatser enligt LSS har stadigt ökat (1-3).

Tabell 3. Antal personer med insats från kommunerna år 2004-2008, samt procentuell förändring. Uppgifterna anges i avrundade tal.

Insats/antal Mottagare	2004	2006	2008	Förändring 2004-2008
Personlig assistans	3 900	3 700	3 500	-10 %
Ledsagarservice	9 400	9 700	9 700	3 %
Kontaktperson	16 100	17 400	18 400	14 %
Avlösarservice	3 700	3 500	3 300	-8 %
Korttidsvistelse	10 500	10 500	10 200	-2 %
Korttidstillsyn	4 600 ¹	4 900	5 200	13 %
Boende, barn	1 300	1 200	1 400	13 %
Boende, vuxna	19 800	20 900	22 300	12 %
Daglig verksamhet	24 100	25 800	28 100	17 %

¹ Siffran avviker från vad som tidigare har redovisats i officiell statistik. Den siffra som redovisas i ovanstående tabell är korrigerad för felregistreringar.

Källa: Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS 2004, Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS 2006, Socialstyrelsen; Socialstyrelsen; Personer med funktionshinder/funktionsnedsättning – insatser och stöd enligt LSS år 2008, Socialstyrelsen.

Som tabell 3 visar har antalet mottagare ökat för de flesta insatserna. Merparten har ökat med mellan tolv och sjutton procent. Endast två insatser uppvisar nämnvärda minskningar. Det gäller personlig assistans och avlösarservice.

Om antalet mottagare relateras till befolkningsstorlek framkommer att för vissa åldersgrupper har antalet mottagare ökat även i förhållande till åldersgruppens storlek i befolkningen (1, 4). Följande tabell illustrerar detta (tabell 4).

Tabell 4. Antal personer med LSS-insatser per 1 000 i befolkningen.

Åldersgrupp	Kvinnor		Män	
	2001	2008	2001	2008
0-4 år	0,9	0,7	1,4	0,8
5-9 år	3,6	3,1	6,0	5,6
10-14 år	6,0	6,8	10,0	12,5
15-19 år	7,1	9,7	9,8	14,0
20-24 år	6,4	9,5	7,8	12,5
25-34 år	5,8	7,2	6,6	8,9
35-44 år	5,4	5,9	6,3	7,0
45-54 år	5,4	5,8	6,3	7,2
55-64 år	5,1	5,7	5,7	6,5

Källa: Funktionshindrade personer – insatser 2001, Socialstyrelsen; Personer med funktionshinder/funktionsnedsättning – insatser 2008, Socialstyrelsen.

Som tabellen ovan visar är det framförallt två åldersgrupper som har en förhållandevis kraftig ökning. Det är åldersgrupperna 15-19 år och 20-24 år. Ökningen är något större för åldersgruppen 20-24 år samt för män. Socialstyrelsen har i en tidigare lägesrapport uppmärksammat ökningen bland unga personer som beviljas daglig verksamhet (5).

Förändringarna sammanfaller med ökningstendenser i andra välfärdssystem som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Här kan särskilt utvecklingen inom aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) nämnas. Under år 2002 hade drygt 6 900 ungdomar i åldrarna 20-24 år aktivitetsersättning (förtidspension/sjukbidrag). Motsvarande siffra år 2007 var 12 100. Studeras beviljandegraden kan det konstateras att år 1995 beviljades 1 900 ungdomar i åldrarna 16-29 år förtidspension/sjukbidrag. Under 2007 beviljades aktivitetsersättning för 6 700 ungdomar i åldrarna 19-29 år (6).

Personligt ombud

Sedan år 2000 har Socialstyrelsen haft regeringens uppdrag att fördela statsbidrag för verksamhet med personligt ombud (PO) för vissa personer med psykisk funktionsnedsättning.

Under 2008 fanns PO-verksamheter i totalt 250 av landets 290 kommuner (86 %) och sammanlagt fanns drygt 320 tjänster. Den 31 december 2007 hade 3 400 personer personligt ombud (56 % kvinnor, 44 % män) och uppskattningar pekar på att under ett år har cirka 6 000 personer haft personligt ombud, under längre eller kortare perioder (7). Antalet personer som har personligt ombud har nästan tredubblats sedan år 2002 (5).

Insatser enligt SoL

Den officiella statistiken som rör vissa insatser enligt SoL redovisas numera på individnivå. Det innebär att kommunerna fortlöpande registrerar och halvårsvis inrapporterar uppgifter till Socialstyrelsen. Tidigare redovisades uppgifterna på mängdnivå utifrån en viss mättag. Nuvarande uppgifter baseras istället på uppgifter för hela året². Den ändrade insamlingsmetoden försvårar jämförelser över tid och i detta avsnitt redovisas därför endast uppgifter för år 2008. Statistiken omfattar personer i åldern 0–64 år som år 2008 hade en beslutad och pågående insats enligt SoL. Den 31 december hade närmare 46 000 personer en pågående insats enligt SoL (8). Detta motsvarar ungefär 5 personer per 1000 i befolkningen, vilket är en något lägre andel än för personer som har insatser enligt LSS.

Ungefär 51 procent av de som beviljats insatser enligt SoL var kvinnor och 49 procent var män (8). Könsfördelningen inom SoL och LSS skiljer sig således åt. Könsfördelningen av insatser enligt SoL stämmer emellertid väl överens med fördelningen av män och kvinnor i befolkningen³.

Nedanstående tabell visar antalet insatser enligt SoL fördelat på kön och ålder (tabell 4).

Tabell 4. Antal personer med pågående insats enligt SoL, fördelade efter kön, den 31 december år 2008. Uppgifterna anges i avrundade tal.

Insatser enligt SoL/HSL	Kvinnor ¹	Män ¹	Flickor ¹	Pojkar ¹	Totalt
Särskilt boende	1 800	2 600	10	10	4 420
Hemtjänst oavsett boendeform	10 300	9 800	150	180	20 430
Trygghetslarm i ordinärt boende	5 800	4 300	20	20	10 140
Boendestöd	6 600	6 600	70	70	13 340
Dagverksamhet	2 500	2 600	10	10	5 120
Ledsagning	1 900	1 500	60	90	3 550
Matdistribution	1 800	2 600	x ²	x ²	4 400
Avlösning av anhörig i hemmet	190	190	70	100	550
Korttidsvård/korttidsboende	630	870	70	110	1 680
Kontaktperson/kontaktfamilj	1 900	1 500	140	180	3 720
Annat bistånd	1 700	1 900	120	200	3 920

¹ Pojkar/flickor motsvarar mottagare i åldrarna 0-18 år. Kvinnor/män avser mottagare i åldern 19 – 64 år.

² x innebär att antalet observationer är tre eller färre och redovisas därmed inte.

En person kan ha flera insatser, varför en summering av uppgifterna i tabellen inte är samma sak som antalet personer som har insatser.

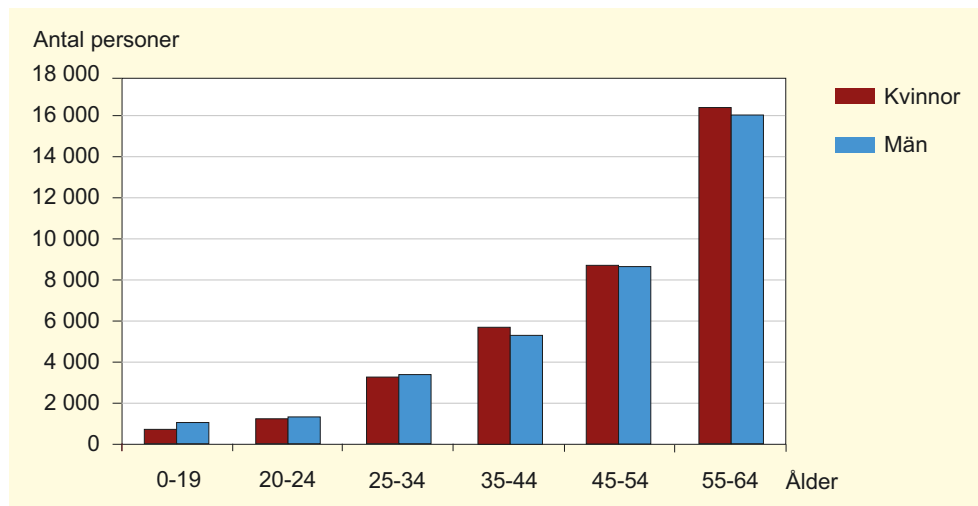
Källa: Socialstyrelsen. Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg andra halvåret 2008.

² För ytterligare information om förändrad insamlingsmetod, se *Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg andra halvåret 2008. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*, Socialstyrelsen 2008.

³ Den 31 december år 2008 bestod Sveriges befolkning av 50,3 procent kvinnor och 49,7 procent män (källa: www.scb.se).

De vanligaste insatserna utgörs av stöd i det ordinarie boendet: hemtjänst, boendestöd och trygghetslarm i hemmet. Insatser enligt SoL är starkt åldersrelaterade, även när det gäller personer under 65 år.

Figur 3 Antalet personer med insatser enligt SoL, under andra halvan av 2008. Uppdelat på ålder och kön.



Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg andra halvåret 2008, Socialstyrelsen.

Ovanstående figur visar att dessa insatser är vanligare i de äldre åldersgrupperna än i de yngre (figur 3). Personer med insatser enligt SoL förvärvar oftare sina funktionsnedsättningar senare i livet (efter 16 år), till skillnad från personer som har insatser enligt LSS⁴, vilket följaktligen medför att antalet insatser ökar i takt med ökad ålder. Inom åldersgruppen 55 – 64 år återfinns många gånger personer som har fått stroke eller olika demenssjukdomar.

Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnaden för insatser till personer med funktionsnedsättning har sedan 2004 ökat från 24 procent till 26 procent av socialtjänstens totala kostnader år 2008. Under 2008 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 42 075 miljoner kronor, en ökning i fasta priser med 13 procent sedan 2004 (tabell 5). En mindre del av denna ökning beror även detta år på en definitionsändring i statistiken som innebär att kostnader för personer med psykisk funktionsnedsättning har tillkommit i uppgifterna om insatser enligt SoL/HSL⁵. Kostnadsutvecklingen bör därför tolkas med försiktighet.

⁴ Uppgiften redovisas i den kommande tematiska rapporten om levnadsförhållanden för personer med insatser enligt LSS och SoL.

⁵ Insatser enligt HSL är i denna rapport den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för eller utför på delegation till personer under 65 år. Hälso- och sjukvård utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter, samt av personal utan hälso- och sjukvårdslegitimation som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation.

Tabell 5. Kostnadsutveckling för insatser till personer med funktionsnedsättning 2004–2008. 2008 års priser. Miljoner kronor samt procent.

	2004	2005	2006	2007	2008	Förändring 2004-2008, mnkr	Förändring 2004-2008, %
Insatser till personer med funktionsnedsättning	37232	37676	39092	40911	42075	4844	13
Insatser enligt SoL/ HSL	7454	7617	7717	8403	8416	962	13
Särskilt boende	3069	2905	2939	3183	3241	173	6
Ordinärt boende	3635	3994	4185	4565	4486	851	23
Hemtjänst/boendestöd	2384	2726	2777	3121	2847	463	19
Korttidsvård	356	389	431	433	405	49	14
Öppen verksamhet	750	718	593	655	689	-61	-8
Insatser enligt LSS/ LASS	29777	30059	31375	32507	33659	3882	13
Boende	15321	15255	16350	17105	17189	1868	12
Vuxna	..	14050	15029	15692	15756	1706	12
Barn/unga i bostad med särskild service	..	1140	1250	1350	1378	238	21
Barn/unga i familjehem	..	64	70	63	55	-9	-15
Personlig assistans	5855	5810	6052	6182	6961	1106	19
Daglig verksamhet	4840	4892	4985	5214	5368	528	11
Övriga insatser	3761	4103	3988	4006	4141	380	10

.. Uppgift ej tillgänglig

^a Ny definition. From 2007 ingår även insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.

^b Förändringen avser 2005–2008

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2004–2008, SCB.

Av de totala kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning avser knappt 80 procent insatser enligt LSS och LASS (exklusive ersättning från Försäkringskassan för LASS). Andelen har varit relativt konstant under perioden 2004–2008. Kostnaderna för boende enligt LSS uppgick till 41 procent av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning och den övervägande delen avser boende till vuxna (9).

Kommunernas kostnader för färdtjänst och riksfärdtjänst har totalt sett varit relativt konstanta under perioden 2004–2008. Kostnaden för färdtjänst och riksfärdtjänst till personer med funktionsnedsättning under 65 år har uppskattats till cirka 600 miljoner kronor under 2008 (9).

Insatser enligt LSS och LASS

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS och LASS uppgick 2008 till 33,7 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan för LASS) (10). Kostnaderna fortsätter att öka och ökade med 13 procent i fasta priser mellan 2004–2008.

Drygt hälften av kostnaderna för insatser enligt LSS och LASS, 17,2 miljarder kronor, avser boende med särskild service eller annan anpassad bostad (figur 5). Kostnaderna för daglig verksamhet uppgick 2008 till 5,4 miljarder kronor, en ökning i fasta priser med 11 procent sedan 2004.

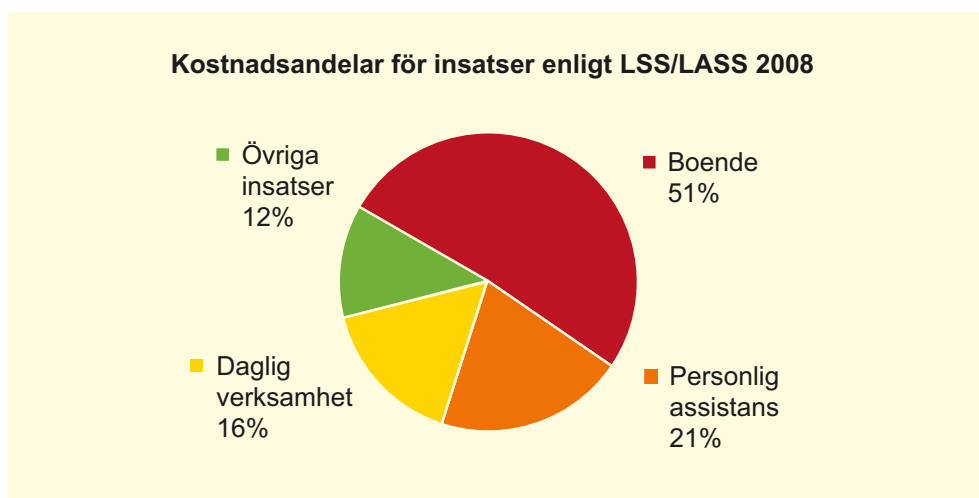
Kommunernas kostnader för personlig assistans var 7,0 miljarder kronor under 2008, en ökning med 19 procent i fasta priser sedan 2004. Kostnaderna avser personlig assistans som beviljas enligt LSS samt de 20 första timmarna för personer som har beslut enligt LASS och kommunens basansvar t.ex. kostnader för vikarier när den ordinarie anordnarens assistenter är sjuka.

Insatser enligt SoL/HSL

Kostnader för insatser enligt SoL/HSL till personer med funktionsnedsättning var 2008 8,4 miljarder kronor (10). Det är en ökning i fasta priser med 13 procent sedan 2004 (tabell 5). Från och med 2007 redovisas kostnader för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, vilket påverkar kostnadsutvecklingen. I uppgifterna om hemtjänst ingår numera även uppgifter om boendestöd. Troligen avser en relativt stor del av kostnadsökningen för ordinärt boende denna definitionsändring.

Lite mer än hälften av kostnaderna avser insatser i ordinärt boende som 2008 uppgick till 4,5 miljarder kronor (tabell 5). Av insatserna i ordinärt boende utgjorde hemtjänst inklusive boendestöd den största andelen, 63 procent 2008, och uppgick till knappt 3 miljarder kronor (10). Kostnaderna för särskilt boende har ökat med 6 procent sedan 2004. Kostnaderna uppgick 2008 till drygt 3 miljarder kronor.

Figur 5. Kostnader i procent för insatser enligt LSS/LASS till personer med funktionsnedsättning 2008. Procent.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2008, SCB

Köp av verksamhet

Under 2008 köpte kommunerna huvud- och stödverksamhet för insatser till personer med funktionsnedsättning för 6,9 miljarder kronor (tabell 6). Sedan 2004 har kostnaderna för köpt verksamhet ökat med 17 procent i fasta priser (9). En del i ökningen är den definitionsändring som skedde 2007 då insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning har inkluderats.

Den största ökningen står kommunernas köp av insatser enligt SoL/HSL för, sedan år 2004 har dessa har ökat med 19 procent och uppgick 2008 till 1 690 miljoner kronor. Den högsta kostnaden är emellertid köp av insatser enligt LSS och LASS, år 2008 köpte kommunerna insatser från andra aktörer för 5 196 miljoner kronor, en ökning från 2004 med 16 procent i fasta priser (9).

Tabell 6. Kostnadsutveckling för köpta insatser till personer med funktionsnedsättning 2004–2008. 2008 års priser. Miljoner kronor samt procent.

	2004	2005	2006	2007	2008	Förändring 2004–2008, mnkr	Förändring 2004–2008, %
Total kostnad för köpta insatser till personer med funktionsnedsättning	5 896	5 768	6 119	6 451	6 886	990^a	16,8^a
Insatser enligt SoL/HSL	1 423	1 362	1 424	1 590	1 690 ^a	267 ^a	18,7 ^a
Insatser enligt LSS/LASS	4 473	4 406	4 695	4 861	5 196	723	16,2

^a Ny definition. From 2007 ingår även insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2004–2008, SCB.

Kostnader per person

Kostnaderna per boende för särskilt boende enligt SoL är nästan oförändrade under perioden 2004 till 2008 och uppgick 2008 till i genomsnitt 560 000 kronor per boende för mediankommunen (tabell 7).

Tabell 7. Utveckling för kostnad per person i särskilt boende enligt SoL, boende enligt LSS samt daglig verksamhet enligt LSS 2004–2008. 2008 års priser. Kronor samt procent. Uppgifter avser mediankommuner.

	2004	2005	2006	2007	2008	För- ändring 2004- 2008, kr	För- ändring 2004- 2008, %
Särskilt boende enl. SoL per boende	554 429	570 977	544 572	607 448	560 000	5 571	1,0
Boende enl. LSS per boende	690 064	691 124	699 420	679 716	682 460	-7 604	-1
Daglig verksam- het per person	172 185	171 662	166 391	161 421	159 980	-12 205	-7

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2004–2008, Funktionshindrade personer 2008 och Personer med funktionsnedsättning/-hinder – insatser enligt LSS 2008, Socialstyrelsen och Kommunernas räkenskapssammandrag 2008.

Kostnaden för mediankommunen har minskat något för både boende enligt LSS och daglig verksamhet enligt LSS sedan 2004. Genomsnittskostnaden för boendet för mediankommunen uppgick 2008 till 682 460 kronor per boende enligt LSS medan kostnaden per person med daglig verksamhet enligt LSS uppgick till 159 980 kronor per person (11).

Daglig verksamhet fortsätter att minska i kostnad per person, trots att insatsen har ökat med ungefär 14 procent under samma period. Möjliga orsaker är sammanslagning av verksamheter och större enheter.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder - insatser enligt LSS år 2008. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.
2. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS 2004. Socialstyrelsen, Stockholm, 2005.
3. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS 2006. Socialstyrelsen, Stockholm, 2007.
4. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer – insatser 2001. Socialstyrelsen, Stockholm, 2002.
5. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2007. Socialstyrelsen, Stockholm, 2008.
6. SOU 2008:102. Brist på brådska – en översyn av aktivitetsersättningen. Fritzes, Stockholm, 2008.
7. Socialstyrelsen. Uppdrag att utveckla, följa och stödja verksamheter med personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder - lägesrapport 2008. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.
8. Socialstyrelsen. Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg andra halvåret 2008. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.
9. Statistiska Centralbyrån. Kommunernas räkenskapssammandrag 2004–2008. SCB, Stockholm, 2009.
10. Statistiska Centralbyrån. Kommunernas räkenskapssammandrag 2008. SCB, Stockholm, 2009.
11. Socialstyrelsen. Jämförelsetal för socialtjänsten 2004–2008. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.

Vård och omsorg om äldre

Fördjupning 2010

Lennarth Johansson

Innehåll

<i>Sammanfattning och slutsatser</i>	<i>3</i>
<i>Kommunernas service och omsorg.....</i>	<i>4</i>
Cirka 300 000 äldre har en beviljad insats	4
Sammanboende med stora behov har mindre serviceinsatser.....	5
Kommunal äldreomsorg – en verksamhet i ständig rörelse	6
I gränslandet till biståndsbedömd hemtjänst	7
<i>Hälso- och sjukvård för äldre.....</i>	<i>9</i>
Utveckling av slutenvård.....	9
Hälso- och sjukvård i kommunerna	10
Studie i sex kommuner	11
Äldre personers läkemedelsanvändning	12
Indikatorer för äldres läkemedelsanvändning.....	12
Förskrivning av psykofarmaka i ordinärt och särskilt boende	12
Läkemedelsförskrivningen till personer i särskilt boende	13
<i>Resurser för vård och omsorg om äldre.....</i>	<i>15</i>
Kommunernas kostnader för vård och omsorg	15
Kostnad per person med insats	16
Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård	16
Totala kostnader för hälso- och sjukvård och kommunal omsorg	17
Personalresurser.....	17
Statliga satsningar på området.....	19
<i>Diskussion</i>	<i>20</i>
<i>Referenser.....</i>	<i>23</i>

Sammanfattning och slutsatser

I dag får äldre människor främst vård och omsorg i sitt eget hem, en trend som har varit rådande under 2000-talet. Vårdplatserna på sjukhus har också minskat, vilket gör att patienterna får lämna sjukhuset allt snabbare. Samtidigt har platserna i särskilt boende minskat under en stor del av 2000-talet, med undantag för det senaste året. Förskjutningen av vårdinsatser från den slutna vården till hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende ställer höga krav på en mer avancerad eftervård.

Antalet hjälptagare inom hemtjänsten har varit ungefär detsamma under de senaste åren, och antalet tycks inte minska nämnvärt trots att många äldre utnyttjar möjligheten att själva köpa hushållstjänster.

Nya data visar också på det snabba flödet av hjälptagare inom den kommunala äldreomsorgen. Under en niomånadersperiod sker en omsättning av nästan hälften av alla hjälptagare med hemtjänst i ordinärt boende och i särskilt boende är omsättningen närmare 40 procent under samma period.

När fler äldre bor kvar hemma ökar också kommunernas kostnader för insatser i ordinärt boende. Ökningen var närmare 18 procent mellan 2004 och 2008. Kostnaderna för särskilt boende minskade dock med drygt 8 procent under samma period. Sammantaget innebär detta att kommunernas samlade kostnader för vård och omsorg om äldre ökade med 0,5 procent från 2004 till 2008. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till äldre personer ökade under perioden med drygt 6 procent.

Allt fler äldre får också sjukvårdsinsatser, i ordinärt eller särskilt boende. Socialstyrelsens studie av patientjournaler i sex kommuner visar att det finns en hel del brister i underlaget till den officiella statistiken. Det går inte att beskriva graden av funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsningar hos dem som får sjukvårdsinsatser med nuvarande dokumentation som grund. Socialstyrelsen driver här ett flerårigt arbete som syftar till att förbättra kvaliteten i den officiella statistiken på området.

Förskrivningen av läkemedel till äldre har länge varit anmärkningsvärt hög, men det senaste året har antalet läkemedel per person minskat något, liksom förskrivningen av psykofarmaka. Fortfarande finns dock en omfattande förskrivning av psykofarmaka till äldre i särskilt boende, vilket är oroväckande. Likaså finns stora skillnader mellan och inom kommuner och landsting när det gäller förskrivning av läkemedel.

Äldre med många sjukdomar och funktionsnedsättningar som bor hemma är beroende av olika vård- och omsorgsinsatser samtidigt, och det ställer stora krav på samordningen av insatser. Med tanke på de problem som finns att samordna insatserna för äldre med stora hjälpbehov, finns behov av en samordningsfunktion som kan se till att dessa äldre får en god och trygg vård och omsorg.

Kommunernas service och omsorg

Redovisningen av kommunernas service och omsorg om äldre bygger framför allt på uppgifter från socialtjänststatistiken [1-7]. Tidigare redovisningar baserades på mängddata, men år 2007 övergick insamlingen till personnummerbaserad statistik. Förändringen öppnar för en rad nya möjligheter samtidigt som den också leder till en del problem. Exempelvis gjordes en del definitioner om, vilket försvårar jämförelser bakåt i tiden. Ett annat problem är att det nu är fler detaljuppgifter som samlas in, något som ställer högre krav på uppgiftsinsamlingen och bearbetningen, samt på att insamlingen sker på ett enhetligt sätt över hela landet. Statistikomläggningen kommer på sikt att ge ett bättre underlag när det gäller socialtjänstens biståndsbedömda insatser för äldre. Under ett antal år kommer det dock att finnas begränsade möjligheter att göra analyser över tid, eller att göra detaljredovisningar av insatser som gäller för hela riket. För att få så bra kvalitet som möjligt på uppgifterna som redovisas i denna rapport används statistik från olika tidpunkter, och i något fall gäller siffrorna för en begränsad del av landet.

Cirka 300 000 äldre har en beviljad insats

Kommunerna beviljar många insatser till äldre personer. Cirka 300 000 personer 65 år och äldre får bistånd, varav: 47 procent hade hemtjänst, 31 procent bodde permanent i särskilt boende och 22 procent hade beviljats någon enstaka insats. Det handlar om enbart trygghetslarm, enbart matdistribution eller att personen beviljats enbart dagverksamhet eller korttidsboende.

I tabell 1 nedan beskrivs utvecklingen sedan år 2000 när det gäller äldre med hemtjänst och äldre som bor permanent i särskilt boende.

Tabell 1: Antal och andel i befolkningen 65 år och äldre med hemtjänst, särskilt boende för ett urval av år under tidsperioden 2000–2008

År	Hemtjänst*		Särskilt boende		Hemtjänst* + Särskilt boende	
	Antal	Andel i befolkningen	Antal	Andel i befolkningen	Antal	Andel i befolkningen
2000	125 300	8,2	118 300	7,7	243 600	15,9
2002	125 200	8,2	115 500	7,5	240 700	15,7
2004	132 300	8,5	104 800	6,7	237 100	15,2
2006	140 300	8,9	98 600	6,2	238 900	15,1
2007*	135 900	8,4	95 200	5,9	231 100	14,3
2008 (30 jun)*	141 200	8,6	94 200	5,7	235 400	14,3
2008 (31dec)*	144 500	8,8	95 600	5,8	240 100	14,6

* Hemtjänst enligt den definition som användes fram till 2006 och som inte inbegriper personer som har enbart matdistribution eller trygghetslarm. Värdena för 2007 och framåt har bearbetats så de stämmer överens med denna hemtjänstdefinition.

Källa: Socialtjänststatistik för åren 2000–2008.

Av tabellen framgår tydligt den omstrukturering som har skett i kommunernas service och omsorg om äldre. Sedan år 2000 har cirka 23 000 platser i permanent särskilt boende försvunnit samtidigt som antalet äldre som bor i ordinärt boende med hemtjänst har ökat med knappt 20 000.

Utvecklingen under de allra senaste åren är svårtolkad. Bland annat är siffran för hemtjänst år 2007 låg vilket kan förklaras av statistikomläggningen. Beträffande ökningen av antalet äldre som bor permanent i särskilt boende under 2008 bör ökningen bekräftas av kommande års siffror innan det går att tala om ett trendbrott.

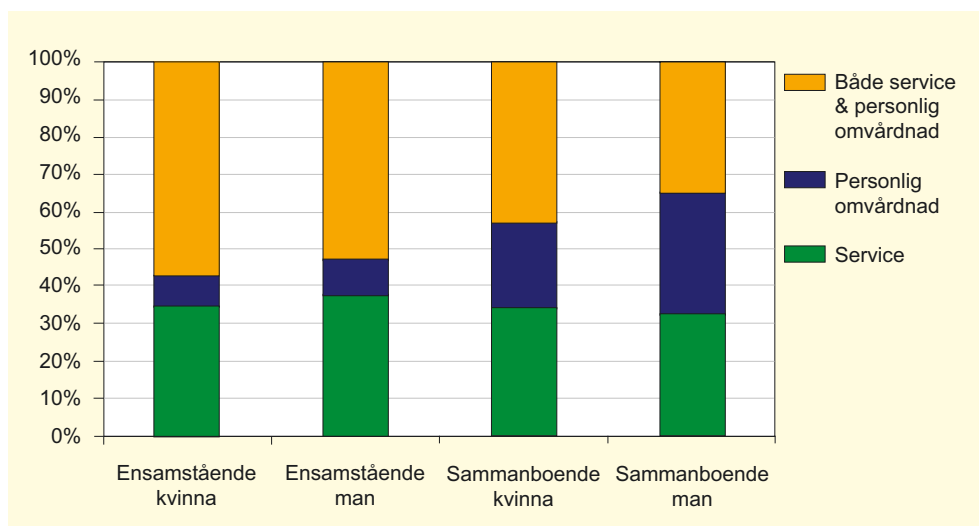
Sammanboende med stora behov har mindre serviceinsatser

Statistikomläggningen 2007 gör det möjligt att särskilja äldre med hemtjänst utifrån deras hushållstyp och utifrån vilka insatser de får – enbart serviceinsatser, enbart insatser i form av personlig omvårdnad eller både service och personlig omvårdnad. I Region Skåne har samtliga kommuner rapporterat in dessa uppgifter varför det går att beskriva dem.

Först och främst visar det sig att sammanboende mer sällan har insatser än ensamboende. Andelen äldre sammanboende kvinnor och män med insatser i Skåne län uppgår till cirka 4 procent oberoende av kön, medan andelen äldre ensamboende kvinnor och män i Skåne län med insatser uppgår till 10 respektive 14 procent.

Figur 1 visar fördelningen av insatser – enbart service, service och personlig omvårdnad samt enbart personlig omvårdnad – för de fyra olika kategorierna av äldre med hemtjänst i Skåne län.

Figur 1: Fördelning av insatser till äldre i Region Skåne den 30 juni 2008, efter kön, hushållstyp och typ av insats



Källa: Specialbearbetning av socialtjänststatistik för den 30 juni 2008.

Den tydligaste skillnaden är att sammanboende med hemtjänst oftare har hemtjänst i form av enbart personlig omvårdnad och mer sällan kombinationen både service och personlig omvårdnad. Det innebär att den person i hushållet

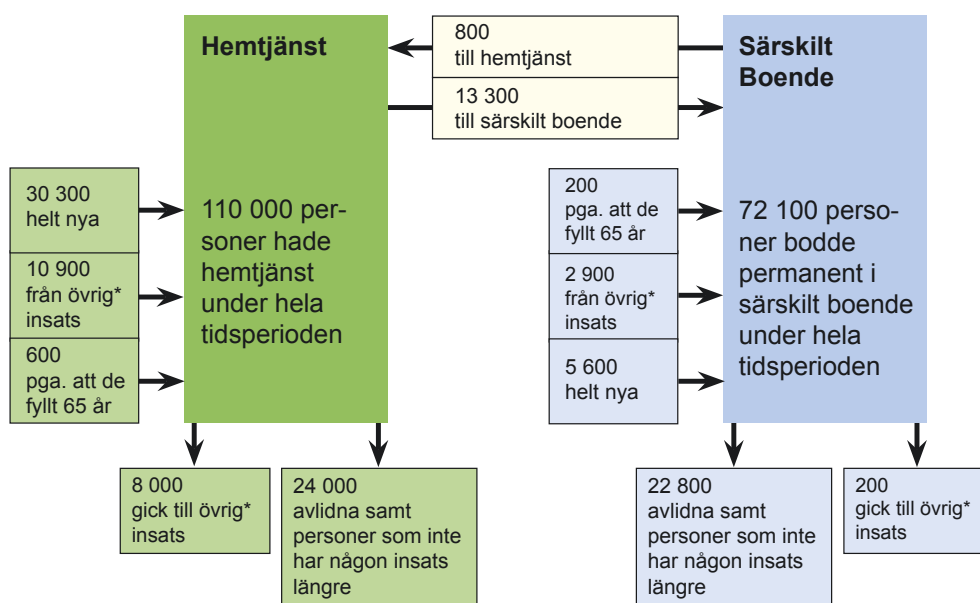
som inte har hemtjänst – dvs. en make eller maka som själv också är gammal – kan stå för omfattande informella insatser, framför allt i form av service. Dessutom står många av de sammanboende även för delar av den personliga omvårdnaden trots att de får hemtjänstinsatser. Det kan t.ex. handla om att sköta personlig omvårdnad på kvällar och nätter eller att brukaren vägrar att låta någon utomstående stå för vissa delar av den personliga omvårdnaden.

De anhörigas engagemang ska bygga på frivillighet, men det kan samtidigt vara svårt att sätta gränser för det egna åtagandet och situationen kan snabbt förändras. Det man tidigare enkelt klarade av kan plötsligt bli allt tyngre. Risken är också att den anhöriga blir bunden till hemmet, utan möjlighet till någon egen tid. När det gäller sammanboende äldre är det viktigt att i ett tidigt skede beakta situationen för båda personerna i hushållet. De anhöriga kan behöva stöd, och sedan den 1 juli 2009 är kommunerna skyldiga att erbjuda sådant stöd [8]. Det finns dock ingen nationell statistik över anhörigstöd.

Kommunal äldreomsorg – en verksamhet i ständig rörelse

Med den personnummerbaserade statistiken är det möjligt att följa brukare över tid och få en bild av hur de rör sig mellan olika typer av beviljade insatser. Det illustreras i figur 2.

Figur 2: Sammanställning över äldre som hade hemtjänst eller bodde permanent i särskilt boende någon gång under perioden 1 oktober 2007–30 juni 2008



* Övrig insats innebär att ha en enstaka insats i form av t.ex. enbart trygghetslarm eller enbart dagverksamhet.

Källa: Bearbetning av socialtjänststatistiken 1 oktober 2007 och 30 juni 2008.

Under niomånadersperioden från den 1 oktober 2007 till den 30 juni 2008 var det totalt cirka 300 000 äldre personer som någon gång hade hemtjänst eller som bodde permanent i ett särskilt boende. När det gäller hemtjänst var det 110 000 personer som hade insatsen under hela tidsperioden, men 197 400 som

hade hemtjänst någon gång under tidsperioden. Det innebär att 44 procent av hemtjänstmottagarna tillkom eller lämnade hemtjänsten under perioden.

I särskilt boende var det 72 100 personer som bodde permanent under hela tidsperioden, men 117 800 personer bodde permanent i särskilt boende någon gång under samma tidsperiod. Det innebär att 39 procent av dem med särskilt boende tillkom eller lämnade boendet under niomånadersperioden. Den kommunala äldreomsorgen berör inte bara många äldre, utan ska också kunna erbjuda insatser av god kvalitet. Detta samtidigt som verksamheten präglas av ständiga förändringar, beträffande vilka som har insatser och brukarnas behov.

Figur 2 visar flödet mellan olika insatser som öppnar för spännande frågeställningar. Under niomånadersperioden gick exempelvis 1 000 personer från att bo permanent i särskilt boende till att ha hemtjänst eller en insats i kategorin övrigt, vilket handlar om enstaka insatser som enbart trygghetslarm eller enbart dagverksamhet. Av de äldre med hemtjänst övergick 8 000 personer till att enbart ha en insats under ”övrigt”. Det är i dagsläget omöjligt att fastslå varför dessa äldre gick från en situation med mer insatser till en situation med mindre insatser. Den personnummerbaserade statistiken gör det dock möjligt att via specialstudier av äldre få helt nya kunskaper. Det kommer att öka kunskapen om det komplexa system som den kommunala servicen och personliga omvårdnaden utgör.

I gränslandet till bistandsbedömd hemtjänst

Vi står inför möjligheten att få alltmer detaljerade uppgifter om enskilda brukare som är beviljade insatser, men samtidigt vet vi allt mindre om de äldre som är på tröskeln till att behöva hjälp i form av serviceinsatser eftersom de allt oftare kan få stöd och hjälp utan att ansöka om bistånd.

Äldre kan i dagsläget få eller köpa service och i vissa fall personlig omvårdnad enligt tre skilda lagstiftningar: socialtjänstlagen, lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster för äldre samt lagen om skattereduktion för utgifter för hushållarbete [9]. Beroende på vilken lagstiftning som tillämpas finns skillnader när det gäller sekretess, tillsyn, avgifter, dokumentation m.m.

År 2007 trädde en ny lag om skattelättnader för hushållsarbete i kraft. Lagen om hushållstjänster innebär en möjlighet att köpa servicetjänster, omsorg, personlig hjälp och tillsyn på den öppna marknaden, med skattereduktion. Skattelättnaderna kan också gälla tilläggstjänster från privata utförare, t.ex. hushållstjänster. Det sker utanför den offentliga vårdens insyn eller kontroll. Att köpa sådana tjänster är juridiskt sett en privaträttslig handling.

Under det andra halvåret 2007 blev det möjligt att få skattereduktion för hushållsnära tjänster, och då var det 14 900 personer över 65 år som beviljades skatteavdrag. För helåret 2008 hade antalet nära nog fördubblats. Av samtliga som beviljades skattereduktion för hushållstjänster var cirka var tredje person 65 år eller äldre, vilket var samma andel som för år 2007.

Tabell 2: Antal män och kvinnor 65 år och äldre som beviljades skattereduktion för köp av hushållstjänster under 2008, relaterat till inkomst

Inkomst/år	Kvinnor	Andel	Män	Andel	Totalt	Andel
< 159 000	9 400	52 %	1 900	17 %	11 300	39 %
160 000–279 000	5 700	31 %	3 800	35 %	9 500	32 %
280 000–400 000	1 900	10 %	2 100	20 %	4 100	14 %
> 400 000	1 300	7 %	3 000	28 %	4 300	15 %
Totalt	18 300	100 %	10 900	100 %	29 200	100 %

Källa: SCB. Skatter och taxerade inkomster.

Som framgår av tabell 2 finns en tydlig skillnad mellan kvinnor och män. Drygt hälften av kvinnorna som beviljades skattereduktion återfanns i den lägsta inkomstnivån, medan männen som beviljades skattereduktion framför allt hade en inkomst över 160 000 kronor per år. Vi vet dock inte om det handlar om personer som är sammanboende eller ensamboende. Inkomst är ett dåligt mått på betalningsförmåga bland personer som har pension. Äldre kvinnor med låg inkomst som beviljats skattereduktion för köp av hushållstjänster kan t.ex. dela hushåll med en man med hög inkomst. Statistiska centralbyrån (SCB) har gått igenom statistiken för 2007 och konstaterar att skattereduktionen var vanligast bland pensionerade kvinnor och att möjligheten främst utnyttjas av höginkomsttagare [10]. I tabellen nedan åskådliggörs detta genom att andelen äldre som utnyttjar avdraget redovisas för några kommuner med en hög respektive låg medelinkomst.

Tabell 3: Andel personer 65 år och äldre i kommuner med en hög respektive låg medelinkomst som beviljades skattereduktion för hushållstjänster 2008

Kommuner med: Låg medelinkomst*		Hög medelinkomst*	
Kommun	Andel i befolkning 65–w beviljade skatteavdrag	Kommun	Andel i befolkningen 65–w beviljade skatteavdrag
Övertorneå	0,4 %	Danderyd	6,6 %
Ärjälg	1,0 %	Lidingö	5,0 %
Åsele	0,3 %	Täby	5,6 %
Högsby	1,8 %	Nacka	3,5 %
Södertälje	1,4 %	Vellinge	4,1 %
Botkyrka	1,8 %	Stockholm	3,4 %

* De fyra kommunerna med lägst respektive högst medelinkomst 2007 samt Stockholm och två kommuner i Storstockholm med en medelinkomst som är låg jämfört med andra Storstockholmskommuner.

Källa: SCB. Befolkningsstatistik och Skatter och taxerade inkomster.

Skattereduktionen tycks framför allt utnyttjas av äldre personer som bor i kommuner där medelinkomsten är hög och utifrån ett jämlikhetsperspektiv är det viktigt att framöver följa utvecklingen av olika typer av tjänster riktade till äldre: hur man får del av dem och vem som använder sig av dem.

Hälso- och sjukvård för äldre

Utveckling av slutna sjukhusvård

Sedan 1992 har det totala antalet platser i den slutna vården nästan halverats, från 49 200 till 25 900 vårdplatser 2008. Det beror delvis på att kommunerna har fått ett större ansvar för en stor grupp äldre personer. Den största minskningen skedde under 90-talet i direkt anslutning till ÄDEL-reformens genomförande. Minskningen beror också på att allt fler behandlingar som förut krävde dygnetruntvård nu kan utföras på dagtid, utan behov av en slutenvårdsplats. Andelen vårdtillfällen, liksom andelen av den totala vårdtiden som personer 65 år och äldre nyttjade, minskade också fram till 2008, med undantag dock för de allra äldsta i befolkningen. Av tabell 4 framgår att personer 85 år och äldre i stället upptar en ökande andel av den totala vårdtiden. De har fått ett större behov av akutsjukvårdens resurser. Uppgifterna tyder på att akutsjukvården bereder plats för dessa personer, men samtidigt ses en annan bild bland de yngre äldre. De fortsätter att ta en hög andel vårdtillfällen i anspråk samtidigt som andelen av den totala vårdtiden minskar.

Tabell 4: Äldre personer i akutsjukvården, 1992, 2000 och 2008 – andelen av det totala antalet vårdtillfällen respektive den totala andelen vårdtider i procent på det sätt som framgår nedan

Ålder	1992			2000			2008		
	Andel be-folkn.	Vårdtill-fällen*	Vård-tid**	Andel be-folkn.	Vårdtill-fällen*	Vård-tid**	Andel be-folkn.	Vårdtill-fällen*	Vård-tid**
65–79	13,2	27,8	32,2	12,3	27,3	30,1	12,3	25,3	26,5
80–84	2,6	8,5	14,3	2,7	9,6	12,0	2,7	9,4	11,0
85–w	1,8	6,7	16,6	2,3	9,2	11,8	2,6	11,1	13,8
65–w	17,6	43,0	63,1	17,3	46,1	53,9	17,6	45,8	51,3

*Andel av samtliga vårdtillfällen

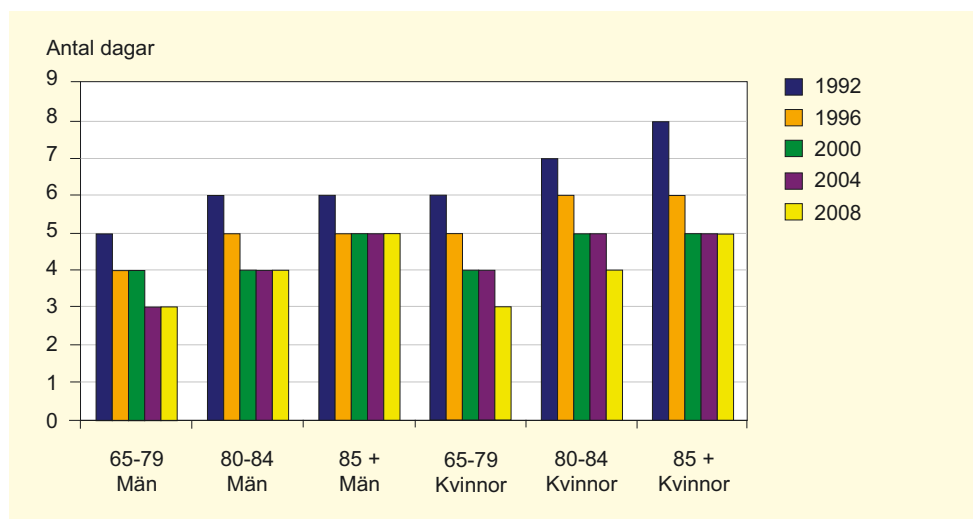
** Andel av samtliga vård dagar

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

De 17,6 procent av befolkningen som var 65 år och äldre konsumerade nästan hälften av alla vårdtillfällen och mer än hälften av alla vård dagar inom den slutna sjukhusvården år 2008.

Medianvårdtiderna inom den slutna sjukhusvården sjönk under 1990-talet (se figur 3). Under 2000-talet avstannade minskningen till viss del för de allra äldsta åldersgrupperna, till skillnad från för åldersgruppen 65–79 år, som alltså vårdas under allt kortare tider.

Figur 3: Medianvårdtider i slutenvården, män och kvinnor 1992, 1996, 2000, 2004 och 2008



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Resultaten visar sammanfattningsvis att akutsjukvård till stor del går ut på att vårda äldre personer. Utvecklingen i form av fler vårdtillfällen under kortare vårdtider med tillgång till allt färre vårdplatser, innebär att omsättningen av äldre personer i slutenvården har ökat under 2000-talet.

Hälso- och sjukvård i kommunerna

Från den 1 juli 2008 rapporterar kommunerna fortlöpande uppgifter till den officiella statistiken om den kommunala hälso- och sjukvården som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL 18 §. Den person som någon gång under en månad fått någon form av hälso- och sjukvårdsinsats rapporteras som mottagare. Det kan röra sig om allt från en insats under en månad, i form av till exempel utprovning av ett hjälpmedel, till flera insatser per dygn, såsom behovet kan vara vid vård i livets slutskede. Oavsett omfattning, rapporteras insatserna på samma sätt.

Drygt 184 000 personer fick någon gång under perioden juli till december 2008 olika hälso- och sjukvårdsinsatser. Det visar på en stor omfattning och också omsättning av personer som får någon form av hälso- och sjukvård under ett halvår.

Studie i sex kommuner

Under 2008 genomförde Socialstyrelsen en studie i sex kommuner, som omfattade både intervjuer och journalgranskningar. Syftet var att undersöka hur kommunerna samlar in uppgifter till den officiella statistiken samt vilka funktionstillstånd, mål och vårdåtgärder som dokumenteras. Tre av kommunerna ansvarar enbart för särskilt boende och de övriga tre för både ordinärt och särskilt boende. Tätorts- och landsbygdskommuner, från olika delar av landet deltog i studien. Personalen intervjuades för att undersöka hur en dokumenterad hälso- och sjukvårdsåtgärd rapporterades till den officiella statistiken, och Socialstyrelsen granskade ett antal journaler för att undersöka vilka funktionstillstånd och hälso- och sjukvårdsåtgärder som dokumenteras. Journalstudien omfattade två månaders dokumentation. Studien redovisas i en separat rapport [11].

Det framkom att tre av kommunerna utgår ifrån att de personer som har beviljad insats i form av särskilt boende också behöver regelbundna hälso- och sjukvårdsinsatser. Samtliga personer i särskilt boende rapporteras då ha fått en hälso- och sjukvårdsåtgärd. I två kommuner fångar man uppgifterna genom en sökning i hälso- och sjukvårdsjournalen, och de personer som har en anteckning i hälso- och sjukvårdsjournalen registreras som mottagare. I en av kommunerna, som för övrigt enbart ansvarar för vården i särskilt boende, använde man fortfarande pappersjournaler. Här ansvarade den legitimerade personalen på varje enhet för att sammanställa uppgifterna till respektive enhetschef, som sedan rapporterade vidare till kommunens rapportör. Kommunerna som deltog i undersökningen rapporterar åtgärder utförda av alla legitimerade personalgrupper, och samtliga huvudmän hade rutiner för hur uppgifter från enskilda vårdgivare skulle lämnas till kommunens rapportör.

I hälften av kommunerna som ingick i undersökningen rapporterades hälso- och sjukvårdsinsatserna utifrån ett *antagande* att dessa hade blivit genomförda. De övriga kommunerna baserar uppgifterna på befintlig dokumentation, varför denna rapportering bör ligga mer i linje med vad som faktiskt har kommit den äldre personen till del.

I journalgranskningen ingick 178 journaler fördelat på 117 patienter inom särskilt boende, och 61 patienter med hemsjukvård i ordinärt boende. Medelåldern var 84 år (65–97 år). Resultatet visar bland annat att cirka en femtedel av åtgärderna dokumenterades. Utöver detta utfördes insatser som inte hade dokumenterats men som av granskaren kunde tolkas som genomförda. Detta gjordes med stöd av befintlig dokumentation. De vanligaste åtgärderna som tydligt dokumenterades var farmakologisk behandling vid oro och ångest, utredning och bedömning av hjälpmedelsbehov samt behandling relaterad till patienternas förflyttning. De tillstånd som dokumenterades bland flest patienter handlade bland annat om psykiska funktioner (exempelvis medvetandetillstånd eller orientering till tid och rum), sinnesfunktioner (exempelvis syn, hörsel eller smärta) samt förflyttning och personlig vård. Det fanns mål dokumenterade för 20 procent av undersökningsgruppen, varav en kommun svarade för mer än två tredjedelar av dessa. Här hade man särskilt arbetat med att utveckla denna del av vårdprocessen.

Sammanfattningsvis konstateras att upp till 80 procent av olika åtgärder inte dokumenteras i klartext. Avsaknaden av dokumenterade mål och åtgärder

försvårar möjligheten att arbeta systematiskt med uppföljning av resultat och utvärdering på individnivå. En strukturerad systematisk dokumentation av vårdprocessen möjliggör verksamhetsuppföljning både lokalt och nationellt.

Äldre personers läkemedelsanvändning

Många äldre personer använder flera olika läkemedel eftersom nya preparat och behandlingsprinciper har inneburit bättre möjligheter att behandla de sjukdomar och besvär som ofta drabbar denna grupp. Den äldre personens kropp är dock känsligare för läkemedel, och därför är risken stor att gruppen drabbas av läkemedelsbiverkningar. Studier visar också att många äldre personer som vårdas på akutsjukhus läggs in på grund av läkemedelsbiverkningar [12, 13].

Uppgifter om läkemedelsförskrivningen kan hämtas från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Genom samkörning med Socialstyrelsens socialtjänstregister är det sedan 2007 möjligt att relatera förskrivningen till exempelvis de aktuella personernas boendeform. Läkemedel ges också från särskilda förråd som finns i särskilt boende. Dessa läkemedel förskrivs ej på recept eller Apodos och registrering sker inte i läkemedelsregistret. Därför är förskrivningen enligt registret förmodligen något lägre än den faktiska användningen.

Indikatorer för äldres läkemedelsanvändning

Socialstyrelsen har identifierat ett antal kvalitetsindikatorer som speglar förskrivningen av läkemedel till äldre personer [14]. Indikatorerna används för att mäta och följa kvaliteten av äldre personers läkemedelsanvändning.

Användningen av många olika läkemedel är en viktig riskfaktor för läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner. En indikator är ”tio eller fler läkemedel”, och hög förekomst indikerar att det finns brister i läkemedelsbehandlingen. Den andra indikatorn gäller användning av ”tre eller fler psykofarmaka” som innebär inte bara en stor risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan det kan vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. En tredje indikator är ”riskfyllda läkemedelskombinationer” som kan leda till att olika läkemedel interagerar med varandra så att effekten av något läkemedel uteblir eller förstärks. Indikatorn mäter den mest riskfyllda formen för interaktion som bör undvikas. Den fjärde indikatorn beskriver andelen personer med ”olämpliga läkemedel”, dvs. personer med ett eller flera läkemedel som har betydande antikolinerga effekter, som hos en äldre person kan orsaka minnesstörningar eller förvirringstillstånd.

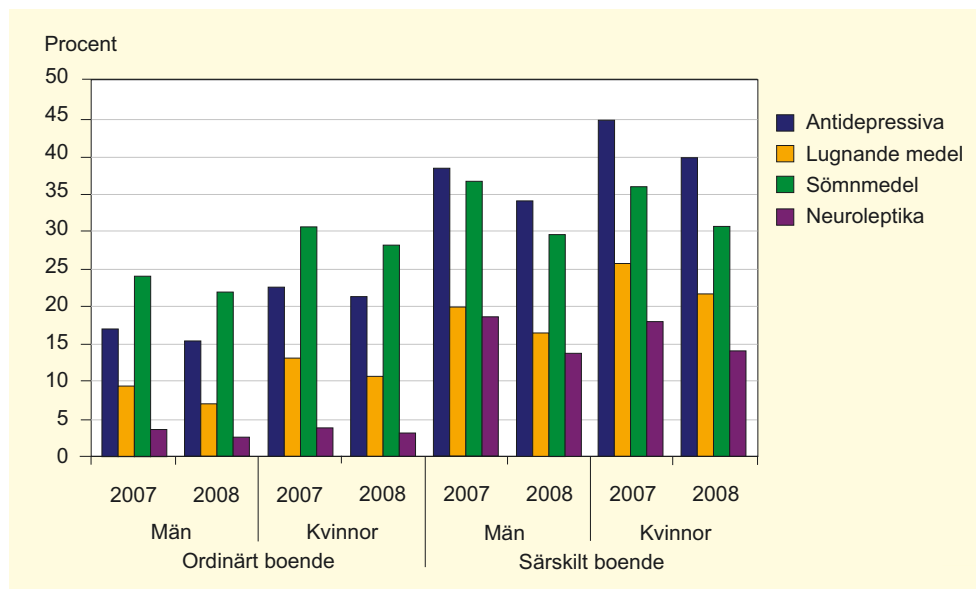
Mellan 2005 och 2007 ökade andelen personer 80 år och äldre som använde tio eller fler läkemedel, tre eller fler typer av psykofarmaka eller hade riskfyllda läkemedelskombinationer. Men 2008 sågs för första gången värden som innebär en vändning för dessa tre indikatorer [15]. Andelen personer med ett eller flera olämpliga läkemedel, dvs. läkemedel med betydande antikolinerga effekter, har också minskat varje år sedan 2005.

Förskrivning av psykofarmaka i ordinärt och särskilt boende

Äldre personer som använder psykofarmaka drabbas ofta av biverkningar i form av trötthet, balansstörningar och ökad risk för fall, muskelsvaghet och kognitiva störningar. Neuroleptika är ett läkemedel som, om möjligt, endast

bör användas vid psykotiska symtom eller vid svår aggressivitet. På grund av biverkningsrisken bör behandlingar under längre tid undvikas. I figur 4 redovisas andelen personer i ordinärt respektive särskilt boende som fick olika typer av psykofarmaka förskrivet under 2007 och 2008.

Figur 4: Andel kvinnor och män, 80 år och äldre med hemtjänst i ordinärt och särskilt boende som förskrevs olika typer av psykofarmaka 2007 och 2008



Källa: Socialtjänstregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

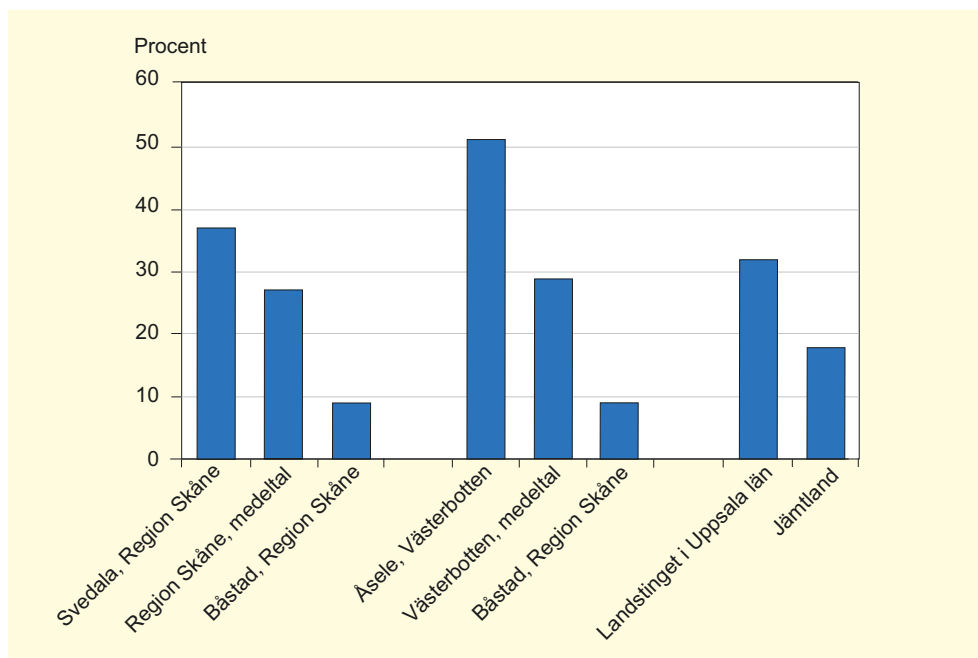
Förskrivningen av psykofarmaka minskade mellan 2007 och 2008 både bland befolkningen 80 år eller äldre och bland personer med insatser i ordinärt och särskilt boende. Förskrivningen minskade mer i särskilt boende, vid jämförelse med befolkningen i allmänhet 80 år och äldre. Minskningen gällde för både män och kvinnor. Psykofarmaka används dock fortfarande generellt mer av personer i särskilt boende, och mer av kvinnor än män.

Läkemedelsförskrivningen till personer i särskilt boende

Uppgifter om läkemedelsförskrivningen till personer i särskilt boende publicerades för första gången på läns- och kommunnivå i 2009 års Äldreguide. Innehållet bygger på förskrivna och uthämtade läkemedel enligt läkemedelsregistret. I guiden saknas uppgifter från Stockholms läns landsting och de flesta kommunerna i länet eftersom flera äldreboenden använder enhetsbundna läkemedelsförråd. Dessa förråd förses med läkemedel genom en generell beställning från ett apotek. Individuell förskrivning via recept eller Apodos används också, men inte i den omfattningen att uppgifterna från läkemedelsregistret kan användas för att beskriva förskrivningen av läkemedel på kommunnivå.

En närmare genomgång av förskrivningen i de särskilda boendeformerna visar stora skillnader både inom och mellan ett landsting eller region och mellan olika kommuner, vilket exemplifieras av figuren nedan.

Figur 5: Andel personer i särskilt boende med 10 eller fler olika läkemedel, högsta och lägsta värde inom region/landsting samt mellan olika kommuner och olika landsting



Källa: Äldreguiden och läkemedelsregistret.

Samma bild återkommer även när man går igenom förskrivningen av psykofarmaka eller användningen av riskfyllda kombinationer av läkemedel, liksom läkemedel som är olämpliga för äldre personer, dvs. läkemedel med betydande antikolinerga effekter.

Resurser för vård och omsorg om äldre

Kommunernas kostnader för vård och omsorg

Av socialtjänstens totala kostnader 2008 var 53,8 procent kostnader för äldre, vilket är samma andel som år 2004. Av äldreomsorgens kostnader dominerade insatserna för särskilt boende med 59 procent, vilket är en minskning med 8 procent jämfört med 2004. Däremot ökade resurserna för vård och omsorg om äldre i ordinärt boende med 18 procent från 2004 till 2008 (tabell 5). En liten del av ökningen av kostnaderna för ordinärt boende kan bero på att kostnaderna för insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar fick en ny definition från och med 2007.

De totala kostnaderna för särskilda boenden, minskade med drygt 4,6 miljarder kronor under 2004 till 2008. För insatser i det ordinära boendet ökade kostnaderna i stället med 5,2 miljarder kronor under samma tid. För insatserna i ordinärt boende redovisas en mycket stor kostnadsökning mellan åren 2007 till 2008, av kostnader för s.k. övriga insatser. Ökningen beror på att kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på delegation, numera redovisas i "övriga insatser", i stället för som tidigare "hemtjänst" eller "korttidsvård". Hemtjänstens kostnader ökade med närmare 7 procent och korttidsvårdens med nästan 5 procent under perioden 2004 till 2008.

Tabell 5: Kostnadsutveckling för äldreomsorgens insatser 2004–2008, miljoner kronor samt förändring i procent, 2008 års priser

	2004	2005	2006	2007	2008	Förändring 2004– 2008 mnkr	Förändring 2004– 2008 (%)
Äldreomsorg	87 836	85 338	86 759	87 985	88 234	398	0,5
Särskilt boende	57 024	53 971	53 545	52 699	52 377	–4 647	–8,1
Ordinärt boende	29 165	29 873	31 748	33 829	34 384	5 219	17,9
Hemtjänst	20 728	20 629	22 307	23 868	22 158	1 430	6,9
Korttidsvård	5 081	5 044	5 284	5 624	5 318	237	4,7
Öv. insatser*	3 356	4 199	4 157	4 337	6 908	3 552	105,9
Öppen verks.	1 647	1 494	1 465	1 456	1 473	–174	–10,6

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2004–2008, SCB.

* Biståndsbedömd dagverksamhet, kommunal hälso- och sjukvård, bostadsanpassning, kontaktperson.

Kostnad per person med insats

I mediankommunen, dvs. den kommun som ligger exakt ”i mitten” bland kommunerna i kostnadshänseende, var kostnaden per person i särskilt boende 594 100 kronor under 2008, men skillnaderna mellan kommunerna är fortfarande stora. Kostnaden varierade mellan 484 230 och 730 920 kronor per boende i olika kommuner, även om man exkluderar de 10 procent av kommunerna som har lägst respektive högst värden. Mediankommunens kostnad per boende är 6,9 procent högre än vad den var 2004. Korttidsvård kostade i genomsnitt 1 720 kronor per dygn i mediankommunen år 2008. Även här är de kommunala skillnaderna stora, 790 – 2 870 kronor per dygn.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till personer 65 år och äldre är lägre än kommunernas kostnader för äldre, och uppgår till 70,3 miljarder kronor under 2008 (tabell 6). Det är en ökning med 6,5 procent sedan 2004. De beräknade kostnaderna för äldres hälso- och sjukvård är dock lägre än de uppgifter som har redovisats i tidigare lägesrapporter. Beräkningsmetoden har därför justerats efter en översyn och här används landstingens räkenskaps-sammandrag och uppgifter från läkemedelsregistret som bas för rikets kostnader i stället för uppgifter om hälso- och sjukvård i Nationalräkenskaperna.

Tabell 6: Kostnadsutveckling för landstingens beräknade kostnader för äldre 2004–2008, 2008 års priser, miljoner kronor och förändring i procent

	2004	2005	2006	2007	2008	För- ändring 2004– 2008 mnkr	För- ändring 2004– 2008 (%)
Hälso- och sjukvård	65 968	66 859	68 600	70 768	70 274	4 306	6,5
Primärvård ^a	8 018	8 157	8 505	8 673	9 011	992	12,4
Somatisk specialistvård ^a	40 417	41 292	43 026	43 912	44 761	4 343	10,7
Psykiatrisk specialistvård ^a	1 469	1 529	1 563	1 607	1 619	150	10,2
Övrig hälso- och sjukvård ^b	7 514	7 470	7 077	8 023	6 848	-666	-8,9
Läkemedel inom läkemedelsförmånen ^c	8 550	8 411	8 429	8 553	8 036	-514	-6,0

^a Kostnaderna har beräknats utifrån äldres andel av kostnaderna i Region Skåne. Denna andel har sedan antagits gälla hela riket och använts på de uppgifter om hälso- och sjukvård som landstingen har lämnat i landstingens räkenskapssammandrag.

^b För kostnader avseende handikapp- och hjälpmedelsverksamhet har 70 procent antagits gälla äldre. För övriga kostnader har Region Skånes kostnadsandel använts.

^c Uppgifter avseende 65 år och äldre hämtade från läkemedelsregistret.

Källa: Landstingens räkenskapssammandrag 2004–2008, SKL och SCB samt Region Skåne och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I Region Skåne var de äldres andel av kostnaderna för hälso- och sjukvård konstant 37 procent av de totala kostnaderna under perioden 2004–2008. Landstingens kostnader för äldre följer i stort sett utvecklingen för landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård.

Totala kostnader för hälso- och sjukvård och kommunal omsorg

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre har beräknats till närmare 159 miljarder kronor under 2008, vilket är en ökning med 3 procent sedan 2004. Som framgår av tabell 7 ökade kostnaderna mest för landstingen.

Tabell 7: Kostnadsutveckling för kommunernas och landstingens kostnader för äldre 2004–2008, 2008 års priser, miljoner kronor och förändring i procent

	2004	2005	2006	2007	2008	Förändring 2004– 2008 mnkr	Förändring 2004– 2008 (%)
Totalt	153 805	152 197	155 359	158 753	158 508	4 704	3,1
Kommuner	87 836	85 338	86 759	87 985	88 234	398	0,5
Landsting ^a	65 968	66 859	68 600	70 768	70 274	4 306	6,5

^a Kostnaderna har beräknats utifrån äldres andel av kostnaderna i Region Skåne. Denna andel har sedan antagits gälla hela riket och använts på de uppgifter om hälso- och sjukvård som landstingen har lämnat i landstingens räkenskapssammandrag.

Källa: Landstingens och kommunernas räkenskapssammandrag 2004–2008, SKL och SCB samt Region Skåne och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Om man relaterar kostnadsutvecklingen till de demografiska förändringarna under motsvarande år framkommer att andelen 65 år och äldre i befolkningen ökade med 3,5 procent åren 2004–2008. Om man däremot jämför utvecklingen med andelen 80 år och äldre i befolkningen, vilket är mer relevant eftersom merparten av de äldre som får hjälp är över 80 år, visar det sig att deras andel i befolkningen minskade med 2 procent. Trots att antalet 80 år och äldre i befolkningen i absoluta tal ökat från 483 000 personer år 2004, till 493 000 personer år 2008, är detta en relativ minskning sett till andelen 80 år och äldre av befolkningen.

Personalresurser

Vård och omsorg om äldre är en personalkrävande verksamhet. Under de senaste åren har uppskattningsvis 240 000 personer varit anställda inom den vård och omsorg om äldre som finansieras av kommunerna.

Inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3§ SoL), och andelen av omvårdnadspersonalen med grundläggande yrkesförberedande utbildning har ökat under senare år [16]. Flera

uppgifter inom vården och omsorgen om äldre kräver emellertid ett fördjupat yrkeskunnande genom eftergymnasiala utbildningar och specialisering i arbetslivet, men den formella utbildningsnivån inom verksamheten har länge varit låg. Andelen av personalen som har eftergymnasial utbildning av något slag är avsevärt lägre än inom t.ex. förskolan eller inom landstingens hälso- och sjukvård [17].

God tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet är en viktig förutsättning för att kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet. Men det är också viktigt hur arbetet organiseras. Från brukarsynpunkt framhålls ofta vikten av att hjälpen ges med hög grad av personkontinuitet, dvs. att så få personer som möjligt ger vård och omsorg under en viss tidsperiod [18].

I Socialstyrelsens arbete med Öppna jämförelser insamlas årligen uppgifter som belyser kvaliteten i verksamheten. Under åren 2007–2009 innehöll Äldreguiden uppgifter om både andelen av personalen som har eftergymnasial utbildning och kommunernas förutsättningar för att ge vård och omsorg med god personkontinuitet. Detta ger möjlighet att följa utvecklingen över tid, både på nationell nivå och för enskilda kommuner samt även på enhetsnivå, vilket redovisas i nedanstående tabell.

Tabell 8: Lång yrkesutbildning, hög sysselsättningsgrad och personalomsättning bland kommunernas personal inom vård och omsorg, 2007–2009, procent

Kvalitetsindikator	2007	2008	2009
Lång yrkesutbildning	13,7	14,4	14,8
Hög sysselsättningsgrad	43,6	43,3	44,5
Personalomsättning	15,5	15,2	14,1

Källa: Bearbetning för Äldreguiden av SCB:s utbildningsregister sam personalstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting.

De uppgifter som redovisas i Äldreguiden gäller enbart tillsvidareanställd personal i kommunerna. Indikatorn lång yrkesutbildning visar andelen av vård- och omsorgspersonalen som har minst två års eftergymnasial yrkesutbildning inom sitt yrkesområde, ökade marginellt under de tre åren. Variationerna mellan kommunerna är stor, mellan 10 procent till 21 procent (10 och 90 percentilen).

Uppgifterna om sysselsättningsgrad och personalomsättning avser enbart omvårdnadspersonal, och en hög sysselsättningsgrad och låg personalomsättning bedöms skapa bra förutsättningar för god personkontinuitet. Sysselsättningsgraden mäts som andelen av de månadsanställda som har en faktisk tjänstgöringsgrad om 85 procent eller högre. Indikatorn visar en stabil nivå för de tre åren. Spridningen mellan kommunerna är stor, från 29 procent till 61 procent (10 och 90 percentilen).

Personalomsättningen visar däremot en svagt minskande trend. Den varierar mellan 9 procent till 19 procent (10 och 90 percentilen).

Statliga satsningar på området

Under de senaste åren har ett flertal satsningar initierats inom äldrepolitiken. År 2009 avsatte regeringen 2,1 miljarder kronor till kommuner och landsting för att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre personer, utbyggnad av särskilt boende, äldreforskning, anhörigstöd och teknikstöd. För 2010 har regeringen avsatt drygt 2 miljarder kronor, varav cirka 1 miljard till kommuner och landsting för att fortsätta att utveckla kvaliteten i omsorgen och vården om äldre personer. Vidare föreslås 0,5 miljarder kronor till byggande av särskilt boende eller trygghetsboende för äldre personer, 90 miljoner kronor för att stödja införandet av förslagen om en nationell värdegrund och värdegrundsmärkning, 50 miljoner kronor för ett program för god äldreomsorg, 5 miljoner kronor för att utveckla ledarskapet i äldreomsorgen samt 5 miljoner kronor för att utveckla det psykiatriska stödet till äldre.

En ny lag – Lagen (2008:962) om valfrihetssystem – trädde i kraft den 1 januari 2009, som ska stimulera övergången till valfrihetssystem inom äldreomsorgen. Från den 1 juli 2009 har ett förtydligande gjorts i socialtjänstlagen (2001:453), som innebär att kommunerna ska erbjuda stöd till dem som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller stödjer en närstående som har funktionshinder.

Diskussion

Socialtjänstens insatser för de äldre

Enligt officiell statistik och registerdata präglas vården och omsorgen om de äldre fortfarande av de förändringar som startade i samband med Ädelreformen. Inom den kommunala vården och omsorgen om de äldre fortsätter utvecklingen i stora drag som tidigare, dvs. antalet platser i särskilt boende har minskat (förutom det senaste året), liksom att antalet personer med hemtjänst ökar något.

Sedan 2007 finns möjligheten att köpa hushållstjänster med skattesubventioner, något som har utnyttjats av en stor grupp äldre även om det hittills inte har inneburit någon minskning av antalet äldre som får hemtjänst. Man kan diskutera om det är andra grupper av äldre som köper hushållstjänster än de som får hjälp via kommunen. En annan möjlighet är att dessa personer redan har hemtjänst, men också köper tilläggstjänster i form av hushållstjänster.

Antalet platser i särskilt boende minskade under nästan hela 2000-talet, för att 2008 öka något igen. Det är dock för tidigt att säga om detta är ett trendbrott eller en effekt av statistikomläggningen.

Nya data visar det snabba flödet av hjälptagare inom den kommunala äldreomsorgen. Under en niomånadersperiod försvinner nästan hälften av alla mottagare av hemtjänst i ordinärt boende, och i särskilt boende är omsättningen närmare 40 procent under samma period. Den stora omsättningen ställer stora krav på organisation och kommunikation i verksamheten, och den försvårar också personalkontinuiteten, uppföljningar av insatser och dokumentation.

Allt fler insatser sker via andra vägar än enligt beviljade insatser enligt socialtjänstlagen, vilket gör det svårt att på nationell nivå följa utvecklingen av äldres tillgång till service och personlig omvårdnad på lika villkor. Utvecklingen går mot att vi vet alltmer om allt färre äldre, vilket innebär att kommunerna också har allt sämre kännedom om de äldre i kommunen som befinner sig i gränslandet till att behöva mer omfattande insatser. I detta perspektiv uppstår ett behov av uppsökande verksamhet.

Hälso- och sjukvårdsinsatser för äldre

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården präglas av en strävan att så långt som möjligt vårda och behandla äldre utanför sjukhuset i deras egna hem. De som har stora behov vårdas i särskilt boende. Många äldre som bor hemma har stora vård- och omsorgsbehov och behöver ett sammanhållet omhändertagande och en organisation som är anpassad till deras olika behov.

Ett annat tecken på behoven hos de äldre som vårdas hemma är att antalet personer som får insatser inom ramen för den kommunala hemsjukvården är stor. Den statistik som Socialstyrelsen hittills samlat in på området är s.k. ”pinnstatistik”, dvs. antalet personer med insats. Socialstyrelsens journalstudie av ett slumpvis urval av patientjournaler i sex kommuner visar att det finns en hel del brister i underlaget till den officiella statistiken.

Studien ger en bild av vilka funktionstillstånd, mål och åtgärder som är vanliga bland äldre personer i den kommunala hälso- och sjukvården. Däremot går det inte att avläsa graden av olika funktionsnedsättningar eller aktivitetsbegränsningar eftersom detta inte går att beskriva enhetligt och entydigt med den typ av dokumentation som finns tillgänglig för närvarande. För att kunna göra verksamhetsuppföljningar på både nationell och lokal nivå krävs att den information som dokumenteras beskrivs med enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer.

En mycket vanlig behandlingsinsats för äldre är läkemedel, vilket också kan leda till en del problem. Under 2008 minskade dock andelen personer som använder många olika läkemedel, däribland psykofarmaka eller olämpliga läkemedel eller kombinationer av läkemedel som kan interagera negativt med varandra. Den minskade användningen av läkemedel beror troligen på ett ökat fokus på äldres läkemedelsanvändning under senare år. Bland annat har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) satsat på att öka patientsäkerheten, både vid tillsynen av hälso- och sjukvården och genom olika utvecklingsprojekt.

Förskrivningen av läkemedel till personer i särskilt boende är fortfarande avsevärt högre än till äldre personer i ordinärt boende. Det finns inga uppgifter om hälsotillståndet hos personer i särskilt boende som skulle kunna förklara detta förhållande, men läkemedelsförskrivningen speglar i viss mån behoven. Det förklarar dock inte varför psykofarmaka används mer i särskilt boende än i ordinärt boende, eller varför det förskrivs mer läkemedel till kvinnor i allmänhet.

Förskrivningsmönstret visar också stora lokala och regionala skillnader och dessa måste undersökas av läkemedelskommittéerna och ansvariga för verksamheterna i kommuner och landsting. Det är också viktigt följa utvecklingen över tid, för att identifiera och analysera variationer i läkemedelsanvändningen i den egna verksamheten.

Resurser för vård och omsorg om de äldre

Att allt fler äldre bor kvar hemma avspeglas också i kostnadsutvecklingen i vården och omsorgen om de äldre. De totala kommunala kostnaderna var nästan desamma år 2008 som 2004, men trots det skedde stora relativa förändringar. Kostnaderna för särskilt boende minskade med drygt 8 procent, medan kostnaderna för insatser i ordinärt boende ökade med drygt 18 procent under samma period.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till äldre ökade med drygt 6 procent under 2004 till 2008. Det är ungefär samma ökning som för de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård för hela befolkningen under samma period. Kostnaderna ökade relativt sett mest i primärvården, men även kostnaderna för äldres slutenvård steg under perioden. Under de senaste fem åren har de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård till äldre och kommunal äldreomsorg ökat med drygt 3 procent.

Personalen är den viktigaste resursen inom vård och omsorg, och det ideala är välutbildad personal med låg omsättning och hög sysselsättningsgrad. Data från Äldreguiden visar ganska små förändringar när det gäller personalomsättning och andelen av personalen som har eftergymnasial utbildning. Även

andelen kommuner som har hög sysselsättningsgrad är oförändrad. Bakom de nationella siffrorna finns mycket stora variationer på kommun- och stadsdelsnivå, och ännu större på enhetsnivå. Den låga andelen med eftergymnasial utbildning beror på en lång tradition och kommer sannolikt att ta lång tid att förändra. Personalomsättningen har förändrats relativt lite trots arbetsmarknadens förändring under det sista året. Uppgifterna rör genomgående tillsvidareanställd personal, och timanställd personal finns inte med. Sammantaget innebär detta stora svårigheter att upprätthålla kontinuitet i vården och omsorgen om de äldre.

Trygghet och säkerhet i vården om de äldre

Förändringar inom den slutna sjukhusvården och den öppna hälso- och sjukvården får effekter på den kommunala äldreomsorgen, och vice versa. När fler äldre bor kvar hemma ökar kraven på medicinska insatser och omvårdnadsinsatser. Om det inte fungerar ökar risken för en "rundgång", dvs. att allt fler äldre blir tvungna att söka sjukhusvård, ofta med överbeläggningar som följd. Detta skulle dock kunna förebyggas med en välfungerande vård och omsorg i ordinärt boende.

Att hemmet blir en vårdplats kan innebära mycket skiftande villkor beroende på om man bor ensam eller tillsammans med en make, maka eller partner, i glesbygd eller i stad, i eget hus eller i lägenhet. Kommunikationer och samhällsservice får allt större betydelse. När allt fler vårdas hemma allt längre, ställs allt större krav på hemmet som "vårdform".

Den mycket stora omsättningen av äldre patienter på sjukhus och det snabba flödet av äldre personer inom äldreomsorgen ställer ökade krav på organisation och samverkan i vården och omsorgen om de äldre. Den stora omsättningen av personal, andel timanställda och personal som är frånvarande av andra skäl, ger en ännu mer komplex situation. Det finns en risk för att äldre inte får sina behov tillgodosedda, vilket särskilt gäller äldre med stora, sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg dygnet runt. Ytterst får detta också konsekvenser för de anhöriga, som på senare år har fått ta ett allt större ansvar för vården och omsorgen om de äldre.

Allt fler hemmaboende äldre har många sjukdomar och funktionsnedsättningar och är beroende av olika vård- och omsorgsinsatser samtidigt. Det ställer stora krav på samordningen av nödvändiga insatser. Dagens utveckling innebär att människor själva ska tillgodose sina hjälpbehov genom att välja utförare, men det är inte alltid helt enkelt. Med tanke på problemen att samordna insatserna för denna grupp borde man överväga någon slags samordningsfunktion som kan se till att äldre personer med stora hjälpbehov får en god och trygg vård och omsorg.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Äldre - vård och omsorg 2000. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
2. Socialstyrelsen. Äldre - vård och omsorg 2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
3. Socialstyrelsen. Äldre - vård och omsorg 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
4. Socialstyrelsen. Äldre - vård och omsorg 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
5. Socialstyrelsen. Äldre - vård och omsorg 2007 Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
6. Socialstyrelsen. Äldre - vård och omsorg den 30 juni 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
7. Socialstyrelsen. Äldre - vård och omsorg andra halvåret 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
8. Socialstyrelsen. Stöd till anhöriga ställer krav på strategi. Stockholm: Socialstyrelsen, Meddelande blad, 2009.
9. Socialstyrelsen. Hemtjänst, servicetjänster utan behovsbedömning och hushållstjänster. Stockholm: Socialstyrelsen, Meddelandeblad september 2007, 2007.
10. Statistiska centralbyrån. Hushållsnära tjänster - mest för höginkomsttagare. Tidningen Velfärd nr 2. 2009.
11. Socialstyrelsen. Den kommunala hälso- och sjukvården enligt HSL 18 § med nationellt fackspråk (prel titel, ej publicerad vid utgivningstillfället). Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
12. Esbjörn P, End-Rodrigues T, Thylén P, Bergman U. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. Läkartidningen, 2008;105(35):2338-42.
13. Helldén A, Bergman U, von Euler M, Hentschke M, Odar-Cederlöf I, Ohlén G. Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study. Drugs Aging. 2009;26(7):595-606.
14. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi - Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
15. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård - Lägesrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
16. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

17. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Del II – Faktagrund och beräkningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
18. Socialstyrelsen. Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen? Stockholm: Socialdepartementet, 2002.